UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

**ACIDENTE DO TRABALHO: AINDA UMA
REALIDADE A SER DESVENDADA.
RIBEIRÃO PRETO/S.P. - 1996.**

“Os Descaminhos Que Não Levam ao Acidente Do Trabalho”

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre junto ao
Departamento de Medicina Social.

Aluna: Solange Aparecida Estevão Cortez
Orientador: Prof. Dr. Antonio Ribeiro Franco

Ribeirão Preto
2001

FICHA CATALOGRÁFICA

Cortez, Solange Aparecida Estevão
Acidente do trabalho: ainda uma realidade a ser
desvendada. Ribeirão Preto/S.P. – 1996.
166 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração:
Medicina Social.

Orientador: Franco, Antonio Ribeiro.

1. Acidente do trabalho. 2. Sistema de informações em
Saúde. 3. Saúde do trabalhador.

A todos
que com sua luz
ajudaram a iluminar
o meu destino.

*Mario, Juan e Fernanda,
A pureza ..., um gesto ..., um olhar ... e
A certeza de que nada foi em vão.*

...E tropeçou no céu como se fosse um bêbado

E flutuou no ar como se fosse um pássaro

E se acabou no chão feito um pacote flácido

Agonizou no meio do passeio público

Morreu na contramão atrapalhando o tráfego ...

.....

... Pela cachaça, de graça, que a gente tem que engolir

Pela fumaça, desgraça, que a gente tem que tossir

Pelos andaimes, pingentes, que a gente tem que cair

Deus lhe pague ...

(Chico Buarque)

RESUMO

As repercussões do trabalho na vida e na saúde do Homem há muito vêm sendo objeto de estudo na história da humanidade. No Brasil esta questão necessita ser melhor compreendida, principalmente após as recentes mudanças ocorridas na Constituição, onde observamos uma atenção maior ao capítulo da Saúde e, em especial, à Saúde do Trabalhador. A municipalização da saúde impõe mudanças profundas no lidar com estas questões. A informação fidedigna é pré-requisito básico para a efetivação de ações que visem a prevenção e a promoção de saúde. Para tanto delineamos como objeto de nosso trabalho o estudo da dinâmica da Comunicação do Acidente do Trabalho no município de Ribeirão Preto, no ano de 1996. Elegemos como método investigativo o estudo descritivo transversal da trajetória da notificação do Acidente do Trabalho e de suas repercussões, traçando um paralelo entre este sistema de notificação compulsória e o sistema utilizado pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica, também compulsório. Os dados foram obtidos através da análise de documentos e da aplicação de entrevista semi-estruturada com representantes de todos os serviços envolvidos com o Acidente do Trabalho no município. Verificamos que na prática, apesar do preconizado legalmente, as transformações necessárias não foram efetivamente implementadas. O Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador apresenta-se incompleto, persistindo um fluxo de Comunicações de Acidentes do Trabalho (CATs) fragmentado, não permitindo o desencadeamento de ações preventivas e de controle dos agravos. Ações conjuntas entre os níveis de atuação possíveis inexistem, não havendo uma interface entre as instituições. Em razão da precariedade das informações e da atual organização destes serviços, fica inviabilizada a execução de estudos epidemiológicos, diferentemente do que ocorre no sistema utilizado pelos Serviços de Vigilância Epidemiológica municipal. Faz-se necessário o enfrentamento desta problemática, de maneira a permitir a transformação do sistema de notificação dos Acidentes do Trabalho em instrumento eficaz à prevenção e à promoção de saúde.

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS	03
1.2. RIBEIRÃO PRETO	35
1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	38
2. OBJETIVOS	43
2.1. OBJETIVO GERAL	43
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3. MATERIAL E MÉTODO	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1. SERVIÇOS HOSPITALARES	72
4.2. DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE – DIR XVIII	88
4.3. SUB DELEGACIA REGIONAL DO TRABALHO	95
4.4. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	104
4.5. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL ..	111
4.6. SINDICATOS	121
4.7. SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	130
5. CONCLUSÕES	142
6. ANEXOS	145
7. BIBLIOGRAFIA	155

SUMMARY

INTRODUÇÃO

As repercussões do trabalho na saúde do homem há muito vêm sendo objeto de avaliação e estudo. Muitas mudanças ocorreram na história laborativa do ser humano, mas as conseqüências advindas do seu viver/laborar /adoecer permanecem atuais e presentes.

No Brasil, em particular, esta questão merece especial atenção em função das recentes mudanças ocorridas na Constituição, acarretando significativas alterações na área da Saúde (BRASIL. Constituição, 1988).

Consideramos esta trajetória histórica extremamente importante, uma vez que nos permite compreender melhor as razões e os porquês da configuração do sistema atual de notificação do Acidente do Trabalho e seus determinantes legais.

O próprio conceito de Acidente do Trabalho variou ao longo da história sendo atualmente definido, conforme Lei n.º 8213, de 24.07.91, como:

.... o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do artigo 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (Brasil. Ministério do Trabalho, 1991)

Entretanto, não nos basta conhecer a definição de Acidente do Trabalho; é necessário entender de que maneira ele alimenta o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador. A preconização do atendimento e da notificação dos Acidentes do Trabalho, como a conhecemos atualmente no Brasil, ocorreu em 1976, com a edição da Lei n.º 6367/76 do Ministério do Trabalho (BRASIL. Ministério do Trabalho, 1976).

Nesse momento é instituída a Comunicação do Acidente do Trabalho (CAT), impresso específico para notificação do Acidente do Trabalho. Este documento foi reformulado posteriormente em 24/07/91, através das Leis no. 8.212 e 8.213 e regulamentado em 26/10/93 através da Ordem de Serviço INSS/DSS n.º 329. Em 1999 ocorreu uma nova alteração no formato da CAT, através da Portaria 5051 de 20/02/99, que permanece vigente até o momento (BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, 1991; BRASIL. Instituto Nacional de Seguridade Social, 1993; BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999).

Em 1994, após a Resolução SS- n.º 587, de 18.11.94, ficou definido que cabe ao empregador a emissão da CAT ou, caso o empregador não a emita, esta poderá ser efetuada pelo próprio acidentado, pela entidade sindical, pelo serviço médico que o atendeu, entre outros (SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde, 1994). Atualmente, encontram-se em estudo mudanças no sistema vigente de Seguro de Acidente do Trabalho (SAT). O Ministério da Previdência e Assistência Social apresentou proposta neste sentido, em versão preliminar, defendendo a privatização do SAT, em 10 de

outubro de 1997 (BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social; 1997).

Aspectos históricos:

Até chegarmos a este modelo atual, um longo caminho foi percorrido pelo homem desde a sobrevivência por meio da simples coleta de frutos e tubérculos à economia capitalista moderna.

Ribeiro (1978), em estudo antropológico denominado *O Processo Civilizatório* apresenta-nos um vigoroso quadro desse caminho, abordando não somente as revoluções tecnológicas, como também os impulsos acelerativos responsáveis por mudanças no processo produtivo e no modo de vida das sociedades humanas, além de suas conseqüências e tensões na sociedade moderna, como por exemplo, a revolução agrícola como motor do primeiro processo civilizatório.

Diferentes autores trabalharam esta temática. Para Marx (1974), as formações econômico-sociais são definidas como tipos históricos de sociedades caracterizadas pela combinação de um modo de produção com uma forma determinada de organização social e com um corpo particular de concepções ideológicas.

O mundo do trabalho faz parte da existência do homem como ser social, capaz de articular ações para um fim determinado. Ainda segundo Marx:

“ (...) o trabalho (...) é indispensável à existência do homem, quaisquer que sejam as formas de sociedade; é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida humana (Marx, 1980)”

No entanto, ao trabalho não coube somente o papel de ampliar as potencialidades humanas, proporcionar bem-estar e melhoria da qualidade de vida. A relação dele com a saúde e a doença há muito tem sido objeto de reflexões e análises de diferentes estudiosos. Mendes (1995), citando Sigerist e Rosen, comenta tal associação em antigos papiros egípcios e documentos gregos e romanos.

Apesar dessas constatações – do adoecer trabalhando, das graves seqüelas físicas advindas das atividades laborais, assim como das perdas precoces de vidas decorrentes da exposição dos trabalhadores a situações precárias de trabalho – não existia ainda uma preocupação mais formalizada quanto à modificação desse quadro, por envolver, muitas vezes, populações escravas ou de povos subjugados.

Muitos séculos se passaram até que essa questão começasse a ganhar um corpo de conhecimento suficiente para sustentar a associação entre trabalho, saúde e doença.

Em geral, estas associações encontram-se intimamente ligadas ao modo de produção predominante em cada época. Por exemplo, no período mercantilista, a acumulação de metais determinava o poderio e a importância de uma nação. Desse período podemos destacar estudos relacionando a extração de metais a problemas de saúde nos trabalhadores

diretamente ligados a tal atividade. Os mais famosos são os escritos de Agrícola e Paracelso, ambos do século XVI (apud Mendes, 1995).

Ramazzini - considerado o pai da Medicina do Trabalho para muitos historiadores - acrescentaria à anamnese hipocrática a pergunta: “— Qual é a sua ocupação?”, conforme se pode constatar em “As Doenças dos Trabalhadores” (*De Morbis Artificum Diatriba*), publicado em 1700 (apud Mendes, 1995).

Esses estudos realizados anteriormente à Revolução Industrial podem ser considerados os primórdios de uma medicina voltada para as inter-relações entre trabalho e doença. De forma geral, surgiram no bojo dos interesses econômicos predominantes em cada época, sendo, no entanto, estudos de limitada abrangência e reduzido volume de textos produzidos.

Antecipando a Revolução Industrial iniciam-se mudanças nas relações e nos processos de trabalho, com a intensificação, por exemplo, da extração de carvão. As conseqüências à saúde dos mineiros, em virtude desse processo, podem ser observadas em alguns estudos produzidos na época.

Mas é somente durante a Revolução Industrial que começamos a perceber uma preocupação mais formal com o tema e também o surgimento de uma medicina voltada para essa questão. Seu foco de atenção encontrava-se principalmente no ambiente fabril gerador de um elevado contingente de doentes, mutilados e mortos.

Era o nascimento da Medicina do Trabalho, com a finalidade de responder às expectativas do capital quanto à diminuição dos custos

gerados pelos acidentes no ambiente de trabalho. Tratava-se de serviço centrado na figura do médico, que não questionava a organização do trabalho.

Apenas no início do século XX a Medicina do Trabalho definiu-se como área de conhecimento. Mendes (1995) aborda esses períodos e nos apresenta uma breve panorâmica dessa evolução. Em 1906 era realizado o I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho, em Milão, Itália. Foi o primeiro fórum internacional, voltado para a questão, de que se tem registro.

Somente após o término da I Guerra Mundial – em que elevadas perdas humanas foram registradas não apenas nas frentes de batalha mas também no interior das fábricas – essa temática ressurgiu com muita força e, em 1919, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), na tentativa de se obter a sistematização, entre as nações, de políticas voltadas para o atendimento da crescente demanda de reivindicações dos trabalhadores (Oliveira, 1994).

Com a evolução acelerada dos processos industriais, da divisão do trabalho e do desenvolvimento tecnológico, ficou evidente a incapacidade da Medicina do Trabalho para dar respostas a estes novos problemas.

O elevado custo – social e econômico, direto e indireto – dos danos à saúde levou a uma reformulação do antigo modelo, com a ampliação do *locus* de atuação. O ambiente de trabalho integra-se como objeto de intervenção e são constituídas equipes multidisciplinares. É o surgimento da Saúde Ocupacional.

A partir da década de 70, evidenciou-se a insuficiência também desse modelo (de Saúde Ocupacional), em processo iniciado a partir do questionamento do próprio *Welfare State*, como reflexo da crise econômica e das finanças públicas.

O *Welfare State* havia sido a resposta encontrada para superar a crise do capitalismo dos anos 30, reconhecendo-se a necessidade de uma intervenção estatal efetiva, de maneira a regular e otimizar a alocação de recursos. Essa intervenção visou garantir o aumento do consumo como forma de estimular a produção, promovendo, de um lado, um certo grau de justiça distributiva e garantindo, de outro lado, os requisitos da acumulação capitalista (Furtado, 1974).

Tratava-se de um padrão de financiamento público da economia capitalista e da reprodução da força de trabalho por meio de gastos sociais. Esse modelo, entretanto, acabou também por sucumbir e vários são os motivos apontados para o seu fim, desde aqueles inerentes à sua própria estrutura interna, como a burocratização e ineficiência, até os de ordem externa, como a aceleração inflacionária e o aumento do desemprego, entre outros, evidenciando uma incapacidade de garantir o crescimento e superar as crises econômicas (Melo, 1994) (a).

Com o esgotamento da política de bem-estar social e da insuficiência do modelo denominado Saúde Ocupacional, teve início um longo caminho - que ainda não terminou - de mudança do enfoque para a Saúde do Trabalhador, através do estudo dos processos do trabalho, ganhando corpo

a teoria da determinação social, cargas laborais e padrões de desgaste (Laurell e Noriega, 1989).

Esta trajetória, da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador, e suas inter-relações, foi objeto de estudo de vários autores, entre os quais destacamos Laurel e Noriega (1989), Mendes & Dias (1991) e Mendes (1995).

A intensificação do trabalho através do incremento de tecnologias e sua relação com o adoecer, apresentados até o momento, também tiveram lugar nos países dependentes, com a ressalva de terem se iniciado quase um século após sua efetivação nos países desenvolvidos.

A associação trabalho e saúde-doença no Brasil, em função de seu histórico de utilização de mão-de-obra escrava até 1889 e industrialização tardia, iniciou-se somente no final do século passado e começo deste.

Isso se deu logo após o primeiro surto industrial do país. Este momento, de vital importância para o desenvolvimento do Brasil e dos demais países “em desenvolvimento”, guarda semelhanças com os problemas enfrentados por países como a Inglaterra, no início da Revolução Industrial, há mais ou menos 250 anos, no que se refere à precariedade de condições de trabalho e extensão da jornada, entre outros.

Desde então presenciamos vários momentos de avanços e retrocessos legais no que se refere à saúde do trabalhador e à melhoria das condições de trabalho (Lucca e Fávero, 1994). Este jogo de forças está diretamente ligado ao poder do capital e à capacidade de mobilização dos trabalhadores e da sociedade. Nas três últimas décadas, em particular, não

somente no Brasil como em âmbito mundial, ocorreram significativas mudanças nas relações entre capital e trabalho.

A crise econômica mundial levou a reformulações das políticas públicas em vários países como Inglaterra, Canadá e Espanha, somente para citar alguns exemplos. O esgotamento do modelo do *Welfare State*, já mencionado anteriormente, abriu espaço para discussões acerca do papel do Estado como regulador social e de novas agendas para a saúde.

Almeida expõe com bastante clareza esses confrontos e as suas repercussões, quando da explicitação dos contornos, de cunho fortemente ideológico, que levaram ao fortalecimento do modelo neoliberal para a saúde na década de 80 (Almeida, 1996).

Este tema tem sido bastante debatido, internacionalmente, por diferentes autores. Realidades as mais diversas têm gerado uma gama de propostas na tentativa de superar a problemática da racionalização dos gastos com saúde, sem perder a qualidade dos serviços (Saltman, 1994; Chernichovsky, 1995; Contrandioupoulos, 1996).

Estas reformas são importantes, pois acabam por influenciar a dinâmica interna dos países dependentes, como é o caso do Brasil, que em meio a estes processos não ficou imune à crise fiscal e ao debate ideológico neoliberal.

Melo e Costa (1994) analisaram as propostas apresentadas pela OMS/OPAS/ Banco Mundial para a atenção à Saúde na década de 90, destacando a preconização de um Estado mínimo - via diminuição da oferta de bens e serviços de natureza social - com estímulo à privatização,

inclusive da previdência social. Ao Estado caberia assumir a oferta de serviços simplificados e de baixo custo, apontando para o caminho da descentralização, sendo este o arcabouço adequado para uma economia de mercado. Do Estado mediador e regulador, passa-se para o mercado regulador e mediador.

A análise da relação saúde-doença-trabalho no Brasil, nesse período, não pode desvincular-se da situação mundial acima descrita.

Podemos observar em nosso país, na atualidade, uma busca pelo equilíbrio fiscal e monetário e, como consequência, o desemprego e o empobrecimento da sociedade com graves repercussões para a saúde da população em geral e dos trabalhadores em particular.

Após anos de um Estado repressor, sob a égide de uma Ditadura Militar e com uma política pautada na ausência de direitos sociais, as dificuldades para a construção de um novo modelo político, incluindo um novo modelo de Saúde e principalmente para a Saúde do Trabalhador, ainda não foram superadas. O desafio persiste, mesmo após mais de uma década da promulgação da Constituição de 1988 que, pela primeira vez em nossa história, coloca a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

O conhecimento deste período é importante não somente como “curiosidade” histórica, mas principalmente para melhor compreendermos a complexidade do momento atual.

Alves (1984), em seu livro **Estado e Oposição no Brasil (1964–1984)**, nos coloca à frente do intrincado jogo de forças políticas e

econômicas que permeou todo este processo, até a denominada redemocratização do país.

Entretanto, segundo Furtado (1974), este jogo de forças não se refere apenas às lutas internas pelo poder, mas também à sua inter-relação com os interesses externos do capital, ocorrendo neste período um importante fenômeno da economia mundial: o crescimento significativo das chamadas empresas multinacionais, desencadeando um novo tipo de relação entre centro e periferia.

Observa-se que, enquanto nas economias centrais o desenvolvimento e a acumulação de capital avançaram acompanhados de inegável estabilidade na repartição da renda, nas economias periféricas, ou dependentes, a industrialização veio acompanhada de intensa concentração de renda e aumento da distância econômica e social entre ricos e pobres.

Um novo surto de industrialização desenvolve-se então nos países dependentes - ou subdesenvolvidos - baseado na substituição das importações com um crescente controle das grandes empresas multinacionais sobre as atividades econômicas e produtivas destes países. Isto se dá através da instalação de filiais destes grandes grupos nos países periféricos onde, não raro, os próprios governos facilitam sua instalação, mediante incentivos e isenções fiscais, entre outros, tornando-se, portanto, os grandes financiadores dessa transferência. Essas empresas, por sua vez, em decorrência de seu poder econômico e político, acabam por pressionar pela manutenção de baixos salários, utilizando-se de mão-de-obra mais barata e aumentando sua margem de lucro. Agrava-se, portanto, a

dependência dos países subdesenvolvidos em relação aos países centrais e ao capital multinacional, assim como cresce a interferência daqueles países nas políticas internas dos países dependentes.

Estes fatos são relevantes por vários motivos: por um lado, são geradores de conflitos internos em função da concentração de renda e do aumento do desemprego; por outro, levam à burocratização do aparelho estatal. Outra questão importante é o envolvimento de uma minoria privilegiada com o processo de acumulação, para a qual torna-se particularmente interessante a existência de um Estado forte e centralizador, no qual as liberdades individuais são sumariamente suprimidas. Na América Latina, em especial, observamos o aparecimento de vários Estados sob controle de ditaduras militares, como no caso do Brasil (Furtado, 1974; Alves, 1984).

Essa situação política acabou por facilitar o aumento da exploração da mão-de-obra assalariada, que existia desde os primórdios de nossa história.

Com o fechamento dos sindicatos e a extinção dos direitos individuais, o trabalhador não tinha a quem recorrer, submetendo-se a uma situação de precariedade nas relações de trabalho, de insalubridade e de periculosidade. A intensificação das atividades laborais não demoraram a gerar resultados alarmantes (Furtado, 1974; Faleiros, 1983; Cohn e Elias, 1996; Lacaz, 1999).

Para compreendermos melhor o desencadear de acontecimentos decorrentes dessa mudança político-econômica, gostaríamos de nos

reportar, ainda que sucintamente, a alguns momentos que precederam esse processo, relacionados à organização de nosso sistema previdenciário.

Não pretendemos aqui entrar em detalhes sobre a questão.

Estudos importantes foram e têm sido feitos abordando esta temática, dando-nos uma visão panorâmica do complexo processo de formação do sistema previdenciário brasileiro e mostrando com clareza o legado desses eventos, que se refletem ainda hoje em nossa realidade, principalmente no que se refere à Saúde do Trabalhador (Possas, 1981; Oliveira e Teixeira, 1986; Cohn e Elias, 1996).

Já em seus primórdios um dos principais problemas observados no modelo brasileiro foi a vinculação das questões relacionadas à saúde do trabalhador ao Ministério do Trabalho. Este fato influenciou toda a difícil trajetória do trabalhador, com graves conseqüências à sua saúde. Em muitos momentos esta vinculação acabou por propiciar graves equívocos, com problemas da competência da área da Saúde sendo tratados como assuntos de Estado e de salvaguarda da soberania nacional.

Outra questão importante refere-se às formas de captação e utilização dos recursos para a previdência social. Baseando-se na contribuição dos empregados formalmente inseridos no mercado de trabalho, sob a forma de porcentagem sobre os salários, não tardou a trazer graves problemas, principalmente para os seus mantenedores, os trabalhadores.

Percebemos, portanto, a existência, desde o início, de um problema de difícil enfrentamento, qual seja, o da falta de recursos .

Sob o pretexto desta constante ameaça de insuficiência de recursos, adotou-se o regime de capitalização, que acabou por possibilitar a drenagem desses recursos para o financiamento de empreendimentos ditos estratégicos e, não raro, para fins clientelistas e eleitoreiros.

As principais características deste sistema foram a centralização, o burocratismo e a ineficiência como seguro social. O que lhe conferiu, contraditoriamente, uma enorme eficácia política (Cohn e Elias, 1996).

Verificou-se também, nesse momento, a consolidação de aparatos legais que tiveram como meta anular a participação dos trabalhadores no controle dessa instituição. Essa disputa entre Estado e trabalhadores permanece até nossos dias (Faleiros, 1983; 1992).

A partir da década de 60 a Previdência Social assumiu também a responsabilidade pela assistência médica individual dos seus segurados, o que posteriormente determinou o caráter privatizante e excludente da saúde no nosso país. Da mesma forma que o dinheiro captado pela Previdência financiou, por exemplo, a Petrobrás, a partir desse momento foi utilizado também para o financiamento do setor privado da Saúde.

Neste pequeno retrospecto pudemos perceber que a questão Saúde do Trabalhador, desde há muito tempo apresenta dificuldades, principalmente em relação aos direitos previdenciários (Cohn e Elias, 1996).

No momento em que se suprimiam as liberdades individuais é que foram criadas as condições para efetivação de ações e projetos impossíveis de serem equacionados até então.

É nesse novo cenário que o regime implementou a unificação da previdência e, em 1966, criou o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). O projeto havia sido elaborado em 1945 e somente então tornava-se realidade, cristalizando o perfil assistencialista (Cohn e Elias, 1996).

Traduzindo-se, em geral, como questões meramente monetárias e financeiras, os trabalhadores passaram efetivamente para a condição de mercadoria, perdendo o seu significado humano.

Esta questão é facilmente percebida através do discurso oficial da época, como podemos observar através de um trecho do pronunciamento do Presidente da República de então, General Ernesto Geisel, proferido em solenidade oficial no ano de 1974, quando da abertura do XIII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho realizado em São Paulo. Note-se a ironia do enfoque, antes de tudo econômico, que dava às questões relacionadas à saúde do trabalhador, concluindo com um verniz humanista:

“...As estatísticas referentes a acidentes do trabalho, entre nós, são sabidamente muito mais que insatisfatórias, se não mesmo vexatórias. Em custos diretos, as perdas da economia brasileira, devidas a acidentes, elevam-se em 1973 a mais de um bilhão de cruzeiros. Se acrescentarmos os custos indiretos, teremos, no mesmo período, mais de cinco bilhões e duzentos milhões. E isso significa que o país, num esforço tremendo, despendeu, apenas no atendimento de acidentados do trabalho, soma equivalente a setenta por cento do total gasto, pelo INPS, em assistência médica a toda a população brasileira ...” (Brasil - Ministério do Trabalho, 1974)

O que chama a atenção nesta fala é o fato de que - apesar de no decorrer do discurso o Presidente da República apontar para a gravidade do fato, em função das perdas humanas e listar os possíveis culpados para tal: as empresas, o próprio Estado, os trabalhadores e os sindicatos - fica evidente a preocupação, muito maior, com a economia de recursos financeiros do que com o comprometimento com a efetiva reversão desse trágico quadro. Principalmente quando o Estado – funcionando como grande facilitador da entrada das grandes empresas no país – adotou políticas econômicas e trabalhistas absolutamente excludentes e perversas.

Franco (1981) analisa, com bastante clareza, esse cinismo oficial de então no que se refere às questões trabalhistas .

É importante destacar que, apesar de alarmantes, as estatísticas referentes aos acidentes do trabalho divulgadas naquele momento não se tratavam propriamente de novidade. O Estado sempre foi muito hábil em omitir e descaracterizar esses dados ao longo de nossa história. Não foi de um momento para o outro que simplesmente tomou-se consciência da existência e da dimensão econômica e social do acidente do trabalho, assim como de sua intencional ocultação.

Durante o período do “milagre econômico”, por tratar-se de uma fase onde a ausência de direitos civis de qualquer ordem foi zelosamente mantida, tal ocultação se intensificou.

Internamente iniciava-se a construção das condições necessárias para atender a nova fase de ajustamento do Capital mundial, em andamento desde a crise da política de bem-estar social.

O panorama internacional delineado anteriormente nos colocava frente a empresas constituídas por grandes conglomerados, denominados multinacionais, que necessitavam expandir seus negócios e aumentar sua lucratividade, desde que a custos baixíssimos.

Essas condições só poderiam ser satisfeitas em locais onde não se observasse uma sociedade civil fortemente organizada, ainda que, contraditoriamente, possuísse uma legislação trabalhista aparentemente representativa dos interesses dos trabalhadores (Possas, 1981; Faleiros, 1992; Dias, 1993).

Este confluir de interesses acabou por gerar um quadro de exploração da mão-de-obra trabalhadora sem precedentes. As conquistas observadas em nossa legislação, no que se refere ao direito do trabalhador, acabaram por ser escamoteadas, quando não, simplesmente suprimidas em alguns momentos.

Nesse panorama eclodiam as denúncias internacionais a respeito de nossas precárias condições de trabalho, de insalubridade e de periculosidade. É de meados da década de 70 o inglório título, conquistado pelo Brasil, de campeão mundial de Acidentes do Trabalho.

Isso evidenciou o contraditório fato de que, apesar da existência de leis trabalhistas aparentemente progressistas, na prática estas levavam em seu bojo dificuldades tamanhas de aplicabilidade, que resultavam na diminuição da comunicação do acidente do trabalho, tornando-o oculto. Para ilustrar esta situação chamamos a atenção para a TABELA I, que nos mostra

a evolução dos óbitos ocorridos por acidente do trabalho no período de 1970 a 1983.

Observamos que o fato que mais chama a atenção nesses quase 15 anos de registro dos Acidentes do Trabalho é o grande aumento da relação óbitos/acidentes. Possas (1987) relata um aumento de 133%, em função da dificuldade de ocorrer o sub-registro do óbito. Apesar de nesse período ter havido um rápido crescimento do número de segurados, pela expansão da força de trabalho urbana na época - que passou de 7.284.022 segurados da previdência em 1970 para 22.562.301 em 1983 - o número de Acidentes registrados levaram a um significativo deslocamento das estatísticas em razão da gravidade dos acidentes.

Portanto, em resposta à pressão internacional para que se efetivassem medidas destinadas à reversão desse quadro, o país simplesmente optou por ocultá-lo. Isso se deu principalmente a partir da aprovação da resolução INPS 900-10 de 12/02/75, do Plano de Pronta Ação (Possas, 1987). Nesse momento efetivou-se a responsabilização da empresa pela assistência e a concessão de benefícios aos acidentados do trabalho. O resultado foi uma diminuição, ainda maior, dos registros de acidentes, que passaram a ser resolvidos (e ocultados) dentro da própria empresa, uma vez que, de acordo com estatísticas da época, do próprio INPS, parte significativa dos acidentes do trabalho necessitavam de menos de 15 dias para serem resolvidos.

TABELA I
DISTRIBUIÇÃO DAS MORTES OCORRIDAS POR ACIDENTE DO
TRABALHO, BRASIL 1970-1983.

ANO	N.º ACIDENTES	OBITOS	%MORTES/ ACIDENTES
1970	1.220.111	2.232	0,18
1971	1.330.523	2.559	0,19
1972	1.504.723	2.805	0,19
1973	1.632.696	3.122	0,19
1974	1.796.761	1.764	0,21
1975	1.916.187	3.942	0,21
1976	1.743.825	3.900	0,22
1977	1.614.750	4.445	0,27
1978	1.551.501	4.342	0,28
1979	1.444.627	4.673	0,32
1980	1.464.211	4.824	0,33
1981	1.270.465	4.808	0,38
1982	1.178.472	4.496	0,38
1983	1.003.115	4.214	0,42

Fonte: INPS

A Tabela II mostra a evolução dos acidentes liquidados, segundo a consequência do trauma, no período de 1981 a 1990.

TABELA II

EVOLUÇÃO DOS ACIDENTES DO TRABALHO LIQUIDADOS SEGUNDO A
CONSEQUÊNCIA, NO BRASIL DE 1981 A 1990.

ANO	A. M.	CONSEQUÊNCIA *		O.	TOTAL/ANO
		I.T.	I.P.		
1981	166.613	1.108.193	29.921	4.808	1.309.535
1982	140.123	1.042.487	31.816	4.496	1.218.922
1983	124.134	891.963	30.166	4.214	1.050.477
1984	131.179	845.206	28.628	4.508	1.009.516
1985	152.534	904.804	27.283	4.360	1.088.981
1986	159.144	954.274	24.190	4.578	1.142.186
1987	170.613	975.849	23.150	5.238	1.174.850
1988	147.415	839.370	20.775	4.616	1.012.176
1989	125.412	663.515	19.550	4.091	812.568
1990	61.215	660.107	18.878	5.355	745.555

FONTE: Boletim Estatístico de Acidente do Trabalho (BEAT)

*A.M.-Assistência Médica; I.T.- Incapacidade Temporária; I.P.-Incapacidade Permanente; O.-Óbitos

Essa evolução deixa clara a crescente gravidade das lesões ao longo dos anos, com o aumento da ocorrência das incapacidades permanentes e do número de óbitos de maneira geral, quando comparados com o número total de acidentes.

Em 19/07/76 ocorre a promulgação da Lei 6.367, ainda em vigor, que transferiu a responsabilidade dos primeiros quinze dias de afastamento do acidentado para a própria empresa, desvinculando-o (o acidente do trabalho)

da Previdência e portanto diminuindo o custo securitário (BRASIL. Ministério do Trabalho, 1976).

Tal fato propiciou uma drástica diminuição no número de notificações de acidentes do trabalho, o que explicaria, conforme discutido por vários autores, o deslocamento das estatísticas para o acidente grave, mais difícil de omitir (Possas, 1987; Dias, 1993; Rêgo, 1993).

Outra grande dificuldade de lidarmos com as estatísticas oficiais advém do fato de nosso sistema securitário contemplar apenas o trabalhador formalmente inserido no mercado de trabalho, o que torna os dados ainda mais frágeis.

Machado e Gomes (1994), ao discutirem esta questão, corroboram nossa assertiva a respeito das dificuldades de se utilizar estatísticas oficiais, uma vez que estas encontram-se, entre outros, permeadas de erros sistemáticos na coleta e interpretação das informações referentes ao Acidente de Trabalho. Em seu estudo os autores nos apresentam um agravante importantíssimo para a questão, qual seja, a relação existente entre o processo de trabalho e a violência urbana em nosso país, aspecto este merecedor de uma abordagem mais aprofundada.

É importante ressaltar que o acidente de percurso também faz parte do universo dos acidentes do trabalho, incluindo-se nesse item muitos eventos ocorridos no trânsito, que infelizmente acabam por se desvincular do trabalho, compondo apenas as estatísticas de acidentes de trânsito.

Mas estes não são os únicos aspectos existentes capazes de explicar a evolução dos Acidentes do Trabalho ao longo dos últimos 25 – 30 anos,

Wünsch Filho (1999), ao discutir a reestruturação produtiva ocorrida no país, relaciona a diminuição do número de acidentes do trabalho registrados no país às mudanças econômicas observadas, ao aumento do trabalho informal e a migração da mão-de-obra para setores com menor risco de acidentes. O autor faz uma série de correlações e considera que as associações encontradas em seu estudo reduzem a relevância atribuída, por muitos autores, à subnotificação dos casos.

Observamos que as dificuldades discutidas até o momento constituem-se em problemática das mais relevantes, sendo inclusive objeto de análise dos noticiários não-especializados, como a grande imprensa. O jornal “O Estado de São Paulo”, por exemplo, apoiado em estatísticas divulgadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), também apresenta esta questão como resultante do aumento do trabalho informal e conseqüente diminuição do registro dos acidentes do trabalho (O Estado de São Paulo, 1996).

A partir da abertura política teve início uma maior participação dos atores diretamente envolvidos com a questão (trabalhadores, sindicatos etc.) e ganhou força o Movimento da Reforma Sanitária, que deu voz às aspirações de grande parte da população e alavancou um processo de importantes mudanças na área da Saúde, consubstanciadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988. (Fleury, 1994)

Marco desse período é a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 que, em razão da aglutinação de forças atuantes expressivas na época, acabou por influenciar fortemente o capítulo da Saúde da nova Constituição

da República, na contramão do Estado mínimo e das agendas internacionais de saúde. Assim, a Saúde no Brasil passou a figurar como a única atividade pública, socialmente útil, caracterizada constitucionalmente de “relevância pública” (BRASIL. Constituição Federal – 1988, art. 197).

A Saúde passou a ser considerada um direito de todo cidadão e dever do Estado e as ações e serviços públicos de saúde passaram a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes encontram-se especificadas no art. 198 da nova Constituição.

Entretanto, a Lei Orgânica da Saúde, que inclui os princípios e diretrizes do sistema, só foi aprovada em 1990, sendo que a regulamentação do SUS somente se completou com a edição da Norma Operacional Básica 01/96 (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996).

Dentre os avanços destacam-se as ações que se dirigem à saúde dos trabalhadores, que passam a ser asseguradas constitucionalmente através do art. 200 (BRASIL. Constituição, 1988).

Mas, da promulgação à sua efetivação há ainda um longo caminho a ser percorrido. Trata-se de um processo ainda em andamento.

Ao compararmos a letalidade e a mortalidade por Acidentes do Trabalho nacionais com os índices de outros países, no ano de 1991 - como se pode ver na Tabela III, segundo dados do Anuário Estatístico da OIT/91 - concluiremos que a situação é alarmante.

TABELA III

MORTALIDADE E LETALIDADE POR ACIDENTES DE TRABALHO,
SEGUNDO PAÍS E TIPOS DE OCORRÊNCIAS PARA O ANO DE 1991.

PAÍS	OCORRÊNCIA	
	LETALIDADE*	MORTALIDADE**
BRASIL	3,3	203,0
ESPANHA	2,0	92,0
SUÉCIA	1,2	29,2
EUA	0,8	30,8

FONTE: OIT/1991

* MORTES/1.000 ACIDENTES

** MORTES/1.000.000 PEA

O jogo de interesses políticos e econômicos contribuiu para a morosidade das modificações necessárias. Mesmo antes de sua completa implantação o Sistema Único de Saúde (SUS) já foi alvo de duras críticas e muitas tentativas de desestabilização (Castro, 1992; Neto, 1995; Motta, 1995; Gabarra, 1995; Barros, 1996). As dificuldades ainda são muitas, num embate constante entre forças desiguais. De um lado, os trabalhadores e seus poucos aliados na tentativa de se fazer cumprir a lei. De outro lado, o empresariado e seus prepostos distribuídos nos vários escalões governamentais (Carvalho, 1992; Castro, 1992; Vilaça Mendes, 1993; Fleury, 1994; Barros, 1996).

Neste movimento sinuoso e conflituoso da implantação do SUS, insere-se outro, ainda mais difícil: o da efetivação e viabilização das resoluções previstas para a Saúde do Trabalhador. Como já discutimos, trata-se de área permanentemente em confronto com os interesses do capital. Particularmente no Brasil, são décadas de omissão e descaso evidenciados através de esfera jurídica ainda muito distante da realidade e do alcance dos trabalhadores.

Mas os avanços são inegáveis, e neste sentido, com o SUS implantado, a municipalização poderia ser considerada como um divisor de águas no que se refere às ações de saúde e, conseqüentemente, à saúde dos trabalhadores. Não obstante a contemplação legal, reafirmada em âmbitos estadual e municipal, as ações especificamente voltadas para a Saúde do Trabalhador ainda têm muito que caminhar. Esta prática depende de mudanças que vão além das preconizadas em lei. Existe a necessidade – além da transparência das ações e da confiabilidade das informações – de que todas as instâncias envolvidas na questão trabalhem harmoniosa e conjuntamente (Biondi, 1994).

A efetivação de um bom sistema de prevenção e promoção de saúde reside na existência de um fluxo de informações confiável e de fácil utilização, que vai desde o diagnóstico dos agravos (acidentes e doenças do trabalho) e dos riscos envolvidos em cada processo produtivo, até a efetivação de ações preventivas e corretivas (Opit, 1987; Yazlle Rocha, 1991; Branco, 1996).

Os acidentes do trabalho e as doenças profissionais e do trabalho passaram a ser de notificação compulsória desde 1989 (Resolução n.º 23 da CIPLAN–Comissão Interministerial de Planejamento), porém até hoje o que predomina é a subnotificação, como afirmam as próprias autoridades, quando se referem às estatísticas oficiais.

Em contraste com a notificação do Acidente do Trabalho que, como afirmamos até o momento, apresenta-se muito aquém do esperado e do desejado, o sistema de notificação compulsória da Vigilância Epidemiológica parece obter resultados muito mais confiáveis. Apesar de lidar com doenças consideradas estigmatizantes, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o Mal de Hansen (MH), ou aquelas que representam um claro sinal de empobrecimento e má qualidade de vida de uma população, como Tuberculose (Tb) e Malária, estas não deixam de aparecer nas estatísticas oficiais.

Boletins epidemiológicos são impressos e distribuídos regularmente, com séries históricas de variados formatos e modelos: anuais, semestrais e até mensais. Como exemplos podemos citar o Informe Epidemiológico do SUS impresso regularmente desde 1991 pelo Ministério da Saúde, o Boletim Epidemiológico impresso regularmente desde 1996 pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e o Informativo Epidemiológico de Ribeirão Preto, um periódico mensal elaborado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e da Divisão da Vigilância Epidemiológica da

Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, distribuído regularmente desde 1996.

Apesar das dificuldades para se manter um fluxo fidedigno de informações, campanhas são elaboradas continuamente e veiculadas através dos meios de comunicação de massa como televisão ou rádio e de circulação interna como ofícios, solicitações, treinamentos, cursos etc, com o intuito de melhorar a coleta dos dados, como presenciado pela autora quando responsável pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica de município pertencente à regional de Ribeirão Preto.

É perceptível a presença de um empenho contínuo visando o esclarecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a importância da notificação e da identificação precoce destes agravos, através da busca ativa dos casos na comunidade. E o mais importante é que estas notificações desencadeiam ações efetivas de prevenção e de controle.

Contudo, não é possível identificar o mesmo tratamento para o Acidente do Trabalho. Em nenhum momento esta informação é trabalhada através desses boletins. O Acidente do Trabalho e as Doenças do Trabalho simplesmente inexistem para os Serviços de Vigilância Epidemiológica. Ocorre uma preocupação com o aumento das lesões por causa externa, tão alardeado atualmente, mas sem a conexão desses traumas com o Trabalho, com a atividade laboral desenvolvida pelo indivíduo na hora do trauma.

Será que tantos casos, escondidos sob a denominação genérica “Acidentes de Trânsito”, na realidade não ocultam a dura realidade do mundo do Trabalho em nosso país? Oliveira e Mendes (1997) analisaram a

relação existente entre os Acidentes do Trabalho e a violência urbana, nos alertando quanto à questão dos homicídios e dos acidentes de trânsito como grandes causadores de óbitos e que, em sua maioria, não são reconhecidos como fatos relacionados ao trabalho.

Consideramos importante frisar esta questão pois o acidente de trânsito oculta em seu bojo um grande percentual de acidentes de trabalho, como por exemplo: motoristas de taxi, de ônibus, representantes comerciais, dentre outros, sem no entanto aparecerem como tal. São pessoas que ao trabalhar tornam-se vítimas de acidentes. São aqueles que, segundo o conceito oficial de Acidente de Trabalho, estão a “serviço da empresa”.

Esta é, ainda, uma faceta obscura a ser melhor estudada e compreendida, não sendo, no entanto, assim vista em Ribeirão Preto e, provavelmente, em nenhuma parte do país.

Quando tratamos das doenças e patologias do trabalho as dificuldades são ainda maiores e a ocultação mais contundente, representando um achado fortuito de pesquisas e levantamentos isolados. Machado e Gomez, em estudo realizado no ano de 1995, abordam o fato ao relatar que:

*“ Em qualquer busca ativa de casos evidenciam-se verdadeiras epidemias: intoxicação por chumbo em Bauru, Curitiba e Rio de Janeiro; surdez em Camaçari; silicose em São Paulo, Salto, Niterói e Criciúma; benzolismo em Cubatão, Volta Redonda, Duque de Caxias e Camaçari,”
(Machado e Gomes, 1995)*

Persiste a dificuldade de se comprovar a relação do trabalho com o viver-adoecer do trabalhador em uma infinidade de situações (Possas, 1981; Cohn et al., 1985; Faleiros, 1992; Minayo, 1995).

Essa indefinição acaba por tornar todo um contingente populacional, responsável pela geração da riqueza deste país, totalmente vulnerável física e mentalmente, uma vez que não se dispõe de um sistema de informações funcional e a subnotificação do acidente de trabalho é a regra, quando deveria ser a exceção.

A vinculação legal e civil da doença e do acidente do trabalho, representado por arcabouço legal de sanções e penas, foi elaborada com o objetivo de estimular a notificação dos acidentes e possibilitar melhorias das condições de trabalho através de modificações dos sistemas produtivos. No entanto, na prática, acabou por produzir um efeito contrário, aumentando a subnotificação.

O que existe é um sistema fragmentado, onde as diferentes instâncias trabalham isoladas, cada uma em sua especificidade, sem visão de conjunto e de relação de colaboração, tornando a informação inacessível, principalmente quando se trata de perfis locais, ou seja, do município.

Toda a informação existente é baseada na emissão da Comunicação do Acidente do Trabalho (CAT), que acaba por contemplar apenas os agravos ocorridos em trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e, mesmo estes, não aparecem em sua real magnitude em função da subnotificação. Além disso, os informes são, via de regra, apresentados na forma de estatísticas envolvendo grandes regiões, o que acaba por

mascarar peculiaridades locais e por diluir a informação. Em geral, somente a partir de estudos isolados é que se tem conseguido trabalhar melhor realidades tão distintas como as da cidade de São Paulo e Salvador (Santos, 1990; Rêgo, 1993; Machado e Gomes, 1994; Oliveira e Mendes, 1997).

Quando deseja-se entender a dinâmica de determinado setor ou região, mesmo de municípios menores, as estatísticas oficiais são quase nulas. O que temos é um conjunto de informações globais, incompletas e que não nos permite dimensionar o acidente do trabalho em nossa sociedade.

As publicações existentes, embora abundantes, referem-se quase que exclusivamente a realidades setoriais e em geral na forma de estudos de caso. Não faltam trabalhos abordando o setor metalúrgico ou o setor petroquímico, com recortes bem delimitados que em geral não permitem extrapolações. Estes estudos são importantes, ainda que circunscritos. No entanto, como já dissemos, são insuficientes para mostrar a real dimensão de uma região ou de cada município isoladamente. Como exemplo podemos citar os estudos de Ferreira e Mendes (1981) em Campinas, Faria et al (1983) em Cubatão, Santana et al (1998) em Camaçari e Santos e Robazzi (1998) em Ribeirão Preto.

A efetivação do que se encontra preconizado na Constituição de 1988, ou seja, a municipalização da informação na Saúde do Trabalhador, somente ocorrerá através de uma significativa mudança no processo de geração e análise destas informações, tornando-as mais transparentes e acessíveis.

Se já era difícil em anos anteriores, este panorama fica ainda mais complexo quando analisamos o mundo do trabalho em meio às rápidas mudanças organizacionais através da reestruturação produtiva, decorrentes da globalização.

A precarização das relações de trabalho e o aumento do desemprego levaram a uma desestruturação sindical. Estas organizações, na medida em que não foram capazes de superar as dificuldades decorrentes deste novo quadro, passaram a deslocar sua atuação, deixando para trás as lutas por trabalho digno, melhorias salariais, direito ao lazer etc., para uma atuação centrada quase que exclusivamente na manutenção do emprego a qualquer custo, com sérias repercussões para o já desprotegido mundo do trabalho (Costa, 1994; Antunes, 1995; Rifkin, 1995).

Junta-se a este perfil a prática de terceirização do trabalho e o aumento do trabalho informal, muitas vezes de alto risco e periculosidade e sem nenhum amparo legal e, conseqüentemente, sem controle. Esta tendência de flexibilização das relações do trabalho acaba por criar um clima favorável a retrocessos na legislação trabalhista, além de gerar um enorme contingente de excluídos (Rigotto, 1998).

Dias (1993) apresenta estimativas de incidência de acidentes do trabalho na ordem de 3 milhões de ocorrências por ano. Isto é uma verdadeira epidemia, com graves conseqüências sociais e econômicas.

A Constituição de 1988, no capítulo da Saúde, e a Lei Orgânica da Saúde já nos colocam a exigência de se implementar programas específicos objetivando impulsionar melhorias na qualidade das informações, sua

análise e posterior divulgação (BRASIL. Constituição,1988; BRASIL. Ministério da Saúde,1990). Isto é reafirmado institucionalmente, quer em âmbito estadual, quer municipal, principalmente com a efetivação da municipalização das ações de saúde (Dallari, 1995).

Infelizmente a informação em Saúde , em geral, e do Trabalhador, em particular, se mantêm com sérias dificuldades em nosso país. Tal fato é admitido inclusive pelos próprios representantes governamentais, constituindo-se numa das preocupações prioritárias do Ministério da Saúde desde 1995, quando da instituição de grupo de trabalho encarregado de estudar e propor soluções para estas questões. O referido grupo de trabalho, naquela oportunidade afirmou que:

“... no nível periférico, a falta de padronização dos procedimentos, tratamento, análise e disseminação das informações (...) uma tendência para proliferar arquivos e banco de dados (...), freqüentemente dispersos em unidades organizacionais internas de diversas instituições, com precária ou nenhuma coordenação central, (...) acarretam redundância e duplicidade de informações e dificuldade de sua recuperação.” (Informe Epidemiológico SUS, 1995)

Admitia-se que isso impossibilitava a efetivação de um Sistema de Informações confiável e ágil. A partir destas constatações, dentre outras, é que se elaborou o Sistema de Informações de Saúde, na procura de um modelo de sistema integrado e cooperativo, com políticas de informática em saúde e de documentação em saúde, o que gerou o documento aprovado pela Portaria Ministerial n.º3, de 04/01/96 (Informe Epidemiológico SUS, 95).

Alves e Luchesi (1992) discutem estas questões no âmbito da Saúde do Trabalhador, ressaltando a precariedade de informações existentes com relação aos Acidentes do Trabalho e Doenças Profissionais. A questão é: será que a elaboração de documentos como o acima mencionado tem sido capaz de gerar uma efetiva modificação e melhoria do Sistema de Informação em Saúde no que concerne à Saúde do Trabalhador?! O que representa afinal a municipalização das ações de saúde para a Saúde do Trabalhador?

A municipalização de Ribeirão Preto se deu, como gestão plena das Ações de Saúde, no ano de 1996, após três anos em gestão semi-plena. Na gestão plena o município tem por atribuições implementar, organizar e administrar os serviços de saúde e, inclusive, efetivar ações voltadas para a melhoria da Saúde do Trabalhador. Estas ações não devem se restringir ao atendimento médico mas, principalmente, devem dar prioridade à implementação de programas visando a coleta de informações, a identificação dos fatores de risco à saúde do trabalhador, a análise destas informações e sua divulgação, entre outros; tudo isso, resultando em ações de controle dos agravos identificados, como explicitado através da NOB – 96. Este controle pode ser obtido através de diversas formas, que vão desde campanhas educativas até intervenções no local de trabalho, previstas por lei (CLT - Capítulo V, Título 2; Lei Federal 6.514/77).

Entretanto, este não pode ser um trabalho isolado, compartimentado e burocrático. É indispensável e premente a sintonia entre os serviços envolvidos, sem duplicação do trabalho, buscando sempre a agilidade, a

fidelidade e, principalmente, a disponibilidade das informações. Só assim a Assistência à Saúde do Trabalhador pode ser entendida como um processo, um conjunto de práticas eminentemente prevencionistas, tendo portanto, como premissa, conhecer para prevenir, visando a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

A diversidade de serviços legalmente capazes de atuar, em diferentes frentes de trabalho e, muitas vezes, até com duplicação de funções, torna esta questão particularmente delicada.

Biondi (1994) nos coloca a necessidade de se atuar de forma mais abrangente, com um maior envolvimento dos serviços municipais ligados à saúde pública (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador), que classicamente têm trabalhado de forma compartimentada. Para ele há a necessidade de uma visão ampliada de atuação, a visão de Vigilância em Saúde.

O Programa de Saúde do Trabalhador que almejamos compreende um conjunto de ações que vai do registro e da notificação às ações de prevenção, de promoção de saúde e do controle dos agravos. Para a efetivação deste modelo é necessária a existência de um fluxo de informações fidedigno, capaz de tirar o acidente e as doenças do trabalho do escuro, possibilitando nortear nossas ações e indicar qual o melhor caminho a seguir.

Apesar de sua posição de destaque na esfera nacional, política e economicamente, Ribeirão Preto carece de estudos que avaliem esse processo em nível municipal.

Ribeirão Preto:

O município de Ribeirão Preto constitui-se na atualidade em importante centro comercial, econômico e administrativo regional. Está localizado a nordeste do Estado de São Paulo, sendo considerado um dos principais pólos sucro-alcooleiros do país.

Sua influência regional se faz sentir não somente através de centros administrativos, financeiros e da prestação de serviços, mas também, através de extensa rede de ensino. Possui atualmente várias unidades educacionais de nível superior, públicas e privadas. Com relação à saúde, apresenta variada rede de serviços médicos e complexa estrutura de saúde, desde o nível primário até o nível terciário. Ostenta orgulhosamente a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com seu Hospital das Clínicas, e outras unidades da referida Universidade, entre elas a Faculdade de Enfermagem.

Constitui-se, portanto, em importante centro formador de recursos humanos na área biomédica, de atendimento clínico especializado e pesquisa científica.

Apresenta como principais atividades econômicas aquelas referentes ao Setor Terciário, à prestação de serviços. Não possui, em função desse perfil, uma tradição de sindicatos fortes e reivindicativos. O fato é relevante, uma vez que a presença de sindicatos atuantes propiciam uma melhor compreensão, não somente por parte dos trabalhadores, mas também, de toda a sociedade, sobre as questões referentes à Saúde do Trabalhador.

A população estimada para o município no ano de 1996 foi de 455.810 habitantes (SEADE, 1999). A tabela IV nos mostra a distribuição dessa população por sexo, para o ano de 1996.

TABELA IV

ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO POR SEXO – RIBEIRÃO PRETO – 1996

POPULAÇÃO	TOTAL	%
FEMININA	235.412	51,65
MASCULINA	220.398	48,35
TOTAL	455.810	100,00

FONTE: Fundação SEADE

Com relação à distribuição dos empregos, Ribeirão apresentava para o ano de 1996 um total de 107.283 empregos ocupados, segundo a Fundação SEADE (1999). Essa mão de obra ocupada estava distribuída da seguinte forma: serviços 55.799 (52,0%), comércio 23.526 (22,0%), indústria 25.743 (24,0%) e outros 2.235 (2,0%). Podemos observar esta distribuição na TABELA V.

Somados, serviços e comércio, representavam 79.305 empregos ocupados ou seja 74% do total ofertado, ficando clara a característica eminentemente comercial e prestadora de serviços do município, conforme discutido anteriormente. É importante ressaltar que o item indústria refere-se predominantemente à indústria da construção civil, que nos últimos anos teve um grande incremento em função dos investimentos ocorridos no setor.

Surgiram as construções de novas Universidades Privadas e Centros Comerciais (SHOPPING CENTERS).

TABELA V

DISTRIBUIÇÃO DOS EMPREGOS OCUPADOS, RIBEIRÃO PRETO – 1996

TRABALHO	TOTAL	%
SERVIÇOS	55.779	52
COMÉRCIO	23.526	22
INDUSTRIA	25.746	24
OUTROS	2.235	2
TOTAL	107.283	100

FONTE: Fundação SEADE

Por isso mesmo, a nossa preocupação com o Acidente do Trabalho no município, pois já há muito tempo a construção civil constitui-se como um dos grandes responsáveis, em todas as regiões do Brasil, pelos acidentes de trabalho de maior gravidade. Do total de acidentes notificados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1987, 25% haviam ocorrido neste ramo de atividade (BRASIL. Ministério do Trabalho, 1990). Em 1996 este ramo de atividade consumiu cerca de 8% dos benefícios pagos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). (BRASIL. MPAS/INSS e MTb/RAIS - 1996).

Em razão de sua magnitude, a construção civil é objeto de legislação específica desde 1983 (BRASIL. Ministério do Trabalho, Norma Regulamentadora - N.R. 18, última revisão - Portaria n.º 4 de 4/7/95), sendo inclusive alvo de diversas campanhas educativas e preventivistas, como por exemplo, treinamentos e manuais educativos promovidos pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo (BRASIL. Ministério do Trabalho/Fundacentro, 1990).

Atualmente temos, em Ribeirão Preto, os seguintes serviços trabalhando na questão saúde e trabalho:

- 1) Na esfera federal - Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS);
- 2) Na esfera estadual - Divisão Regional de Saúde (DIR XVIII), através da Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho; e
- 3) Na esfera municipal - Programa de Saúde do Trabalhador (PST).

Além destes serviços, há a participação dos sindicatos e entidades representativas de classe no processo de atuação e fiscalização dos ambientes de trabalho. (BRASIL. Constituição Federal, 1988 - art. 8º, III; CLT - Capítulo I, Título VII).

Caracterização dos Serviços:

Faremos uma breve caracterização desses serviços para que se possa compreender a diversidade de ações existentes no tocante à Saúde do Trabalhador.

No âmbito federal :

O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) possui várias funções e, no que se refere ao acidente do trabalho, é o órgão responsável pelo pagamento do benefício acidentário e pela realização das perícias médicas. Os setores responsáveis por estas atividades são o setor de Concessão de Benefício e de Acidentes do Trabalho e o setor de Perícia Médica.

Esta configuração do INSS data do início da década de 90, quando da implantação do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social,90). A atuação no município de Ribeirão Preto, se faz através de um escritório regional, tendo sob sua jurisdição sete municípios: Serra Azul, Serrana, Cássia dos Coqueiros, Cajuru, Dumont, Jardinópolis e Cravinhos, e mais sete postos regionais: Franca, São Simão, Ituverava, Batatais, Orlândia, São Joaquim da Barra e Sertãozinho, representando no total mais de trinta municípios.

A Delegacia Regional do Trabalho (DRT): é órgão fiscalizador dos ambientes de trabalho, representada no município de Ribeirão Preto pela Subdelegacia Regional do Trabalho. Orienta e aplica penalidades aos infratores, ou seja, às empresas que de alguma forma não cumpriram ou não estão cumprindo o preconizado legalmente na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) em vigor desde 1943. É constituída pelos setores de Direitos Trabalhistas e de Medicina e Segurança do Trabalho. Sua área de abrangência compreende seis agências regionais: Ribeirão Preto, Batatais, Jaboticabal, Mococa e Sertãozinho, num total de 36 cidades, cabendo à Agência Regional de Ribeirão Preto a responsabilidade pelos municípios de

Cravinhos, Dumont, Guatapar, Jardinópolis, Luiz Antnio, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul e Serrana.

Estadual:

A Divisão Regional de Saúde (DIR-XVIII)  o órgão estadual que representa a Secretaria Estadual de Saúde na macrorregião de Ribeirão Preto. Está constituída por 25 municípios. Atua na Saúde do Trabalhador através de ações de vigilância sanitária e epidemiológica destinadas aos agravos relacionados ao trabalho. Atua também, através de convênio com o Ministério do Trabalho e do Emprego, via DRT, de processos investigativos em ambientes de trabalho. Participa, juntamente com INSS, de programas de reabilitação dos pacientes incapacitados, viabilizando o seu retorno ao trabalho, e também na implementação e acompanhamento de Programas de Saúde do Trabalhador (PST), nos serviços de Saúde do Estado, através do Serviço de Vigilância Sanitária (VISA). Este serviço, o VISA,  composto, entre outros, pelo setor de Medicina e Segurança do Trabalho.

Municipal:

A Secretaria Municipal de Saúde está em situação de gestão plena, coordenando e administrando o serviço público de saúde através do SUS, composto pelas Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDSs), as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), além de serviços de saúde privados e filantrópicos conveniados. Entre as várias atividades programáticas, situa-se o Programa de Saúde do Trabalhador Municipal (PST). O PST é o órgão legalmente responsável, através do convênio SUS, a partir da

municipalização, pela implementação, avaliação e organização de todo um conjunto de práticas necessárias para melhor compreensão e atuação nas questões relacionadas à saúde do trabalhador.

Práticas estas ainda bastante incipientes no município, conforme analisou Marcellino (1999). Ao analisar o fluxo das CATs, nos diferentes serviços envolvidos com a questão em Ribeirão Preto, a autora constatou a presença de heterogeneidade, diversidade e sobreposição de atribuições, dificultando práticas que deveriam estar articuladas intra e interinstitucionalmente. Esta articulação é fundamental para a efetiva atuação no complexo mundo do laborar–viver–adoecer. A falta de articulação, muitas vezes acaba por comprometer o bom andamento e a eficácia de qualquer atuação. Tudo isso dificulta inclusive a definição de competências entre todos os órgãos ligados à saúde do trabalhador.

Com a descentralização, o perfil de atuação de alguns serviços acabou por sofrer profundas mudanças. Por exemplo, as Divisões Regionais de Saúde (DIRs) de órgãos gestores, gerenciadores do sistema de saúde passaram a atuar apenas como serviços de apoio, como orientadores. Hoje, a DIR–XVIII apenas faz o acompanhamento das ações de saúde dos municípios de sua macro-região.

Na prática, embora preconizado legalmente, nem sempre essas transformações são facilmente implementadas. Com respeito à Saúde do Trabalhador, principalmente, essas dificuldades são historicamente observadas. Os interesses envolvidos com a questão freqüentemente ultrapassam ou se sobrepõe às necessidades de saúde do trabalhador. A

cidade de Ribeirão Preto, como veremos, não representa uma exceção a esta dura realidade.

Pelo que expusemos até o momento, acreditamos que a não notificação do Acidente do Trabalho é temática relevante e atual, caracterizando-se como um objeto de estudo fluido, mutante e fugidio e que, por isso, merece e necessita ser ainda desnudado.

A importância de registros bem elaborados, consistentes, de fácil manuseio e interpretação constitui questão de mais alta relevância, há muito tempo discutida e reivindicada (Almeida, 1996; Padilha e Costa, 1996; Waldman, 1998).

Os caminhos percorridos pela Comunicação do Acidente do Trabalho (CAT) e suas conseqüências precisam ser melhor avaliados para a efetiva implantação do Programa de Saúde do Trabalhador do Município. Infelizmente ainda hoje não é possível apreender a totalidade destas questões, mesmo quando tratamos do acidente de trabalho grave. O fato de ser considerado evento de difícil ocultação não tem garantido uma geração de dados –oficialmente divulgados– acima de qualquer suspeita.

Entendemos, portanto, ser importante a realização desse estudo, onde algumas dessas questões serão verificadas e analisadas no município de Ribeirão Preto - SP no ano de 1996.

OBJETIVOS

- OBJETIVO GERAL

Estudar a dinâmica da Comunicação do Acidente do Trabalho no município de Ribeirão Preto, no ano de 1996, identificando as instituições envolvidas neste processo, os caminhos percorridos por esta informação e sua acessibilidade.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever a estrutura do sistema de notificação do acidente do trabalho, identificando as fontes notificadoras e as instituições envolvidas no processo, no município de Ribeirão Preto, no ano de 1996;
2. Identificar os caminhos percorridos pela informação gerada a partir da notificação do acidente do trabalho, suas implicações legais e as ações necessariamente desencadeadas;

3. Traçar um paralelo entre a notificação obrigatória do Acidente do Trabalho e a notificação também obrigatória de outros agravos à saúde, como por exemplo as doenças infecto-contagiosas, no que se refere à eficácia e à acessibilidade da informação em cada sistema.

MATERIAL

E

MÉTODO

Buscando clarear os objetivos assinalados para o nosso estudo, iniciamos por eleger como método investigativo o estudo descritivo transversal da trajetória e repercussões da notificação do acidente do trabalho, no período de janeiro a dezembro do ano de 1996, no município de Ribeirão Preto (Hennekens & Burning,1987; Forattini,1992; Rouquayrol, 1994).

A busca da informação para a contemplação dos objetivos propostos deu-se em dois momentos distintos, descritos a seguir.

PRIMEIRO MOMENTO (OU FASE DE AUSCULTA):

Iniciamos por levantar, junto ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da USP-RP e ao Boletim de Vigilância Epidemiológica elaborado por este serviço conjuntamente com a Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto no ano de 1996, informações referentes à realidade local do Acidente do Trabalho, da Doença Profissional e da Doença do Trabalho. (ANEXO I)

O Hospital das Clínicas, através de sua Unidade de Emergência, constitui-se em serviço de referência para os traumas graves ocorridos no

município de Ribeirão Preto e o Informativo Epidemiológico de Ribeirão Preto – IERP, era enviado, até 1999, para todos os médicos residentes no município de Ribeirão Preto, numa tiragem de 3.000 exemplares mensais, contemplando também uma estatística mensal dos acidentes de trânsito ocorridos no município

Em nosso entendimento o Serviço de Vigilância Epidemiológica seria o local onde a problemática do Acidente do Trabalho deveria estar sendo abordado em sintonia com os demais serviços envolvidos, como por exemplo a Vigilância Sanitária e o Serviço de Saúde do Trabalhador do município, uma vez que a necessidade de articulação entre tais serviços já havia sido analisada e discutida por Biondi recentemente, demonstrando que os vários serviços de controle, ao trabalharem isoladamente e sem articulação, acarretavam até então uma imprecisão dos resultados e duplicidade de ações (Biondi, 1994).

Outro passo inicial foi verificar se entre as internações hospitalares ocorridas em Ribeirão Preto, no ano de 1996, seria possível relacionar o trauma à atividade laboral exercida pelo paciente. Para tanto buscamos o serviço de codificação das internações hospitalares do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social USP-RP, cuja importância encontra-se registrado em trabalhos de Yazlle Rocha (1993) e Simões (1993).

O CDPH constitui-se no maior serviço de informações hospitalares da região, onde são analisados diariamente todos os dados referentes às internações hospitalares ocorridas nos 12 hospitais de Ribeirão Preto e em

mais 23 hospitais nos demais municípios da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DIR XVIII), num total de 25 municípios. Para o presente estudo, valemo-nos das informações referentes aos hospitais gerais que atendem traumas (07 unidades), no município de Ribeirão Preto, excluindo-se os demais.

A partir das informações provenientes da folha de alta hospitalar, foram selecionados todos os pacientes residentes em Ribeirão Preto no ano de 96, cuja causa principal e/ou secundária da internação estivesse listada no Capítulo XVII da CID-09 num total de 4.224 internações, sendo que em 93,3% deste total o Capítulo XVII aparecia como causa principal da internação e nos 2,7% restantes, como causa secundária. (ANEXO II)

O instrumento utilizado (folha de alta hospitalar), continha informações gerais, tais como identificação do paciente, data da internação etc. e; informações específicas referentes ao motivo da internação, presença de complicações etc. sem no entanto mencionar a atividade do paciente no momento do acidente.

A utilização do Capítulo XVII representou a tentativa de se obter um perfil das internações por traumas graves que, ao serem cruzados com a ocupação do paciente, pudesse nos indicar de alguma forma qual a dimensão do Acidente do Trabalho no município de Ribeirão Preto.

A busca hospitalar pressupunha a obtenção de informações mais fidedignas. De um lado, pelo fato de o Acidente Grave quase sempre demandar hospitalização, e portanto, tratar-se de evento de difícil ocultamento e, por outro lado, em razão das implicações legais previstas em

nossa legislação (CLT, 1995). Tais implicações legais relacionam-se ao fato de que o acidente ocorre em razão da existência de falhas nos programas de prevenção do setor produtivo e da exposição do trabalhador a atividades perigosas e insalubres.

Entendemos que o ônus humano provocado pelos acidentes do trabalho, não somente em razão do acidente em si, mas também pelas prováveis conseqüências futuras que o trabalhador poderá estar sujeito (seqüelas, incapacitações, demissões etc.) e do elevado custo econômico resultante (dias de trabalho perdido, hospitalização, indenização etc.) não deve ser ignorado, sendo necessário um sistema de registro que nos propicie trabalhar com dados fidedignos.

É necessário explicitar que o CPDH realizou a codificação dos dados hospitalares pela Codificação Internacional de Doenças versão 09 (CID-09) até dezembro de 1997, quando passou a utilizar a atual Codificação Internacional das Doenças, CID-10, razão pela qual nossos dados encontram-se registrados e analisados por essa versão.

Foi elaborado, a partir desse levantamento, um banco de dados elegendo as seguintes variáveis para sua análise:

- sexo;
- idade;
- procedência e
- ocupação.

Para categorizar a variável ocupação foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações para o Subsistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 1987) modificada e aplicada por Yazlle Rocha (1997). Esta nova classificação compreende seis níveis de distribuição :

- profissional;
- intermédio;
- qualificado não-manual;
- qualificado manual;
- semi-qualificado; e
- não-qualificado.

Para a análise desses dados utilizou-se o programa EPIINFO, versão 6.04.

No entanto, a busca pela informação incluiu, necessariamente, o conhecimento dos caminhos percorridos pelas Comunicações do Acidente do Trabalho (CATs), do momento de sua emissão à sua recepção pelos órgãos competentes para tal, bem como de suas conseqüências (ANEXO III).

Estão envolvidos nesta dinâmica os hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), os Sindicatos dos

Trabalhadores, a Divisão Regional de Saúde (DIR XVIII) e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Para complementar essa fase, que estamos denominando de Primeiro Momento ou Fase de Ausculta na busca de informações sobre a realidade dos acidentes do trabalho ocorridos em Ribeirão Preto no ano de 1996, é que os seguintes serviços foram incluídos, além dos dois já mencionados:

- 1) os hospitais que prestam atendimento de urgência (num total de quatro), credenciados ao SUS, que são os que efetivamente dão atendimento ao acidentado do Trabalho, uma vez que os Convênios e os Seguros Saúde em geral não oferecem cobertura para este tipo de agravo;
- 2) a Delegacia Regional do Trabalho (DRT);
- 3) o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ;
- 4) a Divisão Regional de Saúde (DIR XVIII);
- 5) a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP); e
- 6) dois sindicatos de setores representativos do perfil produtivo e da gravidade dos acidentes gerados no trabalho, ocorridos no município de Ribeirão Preto no período analisado.

Essa etapa constituiu-se numa abordagem preliminar para a identificação das pessoas envolvidas com a questão do acidente do Trabalho em cada serviço, uma vez que isso nem sempre é claramente determinado, e para a superação de possíveis dificuldades na obtenção das informações necessárias à efetivação da etapa seguinte. A opção de se realizar uma abordagem preliminar decorreu do fato de ambos, orientador e

pesquisadora, serem profissionais da área e possuírem experiência e conhecimento das dificuldades para se obter informações a respeito deste tema em nossa realidade.

Embora o modelo utilizado para a execução deste estudo não exigisse a elaboração e a aplicação de um pré-teste, na prática nos valemos deste recurso para obter mais rapidamente as informações procuradas.

Realizamos contato pessoal na forma de uma conversa informal, utilizando-nos nesse momento de questionário aberto, ainda não completamente sistematizado. Buscou-se esclarecer o objetivo do trabalho e verificar a possibilidade de contar com a participação de cada um no momento seguinte, ou seja, o da aplicação da entrevista definitiva e oficial. As conversas ocorreram sempre no local de exercício da atividade do entrevistado, com data e hora previamente acertadas.

Procurou-se não intervir na dinâmica da conversa, podendo o entrevistado discorrer sob o tema livremente, uma vez que em diálogos menos formais o entrevistado se sente menos constrangido e mais disposto a colaborar. Entretanto, em alguns momentos, a entrevistadora necessitou introduzir questões extras com o intuito de obter informações mais detalhadas.

SEGUNDO MOMENTO:

A seguir, baseados nos achados da primeira etapa, concluímos o instrumento de pesquisa sob a forma de questionário definitivo (ANEXO IV).

O Questionário:

Instrumento de coleta constituído por quatro questões abertas, cujo formato nos permitiu conhecer a estrutura, a dinâmica e a abordagem de cada serviço frente ao acidente (ou acidentado) do trabalho. Buscou-se captar o grau de envolvimento por parte de cada um dos serviços com a questão e a existência de consonância entre suas práticas e o preconizado legalmente.

Cada questão é composta por uma seqüência de pequenas perguntas complementares, com a finalidade de obtenção das informações necessárias aos nossos objetivos e também de facilitar a entrevista, de forma a não deixar espaço para desvios do cerne da análise proposta. A seguir uma apreciação de cada uma das questões.

Primeira questão: destinou-se à caracterização do serviço e identificação do grau de entendimento, por parte deste, das razões e da importância da notificação do Acidente do Trabalho.

Segunda questão: observação da dinâmica da notificação, verificando a existência de correspondência entre o preconizado legalmente e as práticas institucionais.

Terceira questão: verificação da eficácia da notificação e do envolvimento da instituição com o evento.

Quarta questão: conhecimento do manejo dado às informações e sua acessibilidade, apreendendo qual é a concepção do serviço frente a este evento, ou seja, o acidente do trabalho e sua notificação.

Efetivamos sua aplicação, sob a forma de entrevistas, nos mesmos serviços e para as mesmas pessoas contatadas anteriormente, num total de doze entrevistados, com exceção de um serviço hospitalar, onde ao voltarmos para a realização da segunda abordagem deparamo-nos com a substituição da funcionária ouvida anteriormente, em função de sua demissão.

Nesse momento, portanto, as possíveis dificuldades já haviam sido identificadas na etapa anterior e os entrevistados mostraram-se bastante motivados, uma vez que já conheciam tanto a entrevistadora quanto o teor das questões. As entrevistas foram precedidas pelo envio de ofício em nome do Departamento de Medicina Social e assinado pelo orientador juntamente com uma cópia do instrumento de coleta dos dados (ANEXO V).

As entrevistas foram registradas sob a forma de gravação em fita cassete, para posterior transcrição e análise.

Ao concluirmos esta etapa, entretanto, confirmamos a necessidade de ampliar nossa coleta de dados, sob a forma de entrevistas formais, para melhor compreensão da dinâmica referente à Saúde do Trabalhador no município de Ribeirão Preto, no ano de 96. Neste sentido, os seguintes serviços foram também incluídos :

- 1) Serviço Municipal de Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Preto; e
- 2) Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Apesar de já ter ocorrido um primeiro contato com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no

primeiro momento de nossa busca, esse contato havia se restringido à busca de dados relativos aos acidentes do Trabalho ocorridos no município, no ano de 1996, em seus bancos de dados. Com o desenvolver das pesquisas percebemos ser importante a inclusão dos Serviços de Vigilância Epidemiológica existentes no município, de maneira mais aprofundada. Logo, estes dois serviços foram entrevistados uma única vez, após envio de ofício.

O instrumento de pesquisa foi então modificado e adequado para ser aplicado nesses serviços (ANEXO VI), perfazendo um total de quatorze entrevistas.

RESULTADOS

E

DISCUSSÃO

PRIMEIRO MOMENTO:

Após a análise dos dados referentes ao serviço de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – USP/Ribeirão Preto observamos a completa ausência de qualquer tipo de informação que nos remetesse à questão do acidente do trabalho.

O serviço procurado a seguir foi o Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP – Ribeirão Preto (CPDH-HC-USP).

A Tabela VI representa o montante das internações, ocorridas nos hospitais selecionados.

O Hospital das Clínicas respondeu por 45,1% das internações por traumas (Lesões e Envenenamentos–Cap. XVII) ocorridas no município no ano de 96. Como sua Unidade de Emergência (U.E.–H.C.) constitui-se numa unidade de referência, tanto regional como municipal, para estes tipos de agravos, observamos como principal consequência um maior fluxo de lesões graves para este serviço, incluindo-se aqui também os Acidentes do Trabalho.

TABELA VI
DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES PELO CAPÍTULO XVII DA CID-09,
DE PACIENTES RESIDENTES EM RIBEIRÃO PRETO, 1996

HOSPITAL	FREQÜÊNCIA	%
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	1905	45,1
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	577	13.7
SÃO FRANCISCO	562	13.3
BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	495	11.7
SANTA LYDIA	367	8.7
RIBEIRÂNIA	181	4.3
SÃO PAULO	137	3.2
TOTAL	4.224	100.0

Como veremos pelas estatísticas, os traumas ocorridos em razão da atividade laboral exercida pelo paciente não aparecem como tal, ficam ocultos. Este fluxo contínuo de informações, registradas e analisadas pelo CPDH, não foi capaz de explicitar a dimensão da problemática saúde/trabalho, no que se refere a este crítico evento, ou seja, o Acidente do Trabalho Grave. Esta associação simplesmente não aparece em razão do não registro, em nenhum momento, da atividade laboral do paciente no momento do trauma, o que caracterizaria o trabalho como causador de danos sérios à saúde. A inclusão na folha de alta hospitalar de um item que associasse o trauma à atividade exercida no momento do acidente

evidenciaria a gravidade desse fato, não somente no município, como também em toda a região de abrangência do CPDH-HC-USP. Atualmente essa importantíssima informação está oculta em siglas que não nos remetem a lugar algum. A simples pergunta: “- Estava trabalhando no momento do acidente? Sim ou não?”, em muito nos ajudaria a compreender essa problemática.

Ademais, soma-se o fato da Codificação Internacional das Doenças (CID) versão 09, não contemplar os fatores envolvidos com o momento do trauma. Ou seja, o trabalho não é considerado como causador de doenças, como agente etiológico.

Esta questão dos registros do acidente do trabalho no âmbito hospitalar será melhor discutida na segunda etapa de nossa análise.

A Tabela VII apresenta a distribuição das internações por sexo e diagnóstico principal. Como se vê, as internações masculinas corresponderam a 67,1% do total de internações, sendo 94,5% destas internações devido ao Cap. Lesões e Envenenamentos da CID-09. As mulheres ocuparam 32,9% do total de internações sendo destes o Cap. Lesões e Envenenamentos a causa principal de 90,9% das internações. O Capítulo XVII aparece como diagnóstico secundário em 6,7% do total de internações, identificado na tabela como OUTROS.

Soma-se às dificuldades listadas até o momento referentes à análise dos dados hospitalares a prática usual dos médicos, que, ao descreverem o tipo de trauma, utilizam-se freqüentemente apenas dos três primeiros dígitos

da codificação, não especificando o tipo de agravo registrado, conduzindo muitas vezes a erros de interpretação.

À reduzida especificidade no que se refere à atribuição da lesão e sua relação com o trabalho, junta-se o despreparo do médico em lidar com as questões do mundo do trabalho. A formação acadêmica não contempla o perfeito entendimento do trabalho como possível gerador de doenças. A prática diária, no entanto, coloca o médico frente a essas questões freqüentemente, sem que esteja munido de instrumentos de registro eficientes e políticas públicas coesas e claras.

TABELA VII
DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES SEGUNDO SEXO E DIAGNÓSTICO
PRINCIPAL NO MUNICÍPIO DE RIBIRÃO PRETO, 1996

SEXO	DIAGNÓSTICO		PRINCIPAL	%
	XVII	OUTROS	TOTAL	
MASC	2.680	156	2.836	67,1
FEM	1.261	127	1388	32,9
TOTAL	3.941	283	4224	
%	93,3	6,7		100,0

Quando da análise dos dados observamos a total ausência do Capítulo de Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e Envenenamentos, reafirmando nossa assertiva quanto ao uso incorreto da

CID – 09 para a codificação dos agravos, de maneira que se tornasse possível a identificação do Acidente do Trabalho.

Enquanto a Tabela IV apresenta um equilíbrio entre a população feminina (51,65%) e a população masculina (48,35%), a Tabela VII mostra que 67,1% das internações por algum tipo de trauma ocorreram em pacientes do sexo masculino.

Ainda que nos apresente uma panorâmica das internações - não se detendo a detalhes como os tipos específicos de traumas ou à situação em que estes ocorreram - revela a existência de uma exposição a situações de maior risco ao trauma para o sexo masculino, representando o dobro das internações ocorridas por este tipo de agravo, para o sexo masculino, no ano de 96. Se não fosse essa ocultação poderíamos melhor e mais claramente relacionar Trabalho e Acidente, caracterizando-o como Acidente do Trabalho.

A Tabela VIII mostra o total de internações pelo Capítulo XVII da CID-09, segundo a categoria de internação para o ano de 96 em Ribeirão Preto, sendo que em 93,3% dos casos o Capítulo XVII da CID-09 aparece como causa básica da internação e nos demais como diagnóstico secundário, identificado na tabela como OUTROS.

O SUS assumiu 70,5% do total das internações, enquanto os convênios representaram 26,7% deste total.

Do total de traumas internados pelo SUS, na realidade, boa parte inclui os acidentes do trabalho, uma vez que, em geral, os seguros privados não os contemplam.

TABELA VIII
DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES SEGUNDO DIAGNÓSTICO E
CATEGORIA DE INTERNAÇÃO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO,
1996.

DIAGNÓSTICO	CATEGORIA DE INTERNAÇÃO			
	CONVENIO	PARTIC.	SUS	TOTAL
CAP.XVII	1090	109	2742	3941
OUTROS	37	8	238	283
TOTAL	1127	117	2980	4224
%	26,7	2,8	70,5	100,0

convênio: seguro saúde, medicina de grupo, etc.; partic.: particular; sus : sistema único de saúde

Se o INSS calcula os gastos com o acidente do trabalho em termos de benefícios pagos e a empresa em termos de dias perdidos, como saber a real dimensão deste ônus se não somos capazes de captar o volume de recursos gastos em sua recuperação? Fica evidente, mesmo que indiretamente, o quanto estamos longe de conhecer a verdadeira dimensão do quadro da saúde dos trabalhadores.

Por outro lado, se estas internações ficam, em sua maioria, por conta do serviço público, mais uma vez quem paga pelo descaso com relação aos acidentes do trabalho, “socializando” os prejuízos com relação à saúde do trabalhador, é a própria sociedade.

A Tabela IX nos apresenta a distribuição das internações pelo capítulo XVII no ano de 96 em Ribeirão Preto por faixa etária e categoria de internação, ocorrida em paciente com idade acima de 14 anos e procedente de Ribeirão Preto.

TABELA IX
DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES OCORRIDAS NO MUNICÍPIO
DE RIBEIRÃO PRETO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E CATEGORIA DE
INTERNAÇÃO, 1996.

FAIXA ETÁRIA	CATEGORIA DE INTERNAÇÃO				
	CONVENIO	PART.	SUS	TOTAL	%
14-19	172	24	438	634	15.0
20-39	438	40	1350	1828	43.3
40-49	152	14	384	550	13.0
50-59	96	4	259	359	8.5
60 e +	269	35	549	853	20.2
TOTAL	1127	117	2980	4224	100.0

Percebe-se que a população atingida é uma população jovem, pois 58,3% dos traumas ocorreram em pacientes com idade entre 14 a 39 anos. Destes, 43,3% estão em idade que varia entre 20 e 39 anos, fato que chama a atenção, pois em números absolutos representou 1828 pacientes, com traumas de gravidade variada, que exigiram internação e, portanto, não

eram absolutamente lesões banais. Incidiram em população jovem e economicamente ativa, sendo 73,9% destes, atendidos pelo SUS. O que expressa um enorme ônus não somente econômico mas principalmente social.

Não vamos, no entanto, nos estender nesta discussão, por não tratar-se no momento de objeto do nosso estudo. Fica o registro, que consideramos de extrema importância, assim como a questão do acidente de trânsito, certamente embutido nesse montante e, que por sua vez, esconde um considerável contingente de acidentes relacionados ao trabalho.

As Tabelas X e XI referem-se à análise da ocupação do paciente no momento da internação. Como vimos até o momento, as informações catalogadas regularmente pelo CPDH são extremamente úteis para uma infinidade de estudos e análises mas, infelizmente, não nos permitem visualizar com clareza a situação do acidente do trabalho no contexto hospitalar, ainda que de maneira parcial ou indireta.

A utilização da categoria ocupação buscou, de certa forma, superar essa dificuldade esclarecendo o peso do trabalho como determinante de internações, mesmo que de maneira rudimentar, através de uma aproximação.

Podemos observar a distribuição das internações por ocupação e sexo no município de Ribeirão Preto, em 1996, conforme mostra a Tabela X, onde algumas categorias foram agrupadas para facilitar a análise: Aposentado (486 ou 11,5% do total), do Lar (697 ou 16,5%), Menor (57 ou

1,3%), Estudante (317 ou 7,5%) e Desocupado (76 ou 1,8%), perfazendo um total de 1.633 casos, ou 38,6% do total.

Não obstante o número significativo de pacientes, resultante desse novo agrupamento, tal grupo não se constitui em população economicamente ativa, o que portanto, prejudicaria a nossa análise. Estamos trabalhando com o universo dos acidentes relacionados ao trabalho, cujas atividades profissionais encontram-se contempladas no modelo de codificação das ocupações, utilizada em nosso estudo, como descrito no capítulo anterior.

Do total de internações, 38,6% referem-se a pacientes que se declararam fora do mercado do trabalho. Em que pese as críticas que se possa fazer a este tipo de classificação, principalmente no que se refere a categoria “do lar” - muitas vezes mal empregada - pode-se inferir que na verdade ela oculta em seu interior uma infinidade de situações que prejudicam sua interpretação.

Por outro lado, um contingente significativo - 49% das internações – encontra-se dentro do grupo de menor qualificação profissional, sendo que 37,7% destes correspondem às categorias profissionais semi-qualificado e não qualificado. Quando analisamos por sexo percebemos que das 4.224 internações ocorridas, 1.810 ou seja 43% ocorreram na faixa dos homens com pior qualificação profissional (qualificado manual, semi-qualificado e não qualificado).

TABELA X
DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO O
CAPÍTULO XVII DA CID-09, SEXO E OCUPAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
RIBEIRÃO PRETO, 1996.

OCUPAÇÃO	SEXO		TOTAL	%
	MASC	FEM		
PROFISS	57	18	75	1,8
INTERME	199	37	236	5,6
QUALNM	127	82	209	4,9
QUALMN	402	76	478	11,3
SMQUAL	686	46	732	17,3
NAQUAL	722	139	861	20,4
OUTROS	643	990	1.633	38,6
TOTAL	2.836	1.388	4.224	100,0

Profiss: profissional, interme: intermediário, qualnm: qualificado não manual, qualmn: qualificado manual, smqual: semi - qualificado e naqual: não qualificado.

A seguir a análise da distribuição das internações por ocupação e categoria de internação, apresentada na Tabela XI.

Complementando a Tabela X, observamos na Tabela XI que o maior número de pacientes, vítimas de algum tipo de trauma passível de tratamento hospitalar, o fez via SUS (70,5%) e destes, 55,4% referem-se aos pacientes de menor qualificação profissional, logo de menor poder aquisitivo, fechando o ciclo. Este dado nos leva a pensar no ciclo da desigualdade de

oportunidades, de maior exposição à violência urbana, condição adversa de trabalho e, conseqüentemente pior condição de vida.

TABELA XI
DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES PELO CAPÍTULO XVII DA CID-09, POR OCUPAÇÃO E CATEGORIA DE INTERNAÇÃO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, 1996.

OCUPAÇÃO	CATEGORIA DE INTERNAÇÃO				
	CONVÊNIO	PARTIC	SUS	TOTAL	%
PROFISS	31	5	39	75	1,8
INTERME	87	17	132	236	5,6
QUALNM	91	6	112	209	4,9
QUALMN	132	16	330	478	11,3
SMQUAL	174	9	549	732	17,3
NAQUAL	81	8	772	861	20,4
OUTROS	531	56	1.046	1.633	38,6
TOTAL	1.127	117	2.980	4.224	100,0

Qual o peso de cada um destes fatores? Quanto, dentro destas estatísticas, representam na realidade o resultado da precarização das condições de trabalho, levando a um aumento dos acidentes e das doenças do trabalho?

Os serviços investigados até o momento consistem-se em núcleos extremamente importantes, constituindo-se em fontes valiosas de informações relacionadas à saúde de maneira geral.

Foi a partir dessa convicção que os elegemos como marcos de nossa investigação. Em nosso percurso, no entanto, constatamos uma série de dificuldades para o alcance de nosso objetivo.

O reconhecimento do acidente do trabalho como evento crítico na saúde do trabalhador, oficialmente identificado como gravíssimo problema de saúde pública em nosso país desde a década de 70 e a ocorrência de possíveis falhas nos programas de prevenção dos acidentes e das doenças do trabalho têm acarretado inúmeras mudanças legislativas no tocante à identificação, notificação e controle dos agravos à saúde do trabalhador. Desafortunadamente, essas alterações não foram capazes de gerar mudanças organizacionais em várias instituições envolvidas no processo como, por exemplo, as acima listadas, que pudessem romper a ocultação do elemento trabalho como gerador de agravos à saúde.

Esse processo histórico propiciou a criação deliberada de mecanismos próprios de notificação e caminhos específicos para o tráfego destas informações, definidos, como o conhecemos atualmente, no Estado de São Paulo, pela Resolução SS-nº 60 de 17.02.92 e Resolução SS-nº 587 de 18.11.1994 (SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde, 1992, 1994). Isto deixa claro que o Acidente do Trabalho trilha um caminho próprio, diferente daquele trilhado pelos agravos à saúde classicamente notificáveis pela Vigilância Epidemiológica. Estes dispositivos legais contemplam os

Acidentes do Trabalho e as Doenças Profissionais e do Trabalho como agravos à saúde de notificação compulsória mas, ao mesmo tempo, criam um circuito paralelo ao aprovar Instrução Normativa que regulamenta a Notificação e o Fluxo do Acidente do Trabalho. A referida norma define, entre outras, a obrigatoriedade da emissão da Comunicação do Acidente do Trabalho (CAT) em 06 vias, com seis distintos destinos. Uma via para o INSS, uma para a DRT, uma para o Trabalhador, uma para a DIR (ou Serviço Municipal de Saúde, após a municipalização), uma para a Empresa e finalmente, uma para o Sindicato (SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde, 1992, 1994).

Mas, ao contrário do que se poderia imaginar, a elaboração desses mecanismos não alterou significativamente o quadro de subnotificação dos Acidentes do Trabalho de uma maneira geral (Possas, 1987; Dias, 1993; Rêgo, 1993).

Essa questão persiste, como apontado por Marcellino (1999), em razão da ausência de compromisso dos profissionais da saúde, da precariedade no atendimento, de omissões - que vão do diagnóstico ao registro dos acidentes e doenças do trabalho - além da ausência de ações conjuntas na área. Isto é percebido no nível da macro estrutura refletindo-se internamente, tal qual observamos, em todas as interfaces institucionais, não acompanhando as mudanças exigidas para o tratamento desta problemática.

Infelizmente a elaboração de normas e leis específicas para a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, justificadas por sua magnitude e importância, contraditoriamente tem levado bem mais à sua

ocultação do que ao seu completo desnudamento, perpetuando-se o histórico distanciamento entre discurso oficial e prática institucional. Práticas que na realidade representam distorções e impeditivos para uma efetiva ação de promoção de saúde para milhares de trabalhadores em nosso país.

Percebemos até o momento, em nosso estudo, várias dificuldades para a identificação clara da associação trabalhar/adoecer. Uma delas é representada pela utilização da CID-09 como única forma de se registrar agravos à saúde no sistema de informações hospitalares. É um código, ao nosso ver, que não contempla e não reconhece em nenhum momento o trabalho como causador de danos à saúde, persistindo uma visão positiva, unicausal e descolada do contexto social.

Outra dificuldade é a utilização da folha de alta hospitalar, nos moldes em que foi concebida há mais de 25 anos atrás. Em que pese ter sido elaborada em importante centro de pesquisa, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP/RP, serviço também responsável pelo atendimento de significativo percentual dos traumas ocorridos no município, certamente congrega, mesmo que não explicitamente, o atendimento de grande parte dos Acidentes do Trabalho ocorridos na cidade e na região, não contemplou, quando de sua elaboração, o trabalho, o instante do trauma, como uma variável significativa.

A simples informação de tratar-se de lesão ocorrida durante a jornada de trabalho ou não, com certeza nos permitiria compreender com muito mais clareza esta questão, não somente no município de Ribeirão Preto como de toda a região de sua abrangência. Apesar de todas as mudanças

trabalhistas, legislativas, produtivas etc., ocorridas neste período, o serviço continuou e continua a ignorar o trabalho como agente causador de danos à saúde.

O mesmo ocorre com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP/RP. Ainda que classicamente não faça parte de suas atribuições o controle dos Acidentes, Doenças e Patologias do Trabalho, desde seu entendimento como agravo à saúde passível de notificação compulsória, esperava-se que este e outros importantes serviços compreendessem a dimensão dessa problemática e despertassem o seu olhar para esta obviedade. Aliás, como o tem feito em relação ao Acidente de Trânsito, fazendo parte de seu Informativo Epidemiológico.

Inserido em universo tão rico, como o HC e sua Unidade de Emergência, também o núcleo não tem considerado o trabalho como agente causador de danos à saúde.

Os resultados obtidos até o momento confirmaram a necessidade de se criar novos mecanismos de busca, uma vez que a informação não se mostrou nem acessível nem aparente.

Ao contatar os vários serviços legalmente envolvidos com a notificação dos agravos à saúde do trabalhador buscamos identificar qual seria a melhor maneira e qual o melhor caminho que nos levasse ao Acidente do Trabalho no município de Ribeirão Preto no ano de 1996.

Através dos contatos efetuados e do material obtido chegamos ao formato definitivo do instrumento de coleta que foi aplicado no segundo momento da pesquisa ou da busca da informação propriamente dita.

Em função da reduzida variabilidade das informações obtidas na etapa preliminar, utilizada para superar dificuldades e agilizar a obtenção das informações e o momento seguinte, e também a maior riqueza de informações, visto que a segunda entrevista foi registrada em cassete, optamos por concentrar nossa atenção neste segundo momento da coleta de dados.

Gostaríamos apenas de ressaltar que a entrevista feita nestes moldes, ou seja, em dois momentos distintos, longe de causar prejuízo ou dificuldades, em função de um possível desgaste entre as partes, foi muito produtiva e enriquecedora. Observamos uma superação das barreiras iniciais, uma vez que os entrevistados já conheciam tanto a pesquisadora quanto o teor das questões e seu tempo de duração, em média 45 minutos.

Segundo Momento:

Foram percorridas todas as instâncias envolvidas com a questão do Acidente do Trabalho no município de Ribeirão Preto no ano de 1996. Iniciaremos nossa narrativa pelo que denominamos ser a “porta de entrada” da Comunicação do Acidente do Trabalho, em Ribeirão Preto.

A emissão da CAT é obrigação da empresa empregadora mas, no caso de recusa da mesma em fazê-la, existe a garantia legal da emissão ser

realizada por outras instâncias sociais. Em razão da não observação dessa prática em nosso trabalho, ou seja, da emissão da CAT por terceiros, na recusa da empresa em fazê-lo, é que nos permitimos afirmar ser o hospital a porta de entrada da CAT, efetivamente emitida pela empresa, no sistema.

Observamos que, de uma maneira geral, o serviço que efetua o primeiro atendimento ao paciente vítima de Acidente do Trabalho é que solicita à empresa empregadora o envio da CAT, devidamente preenchida. Recebida a CAT, o médico que efetuou o atendimento preenche o verso da mesma com os dados médicos, chamado de Laudo de Exame Médico (LEM), encaminhando-a posteriormente ao INSS para ser registrada.

Entendemos que o início do processo dá-se no momento do trauma. Todavia, o Acidente do Trabalho só existirá oficialmente quando efetivamente notificado e registrado. Para que isto aconteça não basta o preenchimento da CAT. É necessário que se satisfaça uma série de requisitos para que a informação entre no sistema e chegue aos órgãos públicos responsáveis por seu manejo.

Poderíamos questionar, qual a função de se notificar o Sarampo, a Meningite etc? Da mesma forma que ao se notificar esses agravos espera-se uma ação de controle imediato, também assim deveria ser para o Acidente do Trabalho. Ou seja, desencadear ações de fiscalização e de prevenção de outros acidentes.

A Empresa é obrigada a emitir e encaminhar a Comunicação do Acidente do Trabalho, sempre que ocorra um Acidente do Trabalho ou Doença Ocupacional, haja ou não afastamento do trabalho, conforme o

artigo 152 do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, Decreto n.º357 (BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social,1991). Contudo, essa não é a prática observada no dia a dia dessa complexa relação saúde/trabalho/doença, resultando em enorme subnotificação.

Somente através de demorados embates políticos é que se tem obtido graduais modificações; no entanto, ainda aquém das reais necessidades da principal vítima desse processo, qual seja, o trabalhador.

- Serviços Hospitalares

Ao todo foram visitados quatro hospitais gerais que prestavam sistemático atendimento aos pacientes vítimas de traumas ou lesões no município, no período de estudo.

Excluímos 03 Hospitais Psiquiátricos, 01 Maternidade e 03 Hospitais não conveniados com o SUS. Estes últimos, de maneira geral, não atendem o paciente vítima de Acidente do Trabalho, pelo fato de não ser prática usual dos seguros e convênios de saúde particulares oferecerem cobertura a este tipo de agravo.

Os serviços foram unânimes em atribuir a obrigatoriedade da emissão da CAT às empresas, onde se deu o acidente. Em nenhum momento se levantou a hipótese do próprio serviço emití-la, diante da recusa da empresa em fazê-lo. Isto se verifica na fala dos entrevistados.

Podemos observar na Tabela XII um quadro representativo dos serviços hospitalares e seus entrevistados.

TABELA XII

DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR CATEGORIA DE
OCUPAÇÃO E SEXO NOS DIFERENTES HOSPITAIS

ENTREVISTADO		
HOSPITAL	FUNÇÃO	SEXO
Hospital A	Médico/ Chefe	Masculino
Hospital B	Escriturária	Feminino
Hospital C	Secretária	Feminino
Hospital D	Assist. Social	Feminino

Como podemos notar somente um Hospital determinou para a entrevista a pessoa responsável pelo departamento que presta atendimento ao acidentado do trabalho. Os demais serviços, em alguns momentos, até tiveram dificuldade em identificar qual seria a pessoa apta para nos receber. Essas e outras distorções serão melhor discutidas oportunamente.

Importante relatar algumas dificuldades enfrentadas pela pesquisadora, traduzidas no desinteresse dos serviços hospitalares em estar lidando com as informações relativas ao Acidente do Trabalho.

O hospital B, em nossa primeira visita, designou para nos receber, pessoa cuja função era Faturista. Esta realizava seu trabalho no faturamento e também fazia o controle das CATs. Registrava-as em livro de controle, por ela desenvolvido, com o nome do paciente, número de registro

hospitalar e o número do INSS. Efetuava este serviço há anos sem no entanto ter recebido qualquer treinamento, não possuindo entendimento mínimo do significado desse trabalho. O controle era efetuado por ela apenas para ter certeza de que o INSS havia registrado a CAT e devolvido posteriormente este número para o hospital. Deixou claro o não envolvimento do hospital com a questão.

O próprio paciente deve declarar-se acidentado do trabalho, sendo também responsável por trazer a via da CAT para o hospital. Não é rotina do serviço questioná-lo quanto à origem do trauma. Para o hospital, diferenciar o acidentado do trabalho de outro evento qualquer é irrelevante. E mesmo que declare tratar-se de Acidente do Trabalho, se não trouxer a CAT ou se a empresa não a enviar, nada é feito, não é rotina do hospital realizar este trabalho. Pelo que pudemos supor o fato de não receber nenhuma remuneração diferenciada por esse tipo de atendimento, justificaria o não empenho da instituição com a questão.

Na segunda entrevista essa funcionária já não mais fazia parte do quadro de funcionários do hospital, havia sido demitida e substituída por uma escriturária. A nova funcionária havia assumido a função há aproximadamente um mês, e não nos foi justificado o motivo da substituição. A nova entrevistada deixou claro a sua pouca intimidade com o serviço e o total despreparo para efetuá-lo, sendo em alguns momentos difícil a obtenção de respostas para nossas questões. Ficou de pé todo o tempo, finalizando a entrevista em pouco mais de 20 minutos.

Outra situação difícil observada por nós foi a recusa da pessoa indicada pelo maior serviço de atendimento de traumas do município em gravar a entrevista, apesar de toda a abordagem efetuada no primeiro momento da pesquisa.

Solicitamos junto ao Diretor Clínico deste serviço que indicasse a pessoa para a qual deveríamos nos reportar para obtenção de informações a respeito do Acidente do Trabalho. Foi-nos indicada a assistente social que fazia o controle das CATs recebidas por aquele Hospital. O referido serviço realizava e realiza ainda hoje o atendimento de praticamente todo trauma grave ocorrido no município, sendo inclusive referência regional para tal tipo de agravo. Recebe portanto, seguramente, o maior contingente de traumas graves relacionados ao trabalho ocorridos no município. Este fato é inclusive reafirmado na fala de alguns entrevistados, como evidenciaremos posteriormente. No entanto, foi o serviço onde observamos as maiores dificuldades na obtenção de informações sobre o registro do Acidente do Trabalho, ou seja, do preenchimento da CAT.

Como dissemos, o serviço indicou o funcionário que deveríamos entrevistar sobre a questão do Acidente do Trabalho naquele hospital. Após ter sido marcada entrevista, por telefone, qual não foi nossa surpresa, no dia determinado para tal, ao nos depararmos com a recusa da funcionária em gravar a entrevista, alegando entraves burocráticos internos, que não permitiam que respondesse pelo serviço que efetuava, em nome do hospital. Atitude corroborada por sua chefia imediata.

Por tratar-se de serviço de grande importância local, onde são recebidos boa parte dos Acidentes do Trabalho graves do município, concluímos não ser possível excluí-lo de nossa análise. Para tanto utilizamos de nossos registros manuscritos, apesar de tratar-se de registro com muito menos detalhes que os demais, mas, que a nosso ver, atendiam ao fim desejado, qual seja, verificar os caminhos percorridos pela Comunicação do Trabalho e sua acessibilidade.

Estes dois episódios nos colocam frente a dois problemas: primeiro, da diversidade de funções exercidas pelas pessoas recrutadas pelos hospitais para o controle do recebimento e preenchimento da Comunicação do Acidente do Trabalho; segundo, do pouco envolvimento dos mesmos com a questão e da falta de preparo e treinamento para que se exerça a função. Considerando o serviço hospitalar o início do processo de tornar-se oficial o Acidente do Trabalho Grave, já em sua porta de entrada percebemos uma enorme dificuldade para que se efetue o registro do trauma e para que este registro constitua-se numa informação confiável e acessível.

Ainda que exista uma certa heterogeneidade no que se refere à qualificação de cada entrevistado, as respostas dadas aos nossos questionamentos não apresentaram grandes variações. O pouco entendimento do processo, da importância e da finalidade do registro destas informações mostrou-se quase constante. A fala dos entrevistados deixa bem clara essa dificuldade.

Ao responder à primeira questão as quatro instituições caracterizaram sua participação no processo apenas como receptores da CAT, devendo

preencher o Laudo de Exame Médico (LEM) e posteriormente enviá-lo para o INSS, a fim de que fosse oficialmente registrada. Em nenhum momento foi citado o fato do serviço ser legalmente apto e responsável para efetuar a emissão da CAT, caso a empresa não o fizesse, pautando-se apenas à prestação do atendimento médico e preenchimento do verso da CAT. Se a CAT não vier com o acidentado ou se a empresa não a enviar posteriormente, é entendido como concluída a responsabilidade do hospital com o problema.

Inexiste atuação prevista, por parte das instituições, para superar estas dificuldades. Nem preocupação em esclarecer o paciente quanto aos seus direitos. Em geral, a questão é ignorada inclusive pelas pessoas indicadas pelos hospitais analisados, o que facilita o não envolvimento dos mesmos com o problema. Passa então a constar como um atendimento ambulatorial comum, no caso do paciente não se declarar um acidentado no trabalho, ou como Acidente do Trabalho em aberto, muitas vezes já há vários anos, aguardando o envio da CAT por parte das empresas, uma vez que não o fizeram no momento apropriado.

Outra situação comum é o paciente ser atendido, ter alta e não voltar para buscar a CAT preenchida pelo hospital e já devidamente protocolada, para dar entrada ao pedido de benefício no INSS.

Em nenhuma das entrevistas observamos um real entendimento da importância do preenchimento e envio correto da CAT, sendo totalmente ignorada, pela maioria deles, a razão porque efetuam este trabalho. Na seqüência transcrevemos alguns trechos que ilustram a discussão acima.

- **“O paciente traz o papel do CAT, aí a gente procura o médico que atendeu o paciente, pede para preencher, aí eu peço pro paciente voltar, pegar, dar retirada do papel e dar entrada no INSS, é o paciente que leva pro INSS.”** (entrevistado 2 – Hospital B)

- **“O serviço só recebe as CATs, ... , o paciente é atendido e fica responsável por trazer esta guia. ... Os acidentes muito graves são atendidos no HC; agora, se o paciente não fala, não se fica perguntando se foi acidente ou não. Se ele não comunica isso, simplesmente é uma ficha de atendimento ambulatorial ...”** (entrevistado 3 – Hospital C)

Se o paciente não se manifestar como vítima de um Acidente do Trabalho, o atendimento se dá como uma consulta ambulatorial qualquer. Os relatos são unânimes sobre o não questionamento do paciente a esse respeito. Soma-se a este fato o não reconhecimento por parte do hospital de sua condição de instituição apta a emitir CATs diante da recusa ou omissão da empresa em fazê-lo. Tal conduta acaba por dificultar o acesso aos benefícios a que o trabalhador tem direito.

Outra importante constatação foi a de recair toda a responsabilidade, em dar continuidade ao processo, sobre a própria vítima. No caso do

Hospital D a questão é ainda mais crítica. Recebe os pacientes mais graves e tais pacientes, já grandes vítimas do sistema, são obrigados a se submeter à inexplicável situação de ver um direito assegurado legalmente ser transformado num “favor”, qual seja, o preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM) pelo serviço que efetuou o atendimento.

É necessário solicitar esse “favor” . E existe um prazo para isso. Se não cumprido este prazo, não mais poderá retirar o LEM no local em que foi atendido e sim solicitá-lo, agora via requerimento. Esse requerimento deverá ser entregue pessoalmente em outra unidade hospitalar, a unidade central, que está situada em local fora da cidade, dificultando ainda mais o acesso a tal documento. Deverá então aguardar alguns dias para finalmente receber o que sempre foi de seu direito possuir.

Se por um acaso estiver impossibilitado de ir pessoalmente - o que se espera para tais pacientes, uma vez tratando-se de lesões graves - deverá enviar um procurador oficial para solicitar tal documento.

Tal visão corresponde a abordagem de Machado e Gomez (1995), quando se referem à necessidade de se conceituar o tema, desenvolvendo-se então teorias dirigidas à redução da responsabilidade do capital sobre os efeitos negativos do processo do trabalho. Os referidos autores afirmam que:

“.....(o) que poderíamos chamar de “gestão científica” do acidente condicionam o aparecimento de várias teorias. Uma primeira preocupação é encontrar o culpado pelo acidente - Teoria da Culpa metodologia de análise.... ainda hoje profusamente utilizada. torna-se fácil imputar a culpa ao trabalhador.... Podemos observar que habitualmente o trabalhador é considerado culpado até conseguir provar o contrário.....” (Machado e Gomes, 1995)

Percebemos que a definição jurídica reflete o que poderíamos chamar de “senso comum”, habilmente construído ao longo de nossa história. Ganha terreno na prática diária dos serviços, eximindo da culpa e da responsabilidade os verdadeiros culpados, pelo acidente do Trabalho em primeiro lugar, pelo seu registro em segundo lugar, e ainda, pela sua fiscalização e tomada de decisões no sentido de que não se repitam, ou seja, a prevenção desses agravos.

Existe também, pelo que observamos, uma grande divergência quanto ao entendimento do prazo de envio da CAT para o hospital, para que seja preenchida a LEM e posteriormente encaminhada ao INSS. Prazo regulamentado pelo Decreto n.º 2.172 de 05/03/97, que apesar de revogado recentemente pelo Decreto n.º 3.048 de 06/05/99, mantém a definição de entrega da Comunicação do Acidente do Trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência (BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, 1997;1999).

Percebe-se, todavia, uma fragilidade, uma falta de sintonia neste item. Este fato acaba por facilitar o extravio destes documentos, permitindo inclusive a não efetivação do fluxo determinado legalmente para as seis vias da CAT. Aliás, este é outro ponto crítico observado por nós, quando da obtenção das respostas para nosso segundo questionamento. Não se sabe com clareza o destino das seis vias da CAT. Nossos achados estão de acordo com o apresentado por Marcellino, em estudo recente, sobre o fluxo das CATs no município de Ribeirão Preto (Marcellino, 1999).

Somente uma via tem destino certo, a via do INSS. Caracterizando a visão única e exclusiva de concessão do benefício securitário. As outras vias praticamente tornam-se supérfluas e desnecessárias dentro deste *modus operandi*. Não existe uma visão de conjunto e muito menos de prevenção. Centram-se novamente na medicalização e no puro assistencialismo. As respostas de alguns entrevistados a esse segundo questionamento deixa evidente a falta de conhecimento quanto à finalidade da CAT e seu destino.

- **“ eu sei que manda uma para o INSS, três pro Programa de Saúde do Trabalhador e duas pro funcionário, , não fica nenhuma com o hospital”** (entrevistado 2 – Hospital B)

- **“O porquê o hospital recebe a CAT eu não sei. Eu nunca tive nenhum treinamento a respeito disso. Nós recebemos as seis vias, preenchemos e a original como sempre é do INSS, as outras a gente devolve pro paciente. Agora, eu não sei também te dizer porque seis vias ”** (entrevistado 3 – Hospital C)

Pelo exposto percebemos que o preenchimento da CAT para os hospitais não passa de um trâmite burocrático, sem importância, não merecendo uma atenção especial por parte dos mesmos para a questão. Os responsáveis por seu preenchimento são pessoas sem nenhum treinamento e que na maioria dos casos nem sabem por que executam este serviço.

A existência de uma prática desarticulada, como observado, facilita o não comprometimento dos mesmos com a boa execução da tarefa, permitindo a subnotificação e a ocultação dos casos. Permitindo que um grande contingente de casos seja registrado como um atendimento comum do ambulatório, sem nenhuma relação com o Trabalho.

O serviço médico ou hospitalar acaba funcionando como um ajustador da desordem instalada, ou seja, o momento do acidente. É a configuração de uma visão positivista, Durkheiminiana de anomia (Cohn, 77; Rodrigues, 78; Durkheim, 82).

É perceptível a falta de conhecimento do serviço prestado por parte das pessoas que lidam com tão importante questão, pondo em dúvida a efetivação de práticas articuladas e eficientes, no tocante à prevenção dos acidentes do trabalho e à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores. Esta fato confirma-se na análise das respostas dadas à terceira questão.

Os serviços hospitalares, aqui representados por seus funcionários, fazem parecer que desconhecem os desdobramentos advindos desta notificação, restringindo-se ao entendimento de sua importância para fins exclusivamente previdenciários.

A única forma de registro é o protocolo de envio das CATs para o INSS, nada mais. Todo Acidente do Trabalho atendido nos serviços hospitalares são registrados sob a forma de Folha de Atendimento Ambulatorial (FAA), sendo praticamente impossível a realização de algum tipo de levantamento quanto à dimensão de internações ocorridas no

município motivadas por agravos relacionados ao trabalho. Assim, as informações relativas aos acidentes do trabalho ficam inacessíveis.

A falta de interesse evidenciada por parte dos hospitais, pelo Acidente do Trabalho é justificada pelo não pagamento diferenciado por parte do SUS para estes procedimentos. Ou seja, é a monetização da saúde (ou será que é da doença?) expressamente declarada.

Junta-se a isto o despreparo das pessoas que lidam com a questão, inclusive os médicos. Em sua maioria, não compreendem a dimensão desta problemática, sendo a CAT entendida como mais um papel a ser preenchido. Mais um ato burocrático sem razão de ser.

Desconhecendo seu significado e suas implicações, acabam por colaborar com a manutenção do histórico ocultamento do Acidente do Trabalho no país.

Este fato se torna evidente na fala dos entrevistados ao responderem a quarta questão.

- **“ ... a CAT é só uma comunicação burocrática, ..., então não é por filantropia que se atende, é que atrás desta empresa que encaminhou tem o convênio. O hospital recebe pela FAA ...”**

(entrevistado 1 - Hospital A)

- **“ ... pro hospital não é importante a CAT pois a gente recebe pelo procedimento, tanto faz Acidente do Trabalho ou não.”**

(entrevistado 2 – Hospital B)

A inversão dos papéis e a visão monetizada da saúde acabam por propiciar o paradoxo de se perceber o trabalhador (a vítima) como culpado, como um “estorvo” para o serviço, e a empresa (em última instância, quem propiciou o trauma), como a vítima.

Se o serviço médico deve preencher a LEM e encaminhá-la para ser registrada no INSS e se esse acidente deve ser registrado para ser oficialmente reconhecido, de maneira que o paciente faça jus aos seus direitos e receba seus benefícios, como se justificam os entraves observados?

A falta de sincronia evidenciada mostra, já na origem do documento CAT, muita dificuldade por parte do trabalhador em ter seus direitos securitários e trabalhistas garantidos. Primeiro, pelo não envio, de forma contínua, das CAT por parte das empresas para que o hospital as preencha. Segundo, quando isto ocorre, pela falta de envolvimento do hospital com a questão, não verificando tratar-se de acidente de trabalho para todos os traumas atendidos e, não emitindo as CATs na recusa da empresa de fazê-lo; este procedimento, embora regulamentado legalmente é, ao que parece, ignorado pelos hospitais.

O porquê das seis vias da CAT e o fluxo destas é completamente desconhecido por tais serviços, garantindo-se somente o caminho securitário, a via do INSS, para as CATs que, efetivamente, chegam ao serviço.

O volume de CATs no entanto é difícil de ser dimensionado uma vez que o arquivamento é feito pela FAA. Não se diferencia o atendimento comum do atendimento de Acidentes do Trabalho ao se arquivar a informação, o que impede que se efetue qualquer tipo de levantamento em nível hospitalar.

Preservada a remessa da via da CAT para o INSS, verifica-se que a única preocupação existente com relação ao Acidente do Trabalho é relativa ao montante que se irá gastar na concessão de benefícios. O hospital, ao registrar a CAT no INSS, quando da entrada do paciente no serviço, receberá um número, este número representará algum tipo de ação por parte do INSS, qual seja, irá gerar um benefício ou não.

No caso brasileiro o Acidente do Trabalho só gera algum benefício quando o paciente se afasta por mais de 15 dias. No entanto, ele, paciente é quem deve levar a guia para o INSS e submeter-se à perícia médica para, posteriormente, vir a receber tal benefício. É preciso ficar insofismavelmente claro que o indivíduo foi realmente acidentado, que foi atendido num hospital e por fim, para que não haja nenhuma dúvida, que deverá passar pela “Perícia Médica do INSS”.

Possas (1981), Cohn (1985) e Faleiros (1992), discutem a dificuldade que estas ações representam. O segurado (o acidentado), na lógica do mercado, em geral, é visto como alguém que deseja “encostar-se” na Previdência, sendo entendido, até que se prove o contrário, como um fraudador, um simulador e não como vítima.

O INSS aguarda 45 dias, a partir do registro da CAT, para definir a que espécie esse acidente enquadrar-se-á e se irá gerar benefício ou não, de acordo com os peritos. Se nesse prazo o paciente não comparecer ao posto do INSS para requerer o benefício, o que constará é um acidente que não gerou benefício, mascarando a realidade quanto ao número, a natureza, a gravidade e a frequência dos acidentes em cada empresa.

Até o momento, pudemos observar que muitos Acidentes do Trabalho sequer são registrados como tal. Não são preenchidas CATs para todos eles. Quando preenchida a CAT, muitas vezes, o próprio acidentado não volta para pegá-la e, portanto, não a registra no INSS.

Como veremos, na fala de representantes do próprio INSS, muitos pacientes acabam optando pelo afastamento por doença, devido ao medo de perder o emprego, pressionados pelas empresas. À medida que o benefício pago é quase o mesmo, o segurado, por pressão econômica, acaba por abrir mão de seus direitos trabalhistas.

Verificadas as dificuldades na origem da CAT, passaremos à análise dos serviços que as recebem e quais os desencadeamentos gerados por aquelas que efetivamente chegaram ao sistema.

A seguir, um quadro dos serviços visitados e do número de representantes indicados para as entrevistas.

QUADRO A

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS VISITADOS POR NÚMERO DE
ENTREVISTADOS

SERVIÇO	N.º de ENTREVISTADOS
DRT	02
DIR XVIII	01
INSS	02
SMS-RP	01
SIND.	02

Ribeirão Preto possui uma série de sindicatos que representam as mais variadas categorias de trabalhadores. No entanto, muitos destes referem-se a atividades específicas e pouco representativas da realidade do acidente do trabalho no município.

A obrigatoriedade de remessa de uma das vias da CAT para a representação sindical reforça nossa opção de incluí-la. Decidimos trabalhar com dois Sindicatos de setores econômicos importantes de Ribeirão Preto e região. O setor que inclui a produção de álcool e o setor da construção civil. Ambos setores congregam um grande contingente de trabalhadores. No entanto, enquanto no setor de produção da indústria química e do álcool da região encontramos aproximadamente 7.000 trabalhadores atuando e, dentre esses, 1.200 sindicalizados, na construção civil, setor que congrega de 3.500 a 4.000 trabalhadores registrados, apenas 930 trabalhadores

encontravam-se sindicalizados, no ano de nosso estudo. Esta situação se agravou e atualmente o sindicato da categoria conta com apenas 295 associados, refletindo o que já discutimos a respeito das dificuldades dos sindicatos em atuarem e, até sobreviverem, complicando ainda mais sua atuação, uma vez que a Construção Civil é um setor gerador de elevado número de Acidentes do Trabalho.

O número de pessoas entrevistadas em cada local foi determinado pelos próprios serviços. Não interferimos na escolha de quem seria o alvo de nossos questionamentos.

Tanto no INSS quanto na DRT foi solicitado que entrevistássemos mais de uma pessoa. Em alguns momentos o primeiro entrevistado não sentia-se competente para responder algumas das questões, indicando, ele próprio, uma segunda pessoa a fim de complementá-las.

Cada serviço foi analisado separadamente, seguindo o roteiro de perguntas.

- Divisão Regional de Saúde – DIR XVIII

Verificamos, de início, uma certa dificuldade do serviço de se definir como instituição e de definir quais atividades seriam de sua competência após a implementação da municipalização dos serviços de saúde dos municípios de sua área de abrangência. Ao mesmo tempo em que define-se como um órgão responsável por orientar, acompanhar e supervisionar as ações de saúde dos municípios coloca-se também, desde a municipalização,

como um órgão apenas controlador das ações de saúde nos municípios, perdendo o poder de gestor.

A dificuldade de definição de papéis enfrentada pelo nível estadual, desde o início da municipalização, ainda persiste. Controlar não é a mesma coisa que supervisionar. Este fato remete-nos a uma visão muito mais intervencionista do que a definida constitucionalmente, levando, certamente, a uma série de dificuldades: inclusive de efetivação do SUS como um todo.

O artigo 198 da Constituição de 1988, capítulo II, seção II - da Saúde, define claramente as atribuições dos serviços públicos, sendo o papel do gestor estadual especificado quando da regulamentação do SUS através da Norma Operacional Básica 01/96, onde são identificados quatro papéis básicos para o Estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais (BRASIL. Constituição, 1988; BRASIL. Ministério da Saúde, 1996).

Observa-se que a visão local de atuação do Estado, no que se refere ao setor saúde, encontra-se um pouco limitada e desprovida de fundamentação legal. Esta auto-representação equivocada acaba se manifestando negativamente na Saúde do Trabalhador pois, ao não se definir claramente as competências de cada órgão, torna-se muito difícil o trabalho em equipe, o que acarreta, por sua vez, em duplicidade de ações e atropelos nas fiscalizações do ambiente de trabalho. A competência é atribuída ao Ministério do Trabalho na figura da DRT, ao Estado na figura da DIR e também ao Município, após a municipalização.

O art. 200 da Constituição é claro quanto a este item, identificando as atribuições ao sistema único de saúde no que se refere aos três níveis de atuação - o federal, o estadual e o municipal (BRASIL. Constituição, 1988).

Esta atuação é reafirmada no item “Campos de Atenção à Saúde”, sub-item b da NOB 01/96 e descreve o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996).

Esta dificuldade em superar velhos paradigmas acaba transparecendo na fala dos nossos entrevistados. Confirmando nossa percepção da longa distância existente entre o que se encontra preconizado legalmente e as práticas institucionais.

Os municípios que não estão em gestão plena ainda encaminham suas CATs para a DIR XVIII. Inexistindo, no entanto, qualquer sistema de verificação sobre a veracidade destas informações. A análise é feita em cima das CATs que efetivamente chegam até o serviço, ao contrário do que ocorre em outros serviços da própria DIR como a Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância Epidemiológica Estadual, na evidência de falhas na informação do número de casos de determinado agravo, muito além ou muito aquém do esperado, convoca o município para explicar o ocorrido, inclusive sob pena de sanções econômicas, como o corte do repasse de verbas para o município e até a perda da Gestão Plena das ações de saúde, dependendo do caso. Isto foi várias vezes verificado pela autora, como já mencionado, enquanto responsável por Serviço de Vigilância Epidemiológica em pequeno município da região de Ribeirão Preto.

Na saúde do trabalhador, tais condutas não fazem parte da rotina do serviço. As CATs que chegam são contabilizadas e analisadas gerando relatórios informatizados, para sua atuação única e exclusiva, da ocorrência de acidentes por empresa, por sexo etc. Não é utilizado de maneira conjunta com os demais setores envolvidos, como por exemplo a DRT. Cada serviço gera informações para consumo próprio, sem interface com os demais. Em cima destes achados são então planejadas ações de intervenção - quando for o caso – e ações preventivas, como campanhas educativas. Existe, ao que parece, um distanciamento entre estas informações e o real montante de acidentes do trabalho ocorridos na região. Ao responder nosso primeiro questionamento, o serviço deixa claro esta lacuna.

- **“ ... embora parte dessas CATs não estejam aqui, ..., pode ter ocorrido de extraviar estas CATs ou não ter recebido, é aquilo que eu digo, não devo ter recebido todas as CATs. A fonte fidedigna mesmo, se quiser fazer um levantamento é o INSS.”** (entrevistado 5)

Impõem-se registrar que a partir de 1996, Ribeirão Preto passou a gerenciar as CATs emitidas no município, não havendo o envio para a DIR XVIII.

Outrossim, muitas destas CATs acabaram se perdendo, em função do desconhecimento desta mudança por parte dos serviços que emitiam este documento, na época. Este fato é descrito abaixo na fala do entrevistado,

embora de forma muito casual, sem nenhuma consideração à respeito do prejuízo que isto possa estar causando. Verifica-se, mais uma vez, que a Comunicação do Acidente do Trabalho não passa de uma formalidade burocrática, sem nenhum compromisso com a busca das informações. S

Há sempre numa atitude passiva, esperando que a informação chegue ao serviço.

- **“... a partir de 96 o município de Ribeirão Preto está recebendo as cópias das CATs; algumas vinham para cá, outras iam para lá (para o município), e outras se perdiam nesse trâmite de CATs. Ainda hoje, ainda chegam algumas CATs aqui, e a gente repassa para o município ...”** (entrevistado 5)

Embora a DIR XVIII se constitua em serviço público estadual, internamente desconhecia-se a origem da determinação legal que instituiu as seis vias da CAT no Estado de São Paulo. No entanto, é de seu conhecimento o fluxo correto destas informações, ou seja, é verbalizado o correto destino de cada via da Comunicação de Acidente do Trabalho.

Cabe notar que mais uma vez é manifestado o entendimento de que o único órgão capaz de congregar o universo de CATs emitidas e registradas seria o INSS.

Um órgão tão importante como a DIR XVIII, não pode ignorar a dimensão de sua atuação, cobrando do INSS a eficácia que se esperaria dele e de todos os demais órgãos envolvidos com a questão, inclusive

reafirmando como função primeira da CAT o pagamento securitário, desconsiderando a prevenção do Acidente do Trabalho.

Quanto à procedência e responsabilidade da emissão do documento CAT, tratada na segunda questão, é preciso fazer um esclarecimento: no caso da DIR XVIII não mais nos reportamos às empresas notificantes mas sim aos municípios. Estes é que devem congregam as CATs emitidas em seus territórios e posteriormente remetê-las à DIR XVIII. Como constatamos, constitui-se, na prática, em livre demanda dos municípios para com a DIR XVIII, não existindo um sistema específico para controle e verificação da veracidade destas informações, bem diferente do que ocorre com a Vigilância Epidemiológica, como veremos mais adiante.

A resposta obtida a nossa primeira questão já havia deixado clara a insuficiência destas informações, uma vez que muitas destas CATs se extraviaram ou simplesmente não chegaram à DIR XVIII.

Alertou-nos o fato de não haver referência a nenhum tipo de programa ou ação com o objetivo de modificar esta realidade. Em momento algum foi mencionada a existência de qualquer fiscalização, campanha ou ação educativa com o intuito de se otimizar a captação desta informação, diferentemente do que presenciamos, repetidas vezes, no trato de outros agravos à saúde passíveis de notificação.

A Vigilância Epidemiológica Estadual continuamente desenvolve campanhas de esclarecimento visando a melhoraria na captação das informações: a AIDS é um bom exemplo disto. E recentemente foram desenvolvidas duas campanhas importantes em âmbito Nacional, uma com

a finalidade de melhorar a detecção precoce do Mal de Hansen e a outra enfatizando a necessidade de se efetivar programas para a prevenção da Tuberculose. O mesmo tratamento, porém, não é percebido para os agravos relacionados ao trabalho.

Mesmo que, ao responder conjuntamente a terceira e a quarta questões, enfatize-se o caráter prevencionista do órgão - considerando como finalidade da CAT a orientação para a realização de fiscalizações nas empresas e o desenvolvimento de ações preventivas - ao que parece sua prática o contradiz.

A questão do arquivamento é sintomático. As CATs são arquivadas de maneira tal que é impossível realizar qualquer levantamento a fim de se obter perfil, ainda que aproximado, da realidade dos municípios da região. Daí advêm a insuficiência de dados, como já referido. O arquivamento das CATs é feito obedecendo a um único critério, por ano de ocorrência. Não são arquivadas por ordem alfabética, nem por município, nem por empresa. Enfim, de nenhuma maneira que facilite a sua utilização posterior. São armazenadas em caixas, por ordem de chegada ao serviço, e provenientes de todos os municípios pertencentes a esta regional.

A análise estatística realizada pelo setor de informática da DIR XVIII, por sua vez, é feita por empresas, lotadas em determinado município. Se por ventura houver alguma empresa que nunca emitiu CAT, ou pelo menos nunca a encaminhou para a DIR XVIII, esta não aparece nas estatísticas, ou então, o que é muito comum, até aparece, mas com número de eventos absolutamente irrisórios. Isto ficou claro para nós ao verificarmos que, para

nossa surpresa, uma empresa para a qual prestamos serviço como Médica durante quase dois anos - período no qual presenciemos vários casos de acidentes do trabalho, com diferentes graus de complexidade e gravidade, incluindo um óbito por atropelamento - não aparecia nas estatísticas da DIR XVIII, naquele mesmo período. É como se nunca houvesse ocorrido um acidente sequer em todos os dois anos em que lá trabalhamos.

Consideramos o fato de extrema gravidade, cabendo aqui a indagação a respeito da importância destas estatísticas e para que ou a quem servem.

- SubDelegacia Regional do Trabalho (DRT)

A subdelegacia é representante do Ministério do Trabalho na região de Ribeirão Preto. Suas atribuições e abrangência já foram descritas anteriormente e, em função disso, deixaremos de abordar esta questão no momento.

Constitui-se basicamente em órgão fiscalizador do trabalho e do cumprimento das leis trabalhistas, incluindo as questões relativas à Segurança e Saúde do Trabalhador e, conseqüentemente, às fiscalizações dos locais de trabalho e das ocorrências dos acidentes.

É interessante ressaltar que o entendimento da DRT-RP a esse respeito é no mínimo intrigante, para não dizer contraditório. Foram exaustivamente descritas as atribuições de fiscalização, de controle das empresas quanto ao cumprimento das Leis e Normas existentes. De

trabalhar no sentido de evitar o Acidente do Trabalho, entendendo a fiscalização como ação preventiva. A fiscalização leva às ações de controle dos riscos, prevenção dos agravos à saúde e até sanções, quando não respeitados os dispositivos legais. Mas, a fiscalização por si só não é e não pode ser considerada uma ação preventiva. A obtenção de mudanças no padrão de comportamento não pode estar baseada exclusivamente na punição. Ao contrário, pode levar à ocultação dos fatos na tentativa de desobrigar-se das sanções. Entendemos o papel da educação como o principal caminho transformador da realidade, dos comportamentos inadequados e indesejáveis.

Acrescentamos outra questão importante, qual seja, da definição de competências de atuação em ambientes de trabalho. Nossos entrevistados afirmaram categoricamente ser a DRT o único órgão com poder de fiscalizar e autuar os ambientes de trabalho. Mesmo decorridos mais de 10 anos da promulgação da constituição e da criação do SUS, que garante ao município executar estas tarefas através da Vigilância Sanitária, esta dificuldade persiste.

Oliveira discorre sobre a questão ao analisar as práticas da DRT desde sua origem e, especificamente na década de 80 no Estado do Rio de Janeiro. Afirma que:

“o texto legal não foi capaz de por fim à disputa pela competência de executar ações de fiscalização do trabalho,, faz com que tal setor (DRT) alegue que a competência a intervenção, ainda seja seu apanágio” (Oliveira, 1994).

Percebemos que tal fato adentrou os anos 90 e se traduz como visão do serviço como um todo. O discurso é o mesmo aqui, tal como observado

por Oliveira no Rio de Janeiro em seu estudo. Trata-se de questão extremamente importante, pois enquanto se mantiverem tais posturas os trabalhos articulados e em conjunto dificilmente terão espaço para serem realizados.

Ao discorrer sobre a primeira questão, mais uma vez, verificamos a não efetivação do fluxo das CATs, de maneira correta e adequada. O desconhecimento por parte da instituição sobre este item foi patente, demonstrando inclusive pouco entendimento do porque do envio de uma via da CAT para a DRT. As afirmações a seguir são bastante claras a este respeito.

- **“... estas CATs eram enviadas somente ao INSS; aí houve uma determinação, nem sei se tem um dispositivo legal que determine isso e de um ano e pouco para cá então, eles começaram a emitir CAT também para nós. Acho que não é todo mundo que manda não, ...; sendo a CAT um instrumento com uma visão mais previdenciária eu creio que ela não seja um indicador muito apurado para a subdelegacia ...”**
(entrevistado 7)

Existe um entendimento de que a CAT, na realidade, seja um instrumento de notificação do pós fato, do acidente já consumado, portanto, de pouca utilidade para as ações desenvolvidas pela DRT.

Interessante notar a unânime afirmação das instituições a respeito do papel da CAT: mais uma vez referida como útil para gerar benefícios securitários e não para gerar informações a respeito do mundo do trabalho e suas repercussões à saúde dos trabalhadores.

Em que pese ser a CAT o único instrumento existente para atender às necessidades de tão conflituoso meio, ela é oficialmente definida como instrumento de coleta de informações referentes ao Acidente do Trabalho, para, entre outros, propiciar a realização de estudos epidemiológicos com o intuito de nortear as ações de controle e prevenção dos agravos. Grupos de trabalho respeitados efetuaram e efetuam estudos importantes valendo-se da CAT como fonte de informação, como por exemplo a Unicamp/SP (Ferreira e Mendes, 81), o Serviço de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte /SP (Santos et al., 90), de Campinas/SP (Pref. Mun. Campinas, 92), Botucatu/SP (Almeida et al., 93) e Univ. Fed. Bahia (Conceição e Lima, 97), citando somente alguns. Não cremos, portanto, tratar-se de instrumento tão desprovido de utilidade.

Certamente poderíamos ter instrumentos melhores e mais apropriados. Em se tratando do único reconhecido oficialmente para este fim, esperava-se que, no mínimo, as instâncias envolvidas com a questão, se utilizassem melhor deste instrumento, gerando informações e ações capazes de modificar o atual quadro de doenças e Acidentes do Trabalho no país.

Poderíamos até inverter a questão, em se considerando totalmente verdadeira essa assertiva a respeito do real papel da CAT. Por que então as seis vias?

O problema está no instrumento ou nas instituições? O desacordo entre prática e teoria (aqui entendida como o substrato legal para tais práticas) é patente.

Causou-nos estranheza o relato de que somente por volta de há um ano e meio a DRT estaria recebendo uma via da CAT. Uma vez que esse fluxo encontra-se definido e legalmente descrito para o Estado de São Paulo desde 1992 e a entrevista foi efetuada em meados de 1999, há um lapso de aproximadamente cinco anos! Ambos os entrevistados declararam desconhecer os dispositivos legais que determinavam o envio de uma via da CAT para a DRT.

Esta situação acabou por repercutir nas respostas dadas à segunda questão. O serviço não foi capaz de identificar com clareza a origem dessas vias, ficando por conta, novamente, da livre demanda e do envio espontâneo, das demais instituições para a DRT, de uma das 06 vias da CAT. São citados os órgãos de Saúde, de maneira genérica (os postos de saúde e o INSS, além de algumas empresas), como remetentes dessa via para a DRT. O simples fato dessas vias estarem chegando à DRT, vindas de diferentes pontos do município, caracteriza o não cumprimento e o generalizado desconhecimento do correto fluxo dessas informações.

Ao descrever sua atuação, respondendo nosso terceiro questionamento, a DRT admite a precariedade do serviço quanto à sua

estrutura interna, completamente carente de recursos humanos e materiais, totalmente absorvida no atendimento de enorme demanda externa de solicitações judiciais, denúncias etc. Sua área de abrangência é muito grande e seu contingente profissional escasso, dificultando sobremaneira sua atuação como órgão fiscalizador. Ao relatar suas práticas diárias fica evidente o limitado espaço existente voltado à efetiva execução de sua ação precípua. Os relatos abaixo representam bem esta situação.

- **“ ... como meta, a prevenção do acidente de trabalho, ela não é cumprida a risca em função de uma demanda externa muito grande. Toda denúncia gera uma ordem de serviço que deve ser finalizada, fora os pedidos judiciais. Isso cria uma demanda muito grande para poucos profissionais; então, a demanda interna fica prejudicada...”** (entrevistado 6)

- **“ ... é feita uma triagem, pelos médicos do trabalho, das CATs que vêm para cá, verificando quais são os acidentes mais graves e através disto determinamos a fiscalização da empresa ...”** (entrevistado 7)

Pois bem, a função primeira da DRT é a execução de ações preventivas, via fiscalização e autuação das empresas sob sua jurisdição, como pudemos apreender de suas falas. No entanto, sua prática nega-lhe a possibilidade de executá-las, pois está absorvida em inúmeras outras

atividades, levando-a ao distanciamento de sua verdadeira função. Cria-se, portanto, o paradoxo de descrever-se e perceber-se como algo que na prática é quase impossível de ser executado.

Uma vez determinada a inviabilidade da DRT fiscalizar todas as empresas sob sua jurisdição, pelas razões já descritas, a CAT na realidade é utilizada de uma maneira parcial e subjetiva, passando por uma triagem manual rápida a fim de detectar algum caso mais grave que mereça ser investigado. Diante dessa constatação, é difícil visualizar mudanças significativas a curto e médio prazos, no que se refere à atuação das empresas frente ao trabalhador e seu ambiente de trabalho.

Dessa forma, nas palavras dos entrevistados, a DRT acaba por priorizar as empresas com grau de risco maior, com maior número de funcionários etc. e as empresas menores acabam ficando soltas, deixadas à própria sorte. Não que estejam isentas, livres da ocorrência de doenças ou acidentes do trabalho. Ao contrário, apresentam situação de risco de acidentes de gravidade tão intensa quanto as demais. Por serem desobrigadas, por exemplo, de constituírem Comissão Interna para Prevenção de Acidentes (CIPA), Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) etc., através da normatização expressa nas NRs, ficam descobertas. Não existe uma política sistematizada de avaliação dessas pequenas empresas. A DRT, na prática, direciona sua atuação preferencialmente para as grandes empresas.

Este fato é agravado pelo aumento de empresas terceirizadas atuando no mercado. A precarização não ocorre somente na forma dos contratos de trabalho, ocorre também na execução das tarefas.

Pequenas empresas dificilmente investem em proteção para seus empregados. Várias destas empresas ditas “de fundo de quintal” não dispõem da mínima condição de existir. Existem e empregam um grande contingente de trabalhadores que se submetem a qualquer risco, desde que se mantenham empregados.

Rifkin (95), Dias (95) e Rigoto (98), entre outros têm levantado esta gravíssima situação, no Brasil e no mundo, agravada em função da globalização.

Outra dificuldade referida pelo serviço é a existência de legislação conflituosa entre as diferentes instâncias que lidam com a questão. Por exemplo, com relação à definição de insalubridade para níveis de ruído. O que vale para o INSS não vale para a DRT e vice-versa, ou seja, dois órgãos federais, que lidam com a mesma questão mas que não trabalham em sintonia.

Através da fala dos entrevistados pudemos perceber que, para a DRT, a CAT funciona como um instrumento limitado, consistindo inclusive em informação subnotificada, uma vez que somente há pouco mais de um ano é que começou a ser enviada para a DRT e em reduzido volume. É eventualmente utilizada para nortear fiscalizações, através de critérios subjetivos de gravidade da lesão, através de triagem manual, efetuada pelos médicos do trabalho da instituição, das CATs que chegam ao serviço.

Não dispõem de sistema informatizado para lidar com essas informações, o que demonstra novamente a pouca importância dada à CAT e o desconhecimento de sua utilidade. Reduz-se sua importância à questão pecuniária, sendo, no modo de ver da instituição, apenas de utilidade para o INSS.

O arquivamento dessas CATs é feito em pastas, identificadas apenas pelo ano de ocorrência, sendo este o único elo de ligação entre elas. Não existe separação das CATs por município, por tipo de ocorrência nem por empresa, o que - mais uma vez - torna difícil o manejo e utilização dessas CATs para qualquer tipo de estudo retrospectivo.

Para entender tantas incongruências, são expressivas as palavras de um dos entrevistados da Delegacia regional do Trabalho (DRT):

- **“ O governo não controla! Na realidade o que nós fazemos aqui é a prioridade da prioridade. Hoje nós fazemos o mínimo. Oh ! cumpra a legislação! Política preventiva vai depender da própria empresa ...”** (entrevistado 7)

O aparente desabafo do entrevistado reflete bem o tratamento dado à questão, ao longo de nossa história. Apesar de todo arcabouço institucional, de legislação extensa, considerada como das mais avançadas no mundo, o dia-a-dia das pessoas que lidam com o Acidente do Trabalho encontra-se muito distante do ideal de qualidade considerado satisfatório e aceitável. A falta de meios - que facilitem a operacionalidade dessas questões - constitui-

se em entrave dos mais eficientes, mantendo-nos afastados do cerne da questão. Essa estrutura não permite a geração de mudanças significativas na precária situação de saúde/trabalho/doença de nossos trabalhadores.

- Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS/RP)

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto assumiu a gestão plena das ações de Saúde para o município no ano de 1996. Entretanto, não foi capaz, até nossos dias, de implementar e consolidar todas as ações pertinentes ao Programa de Saúde do Trabalhador previstas quer na Constituição de 1988 quer na Lei Orgânica da Saúde e NOB 96. Limita-se a atividades ditas preventivas, em função de reduzido quadro de funcionários. Justifica-se, pois, por parte do nosso entrevistado, a não atuação do mesmo na fiscalização dos ambientes de trabalho, deixando esta atividade a cargo da DRT, com todas as dificuldades que este órgão apresenta para a execução dessa tarefa, como já comentado anteriormente.

Outra dificuldade ainda não superada, é a do trabalho desarticulado. O programa de saúde do trabalhador do município executa seu trabalho isoladamente, sem a efetiva participação da Vigilância Sanitária, da Vigilância Epidemiológica e da própria DRT. Não há qualquer troca de informações entre eles. É pontual e raro algum trabalho em conjunto, ou mesmo, complementar. Efetivamente, somente algumas ações, exemplificadas pelo serviço, são exercidas em conjunto, para sanar alguma dificuldade pontual, num dado momento. Inexiste visão de totalidade e de

continuidade. Apresenta inclusive erro de interpretação quanto às competências de cada órgão. O trecho abaixo deixa claro esta dificuldade.

- **“... a fiscalização com autuação fica mais para a DRT; algumas seriam de competência da Vigilância Sanitária, agora o programa de Saúde do Trabalhador não possui esta competência ...”** (entrevistado 8)

Estas afirmações nos permitem concluir que, de fato, o programa, isoladamente, não possui competência de efetuar autuações mas, com certeza, pode atuar em fiscalizações de ambientes de trabalho, como previsto por lei. (BRASIL.Constituição/88, art. 200; BRASIL. Ministério da Saúde, 1996).

Biondi (1994) discute essa questão ressaltando a necessidade de se realizar um trabalho articulado e em conjunto - integrando os três serviços – pois são de competência desses órgãos, a fiscalização, a autuação e até mesmo a interdição de ambientes de trabalho.

Ao responder nossa primeira questão o serviço se define como um setor de dupla função, ou seja, de emissão da CAT, quando o atendimento ocorre em seu ambulatório, mais precisamente na UBDS-Central, e também de recebe-la, caso o paciente tenha recebido atendimento nos demais serviços médicos do município. Ao mesmo tempo, identifica que o principal problema existente, para uma efetiva atuação na área, é a subnotificação. O relato abaixo deixa claro esta preocupação.

- **“ ... as CATs têm chegado de vários pontos da cidade, mas a gente ainda está longe da realidade do INSS e acho que o próprio INSS também está longe da realidade. Porque há uma grande subnotificação aí. A gente pega muito estes acidentados na sala de vacina e o funcionário é orientado a preencher a CAT. Mas, normalmente ele se recusa, ou por estar no período de experiência, por medo de demissão ..., então a subnotificação é muito grande.”** (entrevistado 8)

Pode-se depreender que existe um bom entendimento quanto à questão legal da emissão das CATs, incluindo um perfeito conhecimento de qual deve ser o fluxo dessas informações, bem como a necessidade do município monitorar essas informações com vistas ao desenvolvimento de ações mais apropriadas para a prevenção de agravos. Existe, porém, certa limitação quanto ao entendimento de qual seria a melhor forma de alcançar esses objetivos, sem se aventurar na proposição de mudanças mais profundas ou medidas mais consistentes. Percebemos sim, uma certa fragilidade do serviço na execução de suas atividades. Consiste-se em atividade fragmentada e incompleta e, segundo o relatado, restringe-se à elaboração de panfletos educativos e palestras setoriais, ações estas que consideramos de reduzido alcance e questionável impacto, em função dos acirrados conflitos que permeiam essa questão.

Como já relatamos, o serviço não se considera apto a realizar investigações de campo, mesmo porque, não tem a mínima estrutura para tal. Não atua nos ambientes de trabalho, o que limita sobremaneira o impacto de suas ações. Nesse item demonstrou total desconhecimento da abrangência de seu papel, tão claramente descrito na NOB 01/96. Ao responder nossa terceira questão, restringiu-se a nos relatar as campanhas educativas que vem desenvolvendo com o intuito de criar multiplicadores e assim conseguir mudar a realidade do município no que se refere à saúde do trabalhador.

Recentemente o município desenvolveu um programa para a informatização dos dados contidos nas CATs. Este programa é usado para tabular as informações na forma de relatórios, gráficos ilustrativos etc. Essa informatização encontra-se em andamento, não cobrindo ainda todos os anos de municipalização. Os dados são oriundos do Ambulatório de Saúde do Trabalhador do município, localizado na Unidade Básica de Saúde – Central.

Os dados que estão guardados no banco de dados municipal referem-se aos anos de 1998 e 1999. Os demais encontram-se arquivados na forma do papel CAT. No entanto, este não representa volume significativo de informações, segundo as palavras do entrevistado.

- **“ ... antigamente pouca gente enviava a CAT ou para a DIR ou para a Secretaria Municipal de Saúde”. (entrevistado 8)**

Fica mais uma vez muito claro que as CATs são arquivadas por ordem de chegada ao serviço em pastas sem nenhum critério especial que possa facilitar seu uso posterior. Constatamos mais uma vez a inexistência de preocupação investigativa e epidemiológica. A CAT é novamente entendida como um documento para fins pouco claros, sendo desprezada posteriormente.

Cabe notar que chegam poucas CATs em quase todos os serviços visitados, o que, apesar de reafirmado em praticamente todas as instâncias, não gera qualquer tipo de atuação para modificar tal realidade. A Secretaria Municipal de Saúde também não possui proposta para a mudança desta situação. A atitude passiva, como se isso fosse um fato consumado, inevitável e de difícil reversão, tem se constituído em uma constante até o momento.

Gostaríamos de fazer aqui um breve retrospecto a respeito do Programa de Saúde do Trabalhador do município de Ribeirão Preto. Esse serviço, na realidade, já existe no município desde 1993, tendo sido concebido com uma visão bem mais ampliada do que o nosso entrevistado deixa transparecer. Possuía, em seus primórdios, um entendimento a respeito de seu papel institucional muito além do clássico assistencialismo centrado na figura do médico. Seus criadores compreendiam ser necessária uma atuação efetiva, articulada e abrangente, fornecendo orientação trabalhista aos pacientes, com ações de Vigilância em Saúde, junto com a Vigilância Epidemiológica e com a Vigilância Sanitária. Haveria portanto,

uma reformulação no modo de atuar, sendo necessária a contínua formação e reciclagem de recursos humanos na área.

Em 1995 é criado o Ambulatório de Saúde do Trabalhador na Unidade Básica Distrital de Saúde-Central (UBDS-Central) e, em 1996 surge o segundo ambulatório, no Núcleo de Gestão Assistencial-59 (NGA-59). É importante registrar que o município já possuía um ambulatório desde 1989, na Unidade Básica Distrital de Saúde – Sumarezinho, no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina USP/RP. Este encontrava-se subordinado à Universidade de São Paulo, sendo denominado de Serviço de Saúde do Trabalhador. A partir de 1998, em função de mudanças políticas ocorridas no município, passou a contar com um serviço na UBDS-Central. É a respeito deste serviço que nosso entrevistado reporta-se ao responder nossas questões; em que pese nosso estudo se referir ao ano de 1996.

Em função das dificuldades relatadas até o momento, o Serviço de Saúde do Trabalhador, para melhorar seu trabalho com as CATs, tentou articular uma atividade conjunta com o INSS no sentido de se evitar duplicidade de serviço como a dupla digitação das CATs, visto que estas já são digitadas no INSS. A dificuldade encontrada nessa tentativa pode ser sentida no trecho a seguir.

- **“... a alegação do INSS é que o sistema tem uma dificuldade, por conta das fraudes, e a informação é bloqueada; cada campo da CAT que é digitado é um programa diferente não**

tendo condições de enviar para outro computador, ..., o INSS é realmente uma caixinha preta.” (entrevistado 8)

Há uma recusa em fornecer essas informações no nível local, do município, mesmo depois de se incluir na constituição que Saúde é um Direito de Todos. Existe, portanto, a necessidade de que se efetive um sistema de informação eficiente e fidedigno e de que se contemple, pela primeira vez, a Saúde do Trabalhador como uma prioridade, não somente em nível nacional mas principalmente, em nível local, com a municipalização das ações de Saúde.

O tão desejado fluxo contínuo de CATs, que permita o desencadeamento de ações educativas efetivas de prevenção de acidentes e ações conjuntas de controle desses agravos, representa ainda tarefa a ser construída no município.

Em Ribeirão Preto, importante município do Estado de São Paulo, não obstante as bem intencionadas tentativas, observamos que até mesmo o entendimento do que seria um Programa de Saúde do Trabalhador encontra-se ainda em gestação. Em razão desta desarticulação dos serviços envolvidos, nos é difícil vislumbrar alguma mudança significativa no quadro atual.

- Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)

O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) é responsável pelo pagamento de benefícios acidentários e pela realização de perícias médicas, através de dois setores especificamente voltados para a questão do Acidente do Trabalho, como já apresentamos no início deste capítulo.

No entendimento do serviço, pelas palavras da Dra. Maria Virgínia de Medeiros Eloy Souza, Chefe de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica do INSS, em palestra proferida no III Seminário Internacional de Atualização em Segurança e Saúde no Trabalho, São Paulo, abril de 2.000:

“ao se pagar este benefício (de acidente de trabalho) admite-se a existência de falhas na prevenção dos mesmos. Contudo este é que deve ser o enfoque, a prevenção. Entretanto, o INSS constitui-se em serviço responsável por trabalhar com o dano causado pelo trabalho, ou seja com a demanda da consequência” e, dentro desta lógica portanto, não é responsável pela prevenção, ficando “esta atuação, através das informações provenientes das CATs, a cargo do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho”.

Ou seja, o INSS quer diminuir a “*demanda da consequência*”, nas palavras da Dra. Virgínia, mas não se coloca na situação de colaborador para a efetivação destas ações preventivas. Esta questão é fundamental e será melhor abordada quando da discussão das dificuldades de se obter informações referentes ao Acidente do Trabalho no próprio INSS.

Outra discussão importante refere-se ao próprio registro do acidente do trabalho. A CAT é registrada somente no Ministério da Previdência Social, via INSS. O Instituto possui estatísticas apenas das CATs que geraram benefício, as demais não são analisadas corretamente, uma vez que são somadas as CATs sem afastamento com as que geraram afastamento de até 15 dias. Este fato acontece porque ambas não geram benefício algum. Conclui-se, portanto, que a preocupação é com o benefício; com a concessão ou não do mesmo.

O benefício acidentário somente é pago após o 15º dia de afastamento pois entende-se haver incapacidade laborativa decorrido este período. Depreende-se deste fato que a caracterização de gravidade da ocorrência depende do período de afastamento. A Lei 8213 de 24 de julho de 1991, art. 60, é clara neste sentido: “...somente devendo encaminhar à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 (quinze) dias” e Decreto 611 de 21 de julho de 1992 Art.140 – inciso II – parágrafo 1: “...não serão considerados acidentes do trabalho – c) a que não produz incapacidade laborativa; ...” (BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, 1991; 1992)

A garantia de estabilidade no emprego por um ano após o acidente do trabalho, por outro lado, acaba se constituindo, na prática, num estímulo à subnotificação. A empresa, a fim de evitar esta estabilidade, restringe a emissão de CATs aos casos de acidentes muito graves, de maior repercussão e que apresentam dificuldade de ocultação, o que gera

distorções de interpretação na análise dos dados (Faria et al, 93; Dias, 93; Rêgo, 93; Lucca, 94; Rigotto, 98).

Somando-se a subnotificação existente aos entraves e dificuldades burocráticas de toda ordem, sobretudo os vieses da aplicação do texto legal, percebemos o quanto estamos distantes da real dimensão do acidente do trabalho no país. Mais do que isso, podemos questionar se na realidade existe intencionalidade na perpetuação destes fatos, não se oferecendo alternativas viáveis para a reversão deste quadro. A análise das entrevistas realizadas no INSS representam bem o que se discutiu até o momento.

O INSS não emite CAT. Conforme explicitado pelos entrevistados, o serviço recebe a primeira via, protocola e então devolve essa informação para o hospital. O serviço que presta o primeiro atendimento (geralmente o hospital) relaciona as CATs dos acidentes por ele atendidos e as envia para o INSS, com o Laudo do Exame Médico (LEM) preenchido. Constatamos, porém, que um serviço hospitalar não envia esse laudo para o INSS, destoando dos demais. Neste serviço, o relatório deve ser requerido pelo paciente, que deverá então levá-lo à Previdência, de forma que seja protocolado o benefício. Este fato e suas repercussões foram discutidos quando da análise dos Hospitais.

A partir destes laudos o INSS registra o acidente de trabalho nas formas previstas legalmente: Acidente Tipo (incluindo o acidente de trajeto), Doença do Trabalho e Doença Profissional.

Ao responder nosso primeiro questionário os dois entrevistados demonstraram conhecer os preceitos legais no que se refere ao trâmite das

CATs e o porquê do recebimento da primeira via pelo INSS. Deixaram clara a função de pagamento de benefícios quando da incapacidade laboral, sendo o papel de prevenção uma função que cabe aos outros órgãos envolvidos, não se tratando de forma alguma de uma função do INSS.

Chama atenção a maneira como isto é tratado, uma vez que o INSS é o local onde encontramos, na prática, o total de CATs efetivamente emitidas e registradas. O protocolo do INSS e o registro dessas CATs não têm, atualmente, uma serventia mais abrangente para o trabalhador acidentado, restringindo-se ao pagamento de benefícios.

Para receber o benefício a que tem direito, o trabalhador e a CAT devem passar pelo INSS, necessariamente. É ali que se concentram todas as informações e o esperado seria que, no mínimo, houvesse maior participação deste serviço em atividades conjuntas com os demais para a prevenção dos danos à saúde relacionados ao trabalho. Aliás, contraditoriamente, a prevenção, nas palavras do próprio serviço, é o que se almeja para diminuir a demanda e conseqüentemente os custos.

Os trechos abaixo retratam bem essa postura.

- **“ Quanto à fiscalização para a prevenção do acidente do trabalho não cabe ao instituto, já tem o fato consumado, ocorreu o acidente e no período que ficar incapacitado ele vai pedir o benefício... A primeira via vem para o INSS, que é responsabilidade da empresa emitir as seis vias e distribuir ...”** (entrevistado 9)

- **“Nós recebemos as CATs para que sejam registradas, recebemos a primeira via, protocolamos com um número e através de uma lista devolvemos este número para o hospital. É arquivada quando é afastamento por mais de quinze dias e recebe o benefício, quando não, se for menos que quinze dias ou o paciente não veio dar entrada, aguardamos 45 dias e então arquivamos.”** (entrevistado 10)

O entrevistado acima aborda a questão que já havia aparecido quando das entrevistas com os funcionários dos hospitais, qual seja, um alto percentual de pacientes não registra o benefício no INSS. A empresa emite a CAT, o hospital preenche a LEM, mas o funcionário não a leva para dar entrada do pedido de benefício no INSS. O trecho baixo é bastante significativo a este respeito.

- **“ Como o pagamento é quase igual, muitas vezes o segurado prefere não entrar como acidente; tem medo, acaba entrando como auxílio doença. Às vezes na perícia se percebe isto, que na realidade trata-se de acidente de trabalho, mas pode haver escape.”** (entrevistado 10)

O medo de perder o emprego ou de vir a ter algum tipo de problema com o empregador acaba funcionando como um gerador de subnotificação

do acidente do trabalho de maneira geral. Em tempos de globalização e precarização das relações de trabalho, o trabalhador mais uma vez é o elo fraco da corrente, sendo forçado a abrir mão de seus direitos para a manutenção de sua subsistência. Minayo (1995) e Rigotto (1998) analisam as nefastas repercussões para o trabalhador decorrentes desta reestruturação produtiva em tempos de globalização.

Nossa segunda questão, julgamos estar esclarecida e respondida nas entrevistas até aqui analisadas. A questão legal da emissão e trâmite das vias da CAT é bem conhecida pelos entrevistados do INSS. Todo o processo está em acordo com o preconizado legalmente, apesar da falta de integração com os demais setores. A tramitação está repetidamente expressa na constituição e na Lei Orgânica da Saúde e, também na NOB-96. Mesmo que não seja citado diretamente o INSS nestas recomendações, entendemos ser este um serviço chave para trabalharmos a questão das notificações do Acidente do Trabalho, pelos motivos já expostos no presente estudo. Na realidade o acesso a estas informações, contidas na CAT, constitui-se no seu principal problema. Sem dúvida, é um dos mais importantes entraves, como discutiremos a seguir.

Como frisamos anteriormente, o INSS não demonstra interesse em participar de maneira mais integral no processo de prevenção e controle dos agravos à saúde advindos do processo de trabalho. Restringe-se ao papel de pagador de benefícios. Sua preocupação é limitar o número e o valor dos benefícios através da Perícia Médica. Ao responder nosso terceiro questionamento, este fato expressa-se nas falas dos entrevistados.

- **“ Como o INSS só participa do acidente do trabalho para fins de pagamento de um futuro benefício, para o INSS não tem importância estar controlando estes acidentes em termos de número, de região ou por código de profissão...”** (entrevistado 10)

- **“...a CAT recebe um número; se for um período de afastamento superior a 15 dias, vai gerar um benefício. Protocola o benefício, encaminha o trabalhador para a perícia médica com o atestado médico e a cópia da CAT. Lá o médico perito vai dar um nexó entre o acidente e a lesão, e o período provável de afastamento.”** (entrevistado 09)

A decisão final do destino do trabalhador recai sobre o perito que, na ausência de protocolos para trabalhar com a gama de situações existentes, acaba por incorrer no sério risco da subjetividade para a concessão do benefício. O problema da Perícia Médica, do financiamento da Previdência e da injustiça na concessão de benefícios é tema relevante abordado em vários trabalhos, identificando a dificuldade em se lidar com o INSS, muitas vezes em detrimento da saúde do trabalhador. Este, em várias situações, acaba recebendo alta sem a mínima condição de retorno ao trabalho, além de ter de enfrentar longas filas para conseguir participar de algum programa de reabilitação. A concessão de aposentadorias é rigorosa, sendo tratada como um favor ao trabalhador. O problema crônico de caixa da Previdência

e por conseguinte do INSS, leva a uma prática restritiva para a concessão de benefícios, atacando o problema mais uma vez em seu ele mais fraco, ou seja, o trabalhador (Possas, 1981; Faleiros, 1983; Cohn et al, 1985; Faleiros, 1992; Rocha et al, 1993; Mendes, 1993; Médici et al, 1994; Minayo, 1995; Arouca, 1996).

A preocupação em liberar ou não um benefício requerido leva a uma total despreocupação com a forma como estas informações devam ser ordenadas e arquivadas. A forma de inserir estas informações no sistema não permite o seu aproveitamento para estudos e análises posteriores. A CAT proveniente de Ribeirão Preto é registrada juntamente com as CATs provenientes de todos os demais municípios da área de abrangência do posto do INSS da regional de Ribeirão Preto. São protocoladas por ordem de chegada ao serviço, independentemente da procedência, tipo de lesão ou benefício gerado. O que as difere entre si é a espécie de benefício que cada uma gerou. Quando simples assistência médica, sua espécie denomina-se B 90. Se ocorreu afastamento até 15 dias, B 99. Ambas não geram nenhum tipo de benefício. Quando o período de afastamento é maior de 15 dias, única situação que gera algum tipo de benefício, é chamada B 91. Como dissemos, todas são arquivadas pelo registro inicial da CAT no INSS. A seguir alguns trechos que ilustram essa situação.

- “ A CAT é arquivada por ordem de chegada, independentemente do agravo ou do município. Se você tiver o número da CAT eu tenho condições de emitir uma CAT,

uma cópia no terminal, menos o laudo médico. Se te interessar a parte médica, só no arquivo que você vai ter acesso à informação, manualmente... A partir do momento que definiu a espécie, só esperamos a relação da DATAPREV e mandamos as CATs para o arquivo morto. ”

(entrevistado 09)

- **“ Nós utilizamos a versão PRISMA 5.2 e é difícil fazer um levantamento; estão incluídos no programa todas as espécies, então, para eu fazer um levantamento específico de acidente de trabalho é muito difícil e toda informação que entra vai sendo bloqueada automaticamente para evitar fraudes...” (entrevistado 10)**

A DATAPREV emite uma listagem de todos os benefícios concedidos e/ou encerrados e, no momento que a espécie de benefício é definida, se B 90, B 91 ou B 99, a via da CAT é encaminhada para o arquivo morto, onde é arquivada pelo número do protocolo. Desta forma todas as CATs procedentes da região estão misturadas e, entre elas, indiferenciadas quanto à geração ou não de algum tipo de benefício. Em função desta forma de arquivar as CATs, lidar com o arquivo morto é extremamente difícil e moroso, quase inviabilizando qualquer tipo de levantamento por município ou por tipo de agravo.

Outro fato importante é o sistema utilizado - PRISMA 5.2 - que armazena a informação por ordem de chegada, incluindo neste montante todos os pedidos de benefício, por doença ou por acidente de trabalho. A diferença entre eles é a espécie de benefício que geraram, que no caso do Acidente do Trabalho recebe as denominações já citadas de B 90, B 91 e B 99. Nas palavras de um dos entrevistados este sistema nos permite somente fazer levantamentos por espécie de benefício, como por exemplo, um levantamento das aposentadorias por invalidez decorrentes de acidente de trabalho ocorridos em determinado período ou pensões por morte acidentária. Sempre da região de abrangência, nunca por município. E, principalmente, não permite um levantamento global dos acidentes de trabalho ocorridos e muito menos por tipo de lesão ou gravidade. Pelo exposto na fala do entrevistado 09, se desejarmos trabalhar as informações médicas é necessário recorrer ao arquivo morto e fazê-lo manualmente.

O fato da DATAPREV permitir o acesso somente às informações armazenadas nos últimos seis meses, sendo imediatamente bloqueado decorrido este prazo, constitui-se em mais uma dificuldade para o trato destas informações. Estes entraves são justificados pela necessidade de se evitar fraudes ao sistema, o que na prática inviabiliza qualquer forma de pesquisa regional ou local no que se refere ao Acidente do Trabalho. Séries históricas e perfis ficam completamente prejudicados, pois o manejo com as CATs é extremamente difícil, pelo que já apresentamos.

Verificamos que, decorridos mais de 10 anos da municipalização das ações de saúde, o SUS não foi capaz ainda de superar as barreiras e

entraves burocráticos de serviços essenciais como é o caso do INSS. As informações continuam inacessíveis, em detrimento do que se preconizou legalmente ao longo dos últimos anos.

- Sindicatos

Trabalhamos com dois sindicatos do município de Ribeirão Preto, abrangendo o setor da Construção Civil e o setor da Indústria Química, Álcool e derivados. Os motivos que nos levaram à escolha destes dois serviços encontram-se descritos no capítulo Material e Método.

Ambos os sindicatos possuem boa estrutura, com sede própria equipada. Contam com Departamento Jurídico instalado nas dependências do sindicato. Nos dois casos, apesar de estarmos entrevistando pessoas da diretoria do sindicato, relataram apenas o conhecimento da obrigatoriedade da empresa de emitir a CAT, quando da ocorrência de um acidente do trabalho e de enviá-la, posteriormente, ao Sindicato representante da categoria. Os dois mostraram desconhecimento acerca dos aspectos legais que determinam este trâmite.

Por outro lado, observamos uma grande diferença entre eles no que se refere à interpretação da importância da tramitação da CAT. Enquanto um dos entrevistados mostrou-se bastante consciente da importância e da necessidade da emissão da CAT e posterior envio para o sindicato da categoria, como forma de desencadear, a médio prazo, procedimentos de prevenção destes agravos e mecanismos de controle dos riscos no ambiente

de trabalho, o outro entrevistado mostrou-se completamente alheio ao fato. Declarou de maneira genérica que a importância da emissão das CATs estava apenas no fato de trazer ao conhecimento do sindicato os casos mais graves, propiciando ao sindicato um melhor acompanhamento desses casos.

Apenas o serviço que demonstrou maior entendimento da questão admitiu a possibilidade do próprio sindicato estar emitindo a CAT caso a empresa se recusasse a fazê-lo.

Percebemos entre os dois sindicatos, representantes de setores expressivos do município, uma significativa diferença de postura ao lidarem com as questões relativas ao acidente do trabalho. Enquanto um deles demonstrou alto grau de engajamento e conhecimento de importantes aspectos envolvendo a questão do acidente do trabalho, o outro demonstrou certo conformismo ao lidar com as dificuldades inerentes ao setor, restringindo sua atuação quase que exclusivamente as questões trabalhistas, tais como registro em carteira, rescisão de contratos, etc. Deixa o acidente do trabalho e a prevenção do mesmo para um segundo plano. Os trechos a seguir revelam as diferenças observadas. Ao responder nosso primeiro questionamento, a segunda questão acabou sendo também contemplada.

- **“ A CAT é importantíssima para a saúde do trabalhador e o sindicato por lei teria que receber uma via da CAT, quando a gente fica sabendo que um acidente aconteceu e não foi emitida a CAT, a gente cobra da empresa. Se ela se recusar o**

sindicato tem autonomia para emitir, se o trabalhador procurar o sindicato....., a regra geral é: a empresa não emite a CAT e o sindicato recebe pouquíssimas CATs”
(entrevistado 11)

- **“ Eu não sei te dizer porque o sindicato recebe uma cópia da CAT, a CAT é importante para a gente acompanhar quando o acidente é mais grave, só que geralmente a gente fica sabendo do acidente pelo jornal. Normalmente a empresa nos dá a CAT depois que a gente pediu, eles não se recusam, eles só não enviam, é obrigação deles emitir a CAT. E do que eu tenho conhecimento faz tempo que não chega nenhuma aqui.”** (entrevistado 12)

Não vamos aqui nos ater à discussão específica da caracterização das associações sindicais, ou nas questões políticas e ideológicas que permeiam estas diferenças.

Por outro lado, percebe-se que, apesar das divergências quanto à interpretação da importância das CATs, ambos relataram que o recebimento dessas pelos sindicatos, via de regra, só acontece quando há cobrança da entidade junto à empresa. Esse fato confirma, mais uma vez, o uso do instrumento CAT apenas para fins securitário.

Fica clara a ineficácia da notificação para os órgãos representantes dos trabalhadores, dada a sua precariedade, assim como a fragilidade e a

incapacidade dos sindicatos para atuarem na defesa de seus filiados no que diz respeito à melhoria das condições e do ambiente de trabalho e à prevenção, controle e fiscalização dos acidentes. Vejamos os relatos a seguir.

- **“ Se as empresas emitirem as CATs com frequência, isto vai levar a uma melhoria de condições de trabalho, que é o que mais interessa. Quando o acidente é muito grave é pedido uma fiscalização da empresa ao Ministério do Trabalho, a gente pode mover uma ação judicial contra a empresa, etc., então existem desencadeamentos posteriores. Mas como está, você se machuca, não tem estabilidade porque não se emite a CAT e quando volta a trabalhar eles te demitem.”**

(entrevistado 11)

- **“Este ano eu recebi uma CAT, mas tem muito acidente, é todo dia, tem muito acidente, por volta de dez por dia, mas registrado não tem não. A gente vai fiscalizar por denúncia dos funcionários, é difícil trabalhar junto com a DRT e nem sempre a gente tem livre acesso. Tem empresa que barra a gente. Este pessoal com acidente mais grave a gente tem entrado com processo civil e criminal contra as empresas”**

(entrevistado 12)

Os sindicatos acabam trabalhando quase que exclusivamente com os casos muito graves, cujo conhecimento até prescinde da via da CAT, pois a denúncia, anônima ou não e o noticiário jornalístico acabam se transformando nas fontes mais importantes de informações para estas associações. Por exemplo, um dos sindicatos havia recebido apenas uma CAT até o dia da entrevista, com aproximadamente metade do ano já transcorrido. Algo muito aquém da realidade, se atentarmos para a fala do próprio entrevistado, que declara frequência de aproximadamente dez acidentes diários em seu setor, conhecidos através de denúncias dos próprios trabalhadores. Essa realidade obriga os sindicatos a uma atuação quase que exclusivamente voltada ao pós fato, aos acidentes de grande gravidade e/ou de grande repercussão.

Recentemente, dando continuidade a importante projeto de divulgação da gravíssima e precária situação de segurança a que nossos trabalhadores estão sujeitos, o Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco e região, publicou o livro intitulado **Vítimas dos Acidentes de Trabalho – Rompendo o Silêncio** (1999). Um triste relato da indigna situação a que estão expostos estes trabalhadores e, seus aviltantes resultados; mortos, mutilados, inválidos, deixados à sua própria sorte.... O resultado da ineficácia dos órgãos responsáveis.

Outro fato importante é a dificuldade encontrada por essas associações de, junto com os órgãos competentes, vistoriar e fiscalizar os locais de trabalho quando, por um lado são impedidos de realizar este

trabalho junto às empresas e por outro encontram dificuldades de atuação junto àqueles órgãos.

A estas dificuldades somam-se ainda o pouco ou nenhum conhecimento por parte dos trabalhadores de seus direitos e o temor, por parte destes, de represálias por parte da empresa e até da perda do emprego, caso venham a exigir a notificação de todas ocorrências de acidentes do trabalho, o que torna mais espinhoso o acompanhamento e a quantificação e conseqüentemente a proposição de ações de prevenção e controle dos acidentes do trabalho.

Apesar da dificuldade sentida em se trabalhar com a DRT, em função da própria estrutura do serviço – que tem poucos fiscais para uma área de abrangência muito grande - a questão da fiscalização foi considerada fundamental para se obter alguma mudança no quadro atual, pois as empresas têm receio de serem autuadas. É consenso que somente em empresas onde ocorreram problemas graves é que se percebeu algum tipo de investimento no que se refere à prevenção de novos agravos.

É observada uma piora nos últimos anos, tanto no que se refere à própria existência dos sindicatos como também das instituições envolvidas. A seguir transcrevemos alguns trechos que expõem com clareza estes aspectos.

- **“ O desemprego sempre piora, o trabalhador com medo de perder o emprego não reclama de nada e você precisa começar a pressionar o empregado para não se afastar do**

sindicato, a empresa não tem interesse nenhum na existência do sindicato” (entrevistado 11)

- **“ Tem diminuído os sindicalizados, antes tinha mais arrecadação, então diminuiu muito e tem também empresas que perseguem os sindicalizados ...” (entrevistado 12)**

Esta abordagem revela a dificuldade dos sindicatos sobreviverem diante da nova situação de mercado. A diminuição dos empregos está levando o trabalhador a se submeter a situações precárias de trabalho para manutenção do emprego e de sua própria subsistência. É inevitável que esta submissão tenha um custo muito alto para o trabalhador.

Estas declarações corroboram os estudos que tratam deste tema (Antunes, 1995; Rifkin, 1995; Forrester, 1997). Percebemos uma grande dificuldade dos sindicatos analisados em se adequarem a este quadro, incapazes de vislumbrar e viabilizar práticas alternativas para sua superação.

Por outro lado, demonstram também a existência de muita insatisfação e desconfiança para com os órgãos oficiais responsáveis pelo controle, fiscalização e reparação dos agravos advindos do trabalho.

- **“ O município não tá participando, inclusive houve queda neste tipo de trabalho, com ótimos serviços sendo desestruturados, o que ficou foi a DRT e a Procuradoria de**

Campinas, que é um universo pequeno para atender uma demanda enorme” (entrevistado 11)

- **“ Eu não acredito que houve diminuição do acidente do trabalho, o que diminuiu foi o serviço, não foi investido nada em segurança no meu setor, eu não vi as empresas investirem em segurança nenhuma até hoje.” (entrevistado 12)**

Finalizando, ao responder nossa ultima questão fica clara a dificuldade enfrentada pelos sindicatos para atuar neste difícil jogo de forças e o quão distante estamos da efetiva aplicação do texto legal.

- **“ As CATs são arquivadas na pasta da empresa, cada empresa tem uma pasta. Mas você teria pouco trabalho para fazer um levantamento porque poucas emitem CAT, 90% das empresas, se formos nos basear por esta informação, nunca tiveram um único acidente, tá tudo ótimo!, a principal finalidade para o sindicato seria a prevenção, no fim como vem poucas CATs, quase não tem utilidade” (entrevistado 11)**

- **“ A gente arquiva as CATs numa pasta, só que até hoje não tem uma pasta cheia não. Somando o que chegou de 95 até hoje (meados de 99) temos, deixa eu ver na pasta: 95 – 10**

CATs; 96 – 10 CATs; 97 – 01 CAT; 98 – nenhuma e 99 um fax de um Boletim de Ocorrência, mas sem a CAT. Bom, a maioria das empresas não enviam aos sindicatos o comunicado do acidente do trabalho....” (entrevistado 12)

Pelo que pudemos depreender até o momento, os sindicatos são ignorados. Não fazem parte do sistema de notificação do Acidente do Trabalho. O órgão que deveria representar o trabalhador está completamente fora do sistema, tendo que recorrer a sistemas de informações alternativos, como noticiários jornalísticos e delegacias de polícia para vir a ter acesso às informações, que de direito deveriam estar chegando diariamente ao seu conhecimento. Restringem sua atuação ao acidente do trabalho muito grave, sem o menor controle sobre os acidentes menores e mais freqüentes.

Demonstram uma clara percepção da perda de espaço e da dificuldade de sobreviver diante do quadro atual de desemprego, precarização das relações de trabalho, etc. Precarização esta colocada como responsável pela diminuição das estatísticas de acidente e, não pela efetiva melhora das condições de trabalho, como alardeado pelos órgãos oficiais. Este fato, aliás, já havia sido comentado quando das estatísticas da OIT que afirmam ter havido uma diminuição dos acidentes globais, sendo acompanhados de significativo aumento da gravidade das lesões e da mortalidade, colocando em xeque as afirmações oficiais que relacionam esta

diminuição como consequência de melhoria das condições de trabalho no país.

- Serviço de Vigilância Epidemiológica

Inicialmente apresentaremos um breve retrospecto abordando fatos importantes da constituição do modelo atual de Vigilância Epidemiológica em nosso país. Entendemos ser este fato necessário na medida em que desejamos conhecer e compreender as diferenças de abordagem entre as doenças e agravos à saúde tradicionalmente alvos da atuação da Vigilância Epidemiológica e as doenças e agravos à saúde relacionados ao Trabalho. Traçar esse paralelo torna-se fundamental para cumprir nosso terceiro e último objetivo e em função desse objetivo, foi incluído em nosso trabalho o estudo do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Município de Ribeirão Preto e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP - Ribeirão Preto.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica foi criado em nosso país na década de 70 através da Lei n.º 6.259 e pelo decreto n.º 78.231. Em 1978 é criado, no Estado de São Paulo, o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica. Sua atribuição era realizar a notificação dos casos de Doenças de Notificação Compulsória, a investigação epidemiológica dos casos suspeitos e a execução de ações de controle destes agravos à saúde (Schout, 1994).

Desde seu início a vigilância epidemiológica foi constituída de maneira a apresentar uma hierarquia de competências partindo do nível local até o central, cuja complexidade é definida em função desta divisão. O nível central é responsável principalmente pela supervisão das atividades previstas para os diferentes níveis de atuação e pela definição de estratégias de intervenção para o controle dos agravos à saúde em nível nacional.

Em 1985 é criado o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) que propicia um rápido aprimoramento do sistema, através da criação de setores organizados por grupos de doenças, propiciando o fortalecimento do órgão além de garantir um significativo avanço na qualidade das investigações.

Com a municipalização o sistema precisou se adaptar, passando por uma série de dificuldades, algumas delas já discutidas quando da análise da DIR XVIII. A maioria dos municípios não possuía estrutura material nem humana para assumir as ações de vigilância o que causou um certo descompasso entre os diferentes municípios, sendo que a incorporação da Vigilância Epidemiológica vem ocorrendo gradativamente desde então. Schout (1994), descreve muito bem este breve histórico da implantação da Vigilância epidemiológica em nosso país.

Paralelamente a este processo, em 29/02/89, é aprovado pela Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) a Resolução n.º 23, que define o acidente do trabalho como um agravo passível de notificação compulsória.

No município de Ribeirão Preto, após a aprovação dessa resolução, inicia-se um processo de treinamento com os serviços para a adequação do

sistema para esta nova atribuição. O posto do INSS do município realizou reuniões com a participação da Vigilância Epidemiológica do município, com o intuito de esclarecer dúvidas a respeito do preenchimento do instrumento oficial de notificação, a CAT, e do fluxo destas informações.

No entanto, embora oficializado, tal fluxo de informações não foi normatizado pelo Ministério da Saúde. Toda doença, ao ser considerada passível de notificação compulsória, passa por um processo de normatização, onde são definidas as competências de cada nível de atuação, padronização do procedimento e elaboração de ficha epidemiológica específica juntamente com manual de procedimento. Nada disto ocorreu com o acidente do trabalho. Foi repassado para os municípios o atendimento do acidente do trabalho, mas a informação gerada não foi atribuída à Vigilância Epidemiológica Municipal, ficando a cargo do serviço de Saúde do Trabalhador da DIR XVIII até 1993. A partir de então, com a municipalização, é responsabilidade do serviço de Saúde do Trabalhador Municipal, trabalhar estas informações. Como já discutido anteriormente, esses serviços apresentaram e apresentam até o momento atual, muitas dificuldades de manejarem estas informações de maneira conjunta e coordenada.

O processo, na realidade, não foi casual nem restrito ao município de Ribeirão Preto. Cubatão chegou a formalizar em meados da década de 80 um programa de Vigilância Epidemiológica para Doenças Ocupacionais. Elaborou-se até um manual explicativo para fornecer subsídios a respeito de todos os procedimentos a serem executados e cumpridos (Serviço de

Vigilância Epidemiológica de Cubatão – Manual de Vigilância Epidemiológica para Doenças Ocupacionais)

Essas tentativas de aglutinar à Vigilância Epidemiológica os agravos relativos à Saúde do Trabalhador foram isoladas e pontuais em algumas cidades. Tais serviços acabaram perdendo apoio institucional e desapareceram. O serviço de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto chegou a coletar informações à respeito dos acidentes do trabalho notificados pelo próprio Hospital das Clínicas, mas com a “descontinuidade” do processo, este também acabou encerrando suas atividades. Essa experiência encontra-se registrada em artigo publicado na Revista Medicina - Ribeirão Preto em 1995 (Pinheiro et al, 1995).

Em 1995 a Comissão de Epidemiologia da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública (ABRASCO) elaborou o II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: 1995-1999. Parte deste texto foi publicado no Informe Epidemiológico do SUS no. 3 (jul/set) em 1997, sob o título **A Epidemiologia nos Serviços de Saúde**, em 1997. O referido trabalho aborda as questões levantadas até o momento e reafirma a necessidade de sistemas de informações atuais e de boa qualidade, com dados pertinentes e de fácil acesso, além da premente exigência de reformulação da Vigilância Epidemiológica em função das novas demandas, incluindo-se entre essas os agravos relacionados ao trabalho, como definido na NOB 01-96.

Os nossos entrevistados mostraram um conhecimento apurado das funções e competências da Vigilância Epidemiológica, descrevendo de maneira precisa sua estrutura, o fluxo de informações e, fundamentalmente, os significados das notificações.

Em nenhum momento, entretanto, foi abordada a questão dos acidentes do trabalho dentre suas preocupações. Somente comentaram o assunto após terem sido inquiridos sobre o tema. A esse respeito foram unânimes ao afirmar tratar-se de agravo à saúde importantíssimo e que de fato mereceria fazer parte das atribuições da Vigilância Epidemiológica. No entanto, justificam esta “ausência” afirmando existir uma incapacidade do serviço em atuar nesta área, nos modelos atuais de notificação dos agravos à saúde.

Ao contrário do que vimos até agora nos serviços responsáveis pela notificação do acidente do trabalho, a Vigilância Epidemiológica apresenta uma estrutura bastante apurada de coleta de informações, com uma hierarquia de atuações bastante clara e um fluxo de informações muito bem delimitado e eficiente.

No município de Ribeirão Preto a Vigilância Epidemiológica encontra-se totalmente informatizada em todos os seus níveis, do periférico ao central, do municipal para o estadual e deste para o nível federal. Esta estrutura garante uma agilidade muito grande ao serviço, permitindo ações muito rápidas na presença de agravo relevante, que mereça ser bloqueado, como por exemplo a Meningite Meningocócica. Ao ser notificado um agravo dessa magnitude, imediatamente o serviço é acionado, gerando uma ação

rápida de bloqueio através de visita domiciliar dos comunicantes e utilização de medidas profiláticas apropriadas, previamente definidas e normatizadas.

Para cada doença ou agravo passível de ser notificado existe uma normatização, o que garante a uniformidade de ações em todo o país. Existe uma lista de agravos notificáveis, que incluem patologias de interesse internacional, de interesse nacional, estadual e municipal. Partindo do nível internacional, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cada nível pode acrescentar algum agravo específico de seu interesse a esta lista, mas nunca excluir .

Percebemos maior uniformidade no modo de agir da Vigilância Epidemiológica, com a preocupação de se perder o mínimo de informações no trâmite das mesmas. Em que pesem as dificuldades inerentes ao serviço, percebemos, através da fala de nossos entrevistados, eficiência e eficácia muito maior do que a que encontramos até o momento nos serviços responsáveis pelo Acidente do Trabalho. Os funcionários da Vigilância Epidemiológica sabem o que estão fazendo e porque estão fazendo.

Ao responder nossa primeira questão, observamos um alto grau de entendimento e conhecimento da importância da notificação dos agravos à saúde de competência da Vigilância Epidemiológica. Os trechos abaixo exemplificam o que discutimos até o momento.

- “ **A Vigilância Epidemiológica funciona da seguinte forma: a unidade de saúde, escolas, hospitais, no reconhecimento de uma doença de notificação compulsória, acionam a**

vigilância. O mais comum é via telefone para a unidade de saúde de referência do caso. E dependendo do caso já se iniciam as medidas necessárias. Com a simples suspeita já se desenvolve uma ação, vai depender do caso.”
(entrevistado 13)

- **“ Qualquer caso que se enquadre na relação de doenças notificáveis acaba chegando aqui no núcleo, ou via notificação ou via busca ativa, que é feita por nossa equipe de enfermagem. Então é feita a investigação do caso e a notificação para a Secretaria Municipal de Saúde.”**
(entrevistado 14)

A postura e atuação ficam evidentes, com uma significativa preocupação em se obter a informação o mais rapidamente possível.

No caso do núcleo intra-hospitalar, verificamos a existência de preocupação voltada para a busca ativa dos casos, não se restringindo à demanda espontânea. Existe um trabalho de conscientização e de constante contato com os departamentos clínicos reforçando a importância da notificação.

O instrumento de coleta é o chamado SV1, utilizado em todos os serviços de Vigilância Epidemiológica do país, padronizado para cada agravo e que contém em seu formato a lista de todos os agravos passíveis de notificação. (ANEXO VII)

O repasse da informação para o nível municipal é feito por telefone, nos casos que exigem ações imediatas, ou via SINAM, que é o sistema informatizado utilizado pela Vigilância para o envio destas informações. O núcleo de vigilância do Hospital das Clínicas não sai a campo para atuar, ficando a responsabilidade do desencadeamento das ações a cargo do serviço municipal de saúde.

O serviço municipal, por sua vez, conta com uma equipe de Vigilância Epidemiológica em cada Distrital de Saúde do município. As distritais recebem as informações provenientes de suas Unidades Básicas de Saúde dentro de sua área de abrangência. Da mesma forma que descrevemos acima, a informação seguirá um caminho previamente determinado e irá gerar uma ação, independente de ser agudo ou crônico. Todos os casos notificados são investigados.

As equipes contam com a participação de visitantes que fazem o trabalho de campo, como bloqueio vacinal e visitas domiciliares para elucidação dos casos suspeitos. O nível central do município conta com dois Médicos Sanitaristas e seis Enfermeiras, que atuam na análise dos dados, efetuando estudos epidemiológicos. Há uma divisão do trabalho, destinando cada responsável por algum tipo de programa de interesse do serviço ou preconizado pelo Estado. Por exemplo: Programa de Hanseníase, de Tuberculose, entre outros, além do apoio administrativo. Diante de um surto, toda a equipe se direciona no mesmo sentido, se houver necessidade.

A equipe irá determinar planos de ação específicos, como por exemplo, uma intoxicação alimentar aguda em estudantes de determinado

núcleo escolar. As equipes descentralizadas garantem um maior fluxo de informações para o nível central, que continuamente remete condensados ao nível estadual e também atuam na elaboração de projetos para o município, baseados nas informações coletadas. A seguir alguns trechos que se referem a estas questões.

- **“ Nós temos atualmente umas 30 unidades básicas de saúde, isto significa dar as coordenadas para estas unidades, estar avaliando os dados, fazer treinamentos, reciclar os profissionais, buscar junto ao secretário recursos, etc. E a informação vem, você acompanha, avalia e compara se melhorou, se piorou, assim é com todos os programas e, a busca ativa tem funcionado, a detecção precoce vem ocorrendo em todas as unidades.”** (entrevistado 13)

- **“ O instrumento básico de notificação é o chamado SV1, que é a ficha de notificação. Aquele é o ponto de partida, esta informação chegando aqui no núcleo começa a investigação. A finalidade é uma ação de intervenção, é detectar com precocidade o agravo para que se possa agir. A informação deve ser obtida rapidamente e repassada para o município, que é quem vai agir no campo, ir a casa do indivíduo,”**
(entrevistado 14)

Os trechos selecionados dão conta de responder também nossa terceira questão, onde buscávamos verificar a eficácia da notificação e o grau de envolvimento da instituição com o evento. Verificamos a existência de uma série de ações, previamente determinadas, para cada tipo de situação. Bloqueio vacinal, busca ativa de casos, tratamento e controle dos casos e também dos comunicantes. Esses são alguns exemplos de atuações passíveis a partir da notificação de um caso, ou seja, toda informação gera algum tipo de ação.

Mais uma vez percebemos uma longa distância no tratamento dos agravos de notificação compulsória de competência da Vigilância Epidemiológica e dos agravos, também de notificação compulsória, relativos à Saúde do Trabalhador. Enquanto em um serviço os caminhos são claros e os desdobramentos são rápidos e eficazes, no outro, a ausência de sintonia entre as instâncias envolvidas é patente, num tortuoso sistema de notificação onde impera a ocultação e a ineficácia.

Apesar da emissão do instrumento de notificação ser feito em seis vias, e portanto seis níveis de atuação possíveis, poucas ações são desencadeadas, restringindo-se aos casos muito graves, condenando à obscuridade um desconhecido número de casos de doenças ocupacionais e acidentes, que em geral nem são notificados. Não encontramos um correto fluxo das vias da CAT em praticamente nenhum serviço. O órgão representativo dos trabalhadores foi o que percebemos estar mais distante do processo, relegado à ignorância dos fatos, necessitando utilizar-se de outros mecanismos, que não o oficial, para a obtenção da informação. A

única via que tem garantido seu caminho é o do serviço securitário que, como vimos, apresenta também uma série de limitações.

Em nosso último questionamento mais uma vez notamos uma grande diferença ao que se refere ao tratamento das informações. Atualmente o sistema encontra-se totalmente informatizado, mas mesmo no período de nosso estudo, 1996, quando a implantação do sistema ainda não havia sido completada, o acesso às informações era facilitado, permitindo estudos retrospectivos de qualquer magnitude, no município, a partir de 90, quando o serviço municipal começou a atuar. E também informações e dados de anos ainda mais remotos, se contarmos com o acervo da DIR XVIII.

A seguir alguns trechos que tratam deste tema.

- **“ Para facilitar, as fichas eram arquivadas por doença, em ordem alfabética e por ano de ocorrência. Elas estão guardadas em caixas, com todos os anos separados. É fácil fazer um levantamento. Na DIR tem a partir de 84, com certeza.”** (entrevistado 13)

- **“ A ficha tem utilidade como gatilho para as ações, mas também têm utilidade para estudos epidemiológicos, teses, por exemplo, tivemos uma tese defendida recentemente sobre AIDS, que foi um levantamento de todos os casos de 1986 a 1997, utilizando-se desta fonte de informação, desde o início da epidemia aqui em Ribeirão.”** (entrevistado 14)

É reconhecida pelos serviços a importância do instrumento de coleta e do respeito às normas, garantindo um fluxo contínuo de informações, o que permite uma visão próxima do real da dinâmica dos agravos à saúde de relevância pública. Esse fluxo é transparente e eficaz. Permanentemente avaliado e melhorado. A capacitação dos profissionais envolvidos é outro ponto fundamental, garantindo a continuidade do processo como um todo. Finalmente é valorizada a questão de se possuir arquivos ágeis para a realização de estudos epidemiológicos, ajudando na tomada de decisões e melhorando nosso conhecimento à respeito do comportamento dessas patologias nos diferentes municípios. É claro que existem problemas e os trabalhos citados relatam este fato, mas percebemos uma diferença significativa no manejo das informações dado pela Vigilância Epidemiológica e o dado pelas instituições envolvidas com a Saúde do Trabalhador. Estas diferenças acabam por perpetuar a subnotificação e o obscurantismo no manejo das informações relacionadas ao viver /adoecer /trabalhando em nosso país.

CONCLUSÕES

Na medida em que se pretende uma sociedade justa e democrática, não podemos pautar nossas ações em informações fragmentadas e incompletas. Na área da saúde em particular, na busca do diagnóstico correto, do aperfeiçoamento das normas e tomadas de decisões é fundamental que nos guiemos por informações fidedignas. A transparência dessas informações constitui-se em pré requisito básico para a boa execução de programas de saúde voltados efetivamente para a melhoria da qualidade de vida da população. Infelizmente a informação em Saúde, de maneira geral, e em Saúde do Trabalhador em particular, como pudemos observar, apresenta sérias dificuldades em nosso país e Ribeirão Preto não fugiu a esse modelo. Foram pesquisados representantes de todos os serviços envolvidos com o acidente do trabalho no município e pudemos perceber que na prática, apesar do preconizado legalmente, as transformações necessárias não foram efetivamente implementadas.

Portanto, a partir dos resultados obtidos no presente estudo nos foi permitido concluir que:

1. Existe a necessidade de se efetivar o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador no município de maneira a se contemplar a Saúde do

Trabalhador como uma prioridade também em nível municipal. O fluxo de CATs mantém-se fragmentado não permitindo desencadear ações educativas de prevenção de acidentes e muito menos gerar ações conjuntas de controle dos agravos. Esse fluxo ideal é um objetivo ainda a ser construída no município de Ribeirão Preto.

2. Apesar da emissão em seis vias da CAT, não existe o envolvimento dos seis níveis de atuação possíveis no controle dos agravos relacionados ao trabalho e, muito menos, o controle dos riscos presentes nos ambientes de trabalho. Não há uma interface entre as instituições. Cada órgão trabalha isoladamente, o que resulta em ações bastante ineficazes. A viabilização de ações conjuntas consiste, em nosso entender, uma das principais metas a ser pretendida caso se deseje efetivamente alcançar a reversão do quadro atual no município de Ribeirão Preto.
3. Se faz necessário a organização urgente de um sistema de arquivos fidedignos e ágeis na área da Saúde do Trabalhador no município de Ribeirão Preto, atualmente completamente desestruturado e fragmentado. A organização atual dos serviços inviabiliza a execução de estudos epidemiológicos bem conduzidos, exigindo um enorme esforço para o levantamento de dados locais ou mesmo regionais no setor.
4. O modelo da Vigilância Epidemiológica se baseia em um fluxo de informações muito bem delimitado e eficiente, sendo o oposto do que

encontramos na Saúde do Trabalhador, no município de Ribeirão Preto. Se faz necessário o enfrentamento desta problemática de forma a permitir a transformação do sistema de notificação dos Acidentes do Trabalho em um sistema onde os caminhos sejam claros e os desdobramentos rápidos e eficazes.

ANEXOS

ANEXO I - FRENTE

IMPRESSO

Núcleo de Vigilância Epidemiológica - HCFMRP-USP e Div. Vig. Epidemiológica - S.M.S. - Ribeirão Preto

ANO I - Nº 1 - JANEIRO 1997

Dengue: A sorologia para dengue deverá ser colhida após o 5º dia do início dos sintomas. Em vista da atual situação de risco em Ribeirão Preto, enfatiza-se a absoluta necessidade de notificação imediata de qualquer caso suspeito aos serviços de vigilância epidemiológica.

Plantões de Vigilância Epidemiológica em período noturno, finais de semana e feriados:

SMS: 610-7771 - BIP BA-45;
NVE UE HC: 610-7771 - BIP A 65 (externo) - BIP 124 (interno na UE).

Expediente

Orientativo: Epidemiológico de Ribeirão Preto - IEPP - e periódico do Núcleo de Vig. Epidemiológica - HCFMRP (DMS) e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Elaboração e responsabilidade técnicas deste número:

Prof. Dr. Afonso D. C. Pastos - Dra. Eugênia M. S. Rodrigues - Dra. Jorgelina Maria Silva - Núcleo de Vig. Epidemiológica - Dep. Med. Soc. - HCFMRP.

Dra. Ana Alice M.C. Castro e Silva, Dra. Maria Elizabeth Monteiro e Dra. Roseli Claudino - Santiago - Secretária Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Apoio: Imprensa - Gráfica do Hospital das Clínicas da Fac. Medicina de Ribeirão Preto.

Distribuição: CREMESP-SP.

Sugestões e colaborações podem ser enviadas para: Divisão de Vigilância Epidemiológica - S.M.S. - Rua São Sebastião, 1324 - Centro, CEP 14015-040 - Ribeirão Preto.

Fones: (016) 510-3343 e 625-1409.

INFORMAÇÕES

Evolução da Epizootia de Raiva em Ribeirão Preto: em 1995, ano de início da epizootia, foram diagnosticados 58 casos (34 cães, 3 gatos e 1 morcego). Em 1996, ocorreram 20 casos confirmados (18 cães e 2 gatos). Em janeiro de 1997 não ocorreu nenhuma confirmação. Medidas intensas de combate tem sido postas em prática pela SMS, representadas por vacinação em massa e captura de animais errantes.

Rubéola: a partir de 1997 ocorreram mudanças nas normas de Rubéola do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) em relação ao número e período de coleta das amostras de sangue para o diagnóstico laboratorial. A partir de agora, deve-se colher amostra única, entre o 5º e o 28º dia do início do exantema, para determinação de anticorpos da classe IgM.

Sarampo: Tendo em vista a atual situação epidemiológica da doença no Brasil, todo caso suspeito deve ser investigado laboratorialmente com amostra única de sangue para sorologia, que deverá ser colhida entre o 1º dia de exantema até o 28º dia da doença e enviada ao Laboratório de Referência (Instituto Adolfo Lutz).

ANEXO I - VERSO

TAB. 1 - Casos confirmados de alguns agravos, segundo mês de notificação e acumulados do ano. Ribeirão Preto, 1996 e 1997.

Agravos	1996			1997		
	Jan/96	Acum.º ano	Jan/97	Acum.º ano	Jan/97	Acum.º ano
Aids	43	319	9	9	9	9
Meningite Meningocócica	2	35	3	3	3	3
Meningite por Haemophilus	-	9	-	-	-	-
Outras Meningites	19	175	19	19	19	19
Dengue	17	251	2	2	2	2
Tuberculose	30	321	29	29	29	29
Hanseníase	7	61	10	10	10	10
Neurocisticercose	3	22	3	3	3	3
Hepatite B	4	69	3	3	3	3
Hepatite C	6	32	4	4	4	4
Hepatite não especificada	20	216	34	34	34	34
Acidentes por escorpiões	69	619	42	42	42	42
Acidentes de Trânsito *	-	1130	80	80	80	80

* Dados obtidos a partir de Fevereiro de 1996, exclusivamente pela UE - BCFM - Ribeirão Preto.

TAB. 2 - Casos confirmados de alguns agravos, segundo Distrito de residência. Ribeirão Preto, Janeiro de 1997.

Agravos	Distrito de Residência					
	Centro	Vila Virgínia	Somare-dão	Castelo Branco	Somare-dão	Não especificado
Aids	1	1	3	2	2	-
Meningite Meningocócica	-	2	-	-	1	-
Meningite por Haemophilus	-	-	-	-	-	-
Outras Meningites	1	4	7	4	3	-
Dengue *	-	-	-	1	1	-
Tuberculose	7	9	6	2	5	-
Hanseníase	2	1	2	2	3	-
Neurocisticercose	1	1	4	1	1	-
Hepatite B	1	-	2	-	-	-
Hepatite C	1	1	2	-	-	-
Hepatite não Especificada	5	6	6	10	7	-
Acidentes por escorpiões	12	6	16	6	1	1
Acidentes de trânsito **	15	9	10	9	12	25

* Notificação 148 casos suspeitos: (Centro, 12; V. Virg., 11; Somar, 18; C. Br., 24; Somare, 35).

** Segundo local de ocorrência

EDITORIAL

Os Serviços de vigilância epidemiológica usualmente acumulam uma grande quantidade de informações, colhidas através dos mecanismos regulares de notificação e investigação de agravos à saúde e de investigações dirigidas a esclarecer aspectos específicos de uma certa doença ou fator de risco numa população. Lamentavelmente, essa grande quantidade de informações tende a ficar restrita a um pequeno grupo de indivíduos que com elas lidam no seu cotidiano, marginalizando extensos segmentos sociais que poderiam se beneficiar do seu conhecimento. Por extensão, a não socialização desses dados acaba por se refletir negativamente na própria qualidade do sistema, uma vez que o desconhecimento das ações profiláticas desencadeadas após uma notificação leva o notificante a pensar que cumpriu unicamente uma norma burocrática, sem qualquer resultado de natureza prática. Certamente, reside aí um dos principais motivos da subnotificação, cujas consequências danosas se fazem sentir em toda a organização de

um sistema de saúde.

Com o intuito de preencher sua lacuna, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas e a Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde, num trabalho conjunto e integrado, passam a editar o informativo Epidemiológico de Ribeirão Preto - IERP. Com circulação mensal e tiragem inicial de 3000 exemplares, o IERP pretende ser um veículo ágil de difusão de informações epidemiológicas, levando-as a todos os que, direta ou indiretamente, participam do esforço comum de elevar as condições de saúde em Ribeirão Preto e região. Os seus organizadores partem do pressuposto de que é sempre preferível divulgar com rapidez os dados disponíveis, mesmo de uma maneira simples como a que se propõe o IERP, do que acumulá-los à espera de uma maior sofisticação de apresentação, que na maioria das vezes acaba por não se concretizar. O corpo editorial estará sempre aberto a críticas e sugestões, bem como receberá com satisfação matérias enviadas por leitores com vistas à sua divulgação.

Afonso D. C. Passos

ANEXO II

FOLHA DE ALTA HOSPITALAR											
CPDH - CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS HOSPITALARES											
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL											
CONVÊNIO SECRETARIA DA SAÚDE - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO											
NOME DO HOSPITAL			ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO			Nº DO PACIENTE			HOSPITAL	ENF.	ESPEC.
									Nº DO PACIENTE		
SEXO	COR	IDADE NA INTERNAÇÃO	ESTADO CIVIL		OCUPAÇÃO		SEXO	COR	IDADE NA INTER		
M ☐	Branca ☐	 anos	Solt. ☐	Viúvo ☐							
	Preta ☐	 meses	Cas. ☐	Desq. ☐							
F ☐	Amar. ☐	 dias	Amas. ☐	Divor. ☐			Est Cív	Ocupação			
	Farda ☐	☐ RN	Sep. ☐								
CATEGORIA DA INTERNAÇÃO			PROCEDÊNCIA			DATA DA INTERN.		Categ. Intern		Procedência	
☐ PARTICULAR			MUNICÍPIO								
☐ SUDS (especificar)											
☐ OUTROS (especificar)			ESTADO			/...../.....					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DA CAUSA DA INTERNAÇÃO:							Diagnóstico Definitivo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS							Outros Diagnósticos				
							Outros Diagnósticos				
OPERAÇÃO PRINCIPAL:						DATA:/...../.....		Data da Cirurgia			
OUTRAS OPERAÇÕES						Operação Principal					
REOPERAÇÃO						Outras Operações					
REOPERAÇÃO						Reoperação					
CAUSA DO ACIDENTE, ENVENENAMENTO OU VIOLÊNCIA						Acidente, envenenamento ou violência					
COMPLICAÇÕES HOSPITALARES						Compl. Hospitalares					
Infecções											
Traumatismos:											
Outras:											
CREMESP DO MÉDICO RESPONSÁVEL						CREMESP					
DATA DA SAÍDA DO PACIENTE			CONDIÇÕES DA SAÍDA			Cond. de Saída					
...../...../.....			ALTA ☐ TRANSF. ☐ ÓBITO ☐ ☐ Ordem Médica ☐ Fuga ☐ C/Autópsia ☐ A Pedido ☐ S/Autópsia								
Nome Legível do Médico											
Sede: HOSPITAL DAS CLÍNICAS - Campus Ribeirão Preto - DEPTO DE MEDICINA SOCIAL - FMRP-USP Fone: (016) 633-1386											

ANEXO III - FRENTE

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO <small>(ART. 14 DA LEI N.º 6367/76)</small>																									
CARIMBO PADRONIZADO DO CGC																									
PARA USO DO INSS RECEBIDA EM _____ CÓDIGO DA AGÊNCIA _____																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ACIDENTE</td> <td colspan="2">N.º</td> <td colspan="2">ANO</td> <td colspan="2">CÓDIGO</td> </tr> <tr> <td>01</td> <td>02</td> <td>03</td> <td>04</td> <td>05</td> <td>06</td> <td>07</td> <td>08</td> </tr> </table>										ACIDENTE		N.º		ANO		CÓDIGO		01	02	03	04	05	06	07	08
ACIDENTE		N.º		ANO		CÓDIGO																			
01	02	03	04	05	06	07	08																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">CARACTERIZADO COMO ACIDENTE DE TRABALHO?</td> <td colspan="2">S ☐ N ☐</td> <td colspan="2">PROGRESSO NO REG. GIME DA PREV. SO. CIAL APÓS 60 ANOS?</td> <td colspan="2">S ☐ N ☐</td> </tr> </table>										CARACTERIZADO COMO ACIDENTE DE TRABALHO?		S ☐ N ☐		PROGRESSO NO REG. GIME DA PREV. SO. CIAL APÓS 60 ANOS?		S ☐ N ☐									
CARACTERIZADO COMO ACIDENTE DE TRABALHO?		S ☐ N ☐		PROGRESSO NO REG. GIME DA PREV. SO. CIAL APÓS 60 ANOS?		S ☐ N ☐																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">DE CONTRIBUIÇÃO</td> <td colspan="2">SALÁRIO A CONSIDERAR</td> <td colspan="2">DE BENEFÍCIO</td> <td colspan="2">CR\$</td> </tr> </table>										DE CONTRIBUIÇÃO		SALÁRIO A CONSIDERAR		DE BENEFÍCIO		CR\$									
DE CONTRIBUIÇÃO		SALÁRIO A CONSIDERAR		DE BENEFÍCIO		CR\$																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">DATA</td> <td colspan="2">/</td> <td colspan="2">/</td> <td colspan="2">RUBRICA E N.º DO SERVIDOR</td> </tr> </table>										DATA		/		/		RUBRICA E N.º DO SERVIDOR									
DATA		/		/		RUBRICA E N.º DO SERVIDOR																			
NOTA IMPORTANTE: 1 - A Inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita no prazo máximo de 24 horas, sob pena de multa de 1 a 10 vezes o maior valor de latência.																									

RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO _____ MUNICÍPIO (CIDADE) _____ ESTADO _____ MATRÍCULA _____ CÓDIGO DA ATIVIDADE _____									
ACIDENTADO NOME _____ ENDEREÇO (RUA, N.º, CIDADE) _____ DATA DO NASCIMENTO _____ IDADE _____ SEXO _____ EST. CIVIL _____ N.º/SÉRIE DA CTPS _____ PROFISSÃO _____ SAL. CONTRIBUIÇÃO CR\$- _____ POR: ☐ DIA ☐ MES ☐ HORA _____ TRABALHADOR AVULSO? S ☐ N ☐ APOSENTADO? S ☐ N ☐ REINICIO TRAT? S ☐ N ☐									
ACIDENTE DATA DO ACIDENTE _____ HORA _____ APOS _____ N. DE TRABALHO _____ LOCAL DO ACIDENTE _____ HOUVE REGISTRO POLICIAL? S ☐ N ☐ OBJETO CAUSADOR _____ DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S) _____									
TESTEMUNHAS NOME _____ ENDEREÇO _____ HOME _____ ENDEREÇO _____									
Serviço Médico a quem foi encaminhado _____									
LOCAL E DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA _____ <small>VERBO DE - 2014</small>									

ANEXO III - VERSO

LAUDO DE EXAME MEDICO			
1 - Apresentação do acidentado		DATA / /	
serviço médico		HORA	
2 - Descrição da(s) lesão(ões)		3 - Diagnóstico provável	
4 - Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso?		5 - Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teria provocado?	
☐ SIM ☐ NÃO		☐ SIM ☐ NÃO	
6 - Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado:		7 - Duração provável do tratamento:	
☐ HOSPITALAR ☐ AMBULATORIAL		☐ dias	
8 - O acidentado foi hospitalizado em:			
DATA / /		LOCAL	
9 - Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?		11 - Observações:	
☐ SIM ☐ NÃO			
10 - Condições patológicas preexistentes ao acidente:			
LOCALIDADE		DATA / /	
MÉDICO - DE - ATENDIMENTO (ASSINATURA E CARIMBO)			

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO 1:

- 1) O presente serviço recebe ou emite CATs (Comunicação do Acidente do Trabalho) e, por quê? Existe algum dispositivo legal para tal fato?
- 2) Qual a procedência destes documentos? Quem é responsável por esta notificação e com qual finalidade ?
- 3) Quais são os desdobramentos deste fato, ou seja, quais ações são obrigatoriamente desencadeadas à partir desta emissão e/ou recebimento? Como estas ações são registradas, existe alguma documentação do fato?
- 4) Qual é a utilidade da CAT para este serviço e qual o seu destino. Se arquivadas, qual o processo utilizado?

ANEXO V

MINISTÉRIO DO TRABALHO - RJ/SP	
Subsistema de Registro de Empresas	
Emprego - n.º de registro	0004520 / 99
15 JUL 1999

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586
14049-900 - RIBEIRÃO PRETO - Est. São Paulo

Ribeirão Preto, 15 de junho de 1999

Prezado Senhor,

Dando prosseguimento aos contatos pessoais já mantidos pela Dra. Solange Estevão Cortez, venho na presente oportunidade solicitar dessa instituição informações complementares à respeito do destino das CATs (Comunicação dos Acidentes do Trabalho) emitidas e/ou recebidas por este serviço. Estas informações fazem parte de um projeto de pesquisa de Mestrado na área de Saúde do Trabalhador junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, desenvolvida pela Dra. Solange, médica do Trabalho, sob minha orientação.

Segue em anexo documento contendo as questões principais relativas ao objeto da pesquisa. Tais esclarecimentos deverão ser fornecidos diretamente à pesquisadora, mediante entrevista previamente marcada.

Sendo o que tinha a tratar e esperando a indispensável colaboração de V.Sa., despeço-me.

Atenciosamente

Prof. Dr. Antonio Ribeiro Franco
Orientador

Ilmo. Sr.
Dr. Paulo Cristino da Silva
DD. Delegado Regional do Trabalho
da DRT de Ribeirão Preto

ANEXO VI

QUESTIONÁRIO 2:

- 1) Com que tipo de informação este serviço trabalha e, por quê? Existe algum dispositivo legal para tal fato?
- 2) Qual a procedência desta informação e, quais são os instrumentos utilizados ? Quem é responsável por esta notificação, visando a que finalidade ?
- 3) Quais são os desdobramentos deste fato, ou seja, quais ações são obrigatoriamente desencadeadas, à partir do recebimento desta notificação? Como estas ações são registradas, existe alguma documentação do fato?
- 4) Qual é a utilidade da ficha de notificação para este serviço e qual o seu destino. Se arquivadas, qual o processo utilizado?

ANEXO VII - FRENTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
TUBERCULOSE CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"

Nº DA FICHA: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____ DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____

DIR: _____ MUNICÍPIO: _____

UNIDADE: _____

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: ____/____/____

CÓDIGO MUNICÍPIO: ____/____/____

CÓDIGO UNIDADE: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____ (ANOS, MESES, DIAS) SEXO: ☐ 1. masculino ☐ 2. feminino

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ DIST. ADM.: _____

MUNICÍPIO: _____ DIR: ____/____/____ UF: ____/____/____ Cód. RES.: ____/____/____

2. IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

3. TRATAMENTO ANTERIOR (O ÚLTIMO ANTES DO ATUAL)

☐ NÃO 1 - NÃO TRATOU / NÃO SABE INFORMAR

☐ SIM 2 - ALTA POR CURA HÁ ____ ANOS ____ MESES

3 - ABANDONO HÁ ____ ANOS ____ MESES

DROGAS UTILIZADAS: _____

CÓDIGO DROGAS

1- Rifampina	5- Etambutol
2- Isoniazida	6- Não sabe informar
3- Pirazinamida	
4- Estreptomicina	

4. FORMA CLÍNICA

☐ 01 - PULMONAR	☐ 05 - GANGLIONAR
☐ 03 - MENINGITE	☐ 06 - ÓSSEA
☐ 04 - PLEURAL	☐ 07 - VIAS URINÁRIAS

OUTRAS: _____

5. DESCOBERTA (CASO PULMONAR)

☐ 1 - APRESENTAÇÃO ESPONTÂNEA COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

2 - APRESENTAÇÃO POR OUTRO MOTIVOS

3 - ENCAMINHAMENTO COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE, E SERVIÇO DE SAÚDE QUE O ENCAMINHOU: _____

4 - CONTROLE DE COMUNICANTE

6. TEMPO DECORRIDO (CASO PULMONAR)

A) DO INÍCIO DOS SINTOMAS ____ MESES ____ SEMANAS

B) DA 1ª CONSULTA AO TRATAMENTO ____ MESES ____ SEMANAS

7. BACIOSCOPIA E CULTURA

☐ BACTERIOSCOPIA DE ESCARRO: SE POSITIVA, QUANDO ____/____/____

☐ CULTURA DE ESCARRO

☐ CULTURA DE URINA

☐ CULTURA DE OUTRO MATERIAL: _____

8. RADIOGRAFIA

☐ TÓRAX

☐ OUTRO LOCAL: _____

CÓDIGO DAS CULTURAS E BACTERIOSCOPIA

1- POSITIVA	5- NÃO-REALIZADA
2- NEGATIVA	
3- EM ANDAMENTO	

CÓDIGO DO RX

1- NORMAL	5- SUSPEITA TB C/CAVERNA
2- SUSPEITA TB	6- OUTRAS AFEÇÕES
3- SUSPEITA TB C/CAVERNA	7- NÃO-REALIZADO
4- OUTRAS AFEÇÕES	

9. OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES

TESTE TUBERCULÍNICO ____ milímetros (código para não-realizado: 88)

HISTOPATOLOGIA DO MATERIAL: _____

DESCRIÇÃO: _____

10. DOENÇAS ASSOCIADAS

CÓDIGO ____/____/____

1- AIDS

2- DIABETES

3- ALCOOLISMO

4- DOENÇA MENTAL

5- OUTRA: _____

6- NENHUMA

11. ANTI - HIV

☐ 1- POSITIVO

2- NEGATIVO

3- EM ANDAMENTO

4- NÃO-REALIZADO

12. HOSPITALIZAÇÃO IMEDIATA

☐ 1- SIM - INDICAÇÃO MÉDICA

2- SIM - INDICAÇÃO SOCIAL

3- NÃO

13. TRATAMENTO ATUAL

INÍCIO: ____/____/____

DROGAS: _____

COMENTÁRIOS ADICIONAIS _____

PARA CASOS HOSPITALIZADOS PREENCHA O VERSO

CARIMBO COM CRM, E ASSINATURA DO MÉDICO

ANEXO DE CRIAÇÃO E EDIÇÃO ELETRÔNICA DO ANEXO - CIVE

17/04/07 IMPRESSÃO FISCAL

ANEXO VII - VERSO

14. INTERNAÇÃO

DATA DE INTERNAÇÃO	0 - NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO	7 - DIABETES
MOTIVO PRINCIPAL	1 - INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA	8 - INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA
OUTROS MOTIVO(S)	2 - HEMOPTISE	9 - CAQUEXIA
	3 - MENINGITE	10 - ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA
	4 - MILIAR	11 - CAUSAS SOCIAIS
	5 - ABCESSO	12 - OUTRO
	6 - AIDS	13 - SEM INFORMAÇÃO

15. SAÍDA DO HOSPITAL

DATA DA SAÍDA	1 - CURA
TIPO DA SAÍDA	2 - A PEDIDO
	3 - DISCIPLINAR
	4 - MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO
	5 - ALTA PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL. QUAL?
	6 - TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL. QUAL?
	7 - ÓBITO POR TUBERCULOSE
	8 - ÓBITO POR OUTRA CAUSA. QUAL?
	10 - EVADIU-SE

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

Preencher esta ficha para todo e qualquer doente que iniciar ou continuar o tratamento de tuberculose na unidade, seja ele caso novo, reinício de tratamento após abandono ou recebido por transferência, independentemente de já ter sido notificado anteriormente (a duplicidade de notificação será detectada por computador).

Os campos assinalados com asterisco serão preenchidos pelo C.V.E.

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: preencher de forma legível o nome completo, sem abreviações.

ENDEREÇO: anotar o endereço completo e a DIR de residência. No caso de detentos, anotar "Sistema Penitenciário".

2 - IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

OCUPAÇÃO: evitar termos gerais, como ajudante (de quê?), aposentado (em quê?), etc.

3 - TRATAMENTO ANTERIOR

NÃO: significa que o paciente nunca tratou anteriormente, ou não sabe informar se foi ou não tratado. Utilizar o código 1 (um), mesmo que já esteja em tratamento há algum tempo, independentemente de já ter sido notificado por outro serviço.

SIM: neste caso, assinalar o tipo de alta do último tratamento: cura (código 2) ou abandono (código 3), e especificar as drogas utilizadas, bem como a data de ocorrência.

4 - FORMA CLÍNICA

Registrar a forma ou formas clínicas diagnosticadas, com os códigos relacionados. No caso de outra forma não-codificada, especificar. O código 2 é reservado para o C.V.E.

5 - DESCOBERTA (caso pulmonar)

Este campo somente deve ser preenchido para o caso de forma clínica pulmonar. Deixar em branco para os casos de extra-pulmonar.

CÓDIGO 1 - Apresentação espontânea com sintomas respiratórios: situação em que o paciente se apresenta na unidade de saúde (ambulatório ou hospital) por iniciativa própria, com sintomas respiratórios, sem encaminhamento por outra unidade.

CÓDIGO 2 - Apresentação por outros motivos: o paciente procurou a unidade de saúde por outros motivos, que não os sintomas respiratórios (por exemplos: diabetes, doença mental, etc.), sendo, então, diagnosticada a tuberculose.

CÓDIGO 3 - Neste caso registrar o nome do serviço de saúde que encaminhou o paciente.

CÓDIGO 4 - Controle de comunicante: quando o caso é descoberto pelo médico, através da rotina de controle de comunicantes dos doentes de tuberculose.

6 - TEMPO DECORRIDO (caso pulmonar)

A) Registrar o tempo decorrido desde o início dos sintomas respiratórios até o início do tratamento.

B) Registrar o tempo decorrido desde a 1ª consulta, devido aos sintomas (em qualquer serviço médico), até o início do tratamento.

7 - BACILOSCOPIA E CULTURA

Anotar os resultados destes exames por ocasião do diagnóstico. No caso de utilização do código 3 (exame em andamento) preencher a lâpis e informar posteriormente o resultado à DIR para correção. O resultado da baciloscopia deve ser informado no prazo máximo de 30 dias.

Quando for feita bacterioscopia de outro material que não escarro, anotar no campo "Comentários Adicionais".

8 - RADIOGRAFIA

CÓDIGO 2 - Refere-se à imagem radiológica compatível com qualquer forma de tuberculose (condensação pulmonar típica ou não, aumento de gânglios mediastinais, derrame pleural, R-X de outro órgão com alterações compatíveis, etc.).

CÓDIGO 3 - Refere-se a R-X suspeito de TB, com presença de cavidade.

CÓDIGO 4 - É reservado para afecções não-tuberculosas (ex: cardiopatias).

10 - Não havendo doença associada, registrar o código 6.

13 - TRATAMENTO ATUAL

Anotar as drogas conforme os códigos específicos no item 3 (tratamento anterior).

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à Saúde. In: **Políticas de Saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90, Rio de Janeiro, ENSP, 1996. p. 69-98.
- ALMEIDA, I. M.; BINDER, M. C. P.; TOLOSA, D. E. R. Acidentes do trabalho no município de Botucatu - SP, 1990. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 21, n. 80, p.29-43, out./nov./dez. 1993.
- ALVES, M. H. M. Estado e oposição no Brasil (1964 – 1984). 5. ed., Rio de Janeiro, Vozes, 1984. 337 p.
- ALVES, S.; LUCHESI, G. Acidentes do trabalho e doenças profissionais no Brasil : a precariedade das informações. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 3, p. 7-19, ago. 1992.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**. Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez, 1995. 155 p.
- AROUCA, S. Quanto vale a Saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate**, n. 49-50, p. 33, dez/95- mar/96.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA. A epidemiologia nos serviços de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 3, p. 7-14, jul./set. 1997.
- BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996.

BIONDI, T. M. S. **A propósito da vigilância em Saúde**. Ribeirão Preto, 1994. 142p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BRANCO, M. A . F. Sistemas de informações em Saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 267-270, abr./jun. 1996.

BRASIL. CIPLAN. Resolução n.º 23 de 29.12.89 da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN). Brasília. 1989.

BRASIL. Constituição, 1988. 9. Ed. São Paulo, Atlas. 1997. **Constituição da República Federativa do Brasil**. p. 120-122, Título VIII. Capítulo II. Seção II. Da Saúde.

BRASIL.- Constituição, 1988. 9. Ed. São Paulo, Atlas, 1997. **Constituição da República Federativa do Brasil**. p. 23, Título II. Capítulo II. Seção II. Dos Direitos Sociais.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguridade Social. Ordem de Serviço n.º 329 de 26.10.93. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1993.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto n.º 99350 de 27.06.90. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1990.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei Orgânica da Previdência Social. Lei n.º 8.212 e Lei n.º 8.213, de 24.07.91. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1991.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto n.º 357 de 07/12/91. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1991.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto n.º 611 de 21/07/92. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1992.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto n.º 2.172 de 05/03/97. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1991.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Seguro de Acidentes do Trabalho no Brasil (Proposta de Alternativa). Minuta – Versão Preliminar. Brasília, outubro. 1997.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n.º 5.051 de 26.02.99. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1999.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto n.º 3.048 de 06.05.99. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Classificação brasileira de ocupações para o subsistema de informações sobre mortalidade. Brasília. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde – Lei Orgânica da Saúde. Lei n.º 8.080/90 e Lei 8.142/90. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Saúde. Portaria n.º 3 de 04.01.1996. **Informe Epidemiológico SUS**, Fundação Nacional de Saúde, p. 85-92, 1995/96.

BRASIL. Ministério do Trabalho. In: XIII CONGRESSO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO, CONPAT, **Anais**. São Paulo, DNSHT/FUNDACENTRO, 1974. p.43-46.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Lei n.º 6367/76 de 19/07/76. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1976.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Manual sobre condições de trabalho na construção civil. Segurança e saúde do trabalhador. **Série Engenharia Civil**, São Paulo, n. 5, 1990. 58 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho, Segurança e Medicina do Trabalho. Lei n.º 6.514 de 22.12.77, **Normas Regulamentadoras (NR) - Portaria n.º 3.214 de 08.06.78, Normas Regulamentadoras Rurais (NRR) – Portaria 3.067 de 12.04.88**. 36. ed. São Paulo, Atlas, 1997. 539 p.

CAMPINAS. PREFEITURA MUNICIPAL. EQUIPE TÉCNICA DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR.- O programa de saúde do trabalhador do município de Campinas. **Saúde em Debate**, n.34, p. 17-24, mar. 1992.

CARVALHO,G. I.; SANTOS,L. Sistema Único de Saúde – **Comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis 8.080/90 e 8.142/90), São Paulo , Hucitec, 1992. 371 p.

CARVALHO,G. I. O poder público na área de Saúde. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 11-14, julho. 1992.

CASTRO, M. H. G. Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de saúde. **Saúde em Debate**, n. 35, p.15- 21, julho. 1992.

CHERNICHOVSKY, D. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. **The Milbank Quaterly**, v. 73, n. 3, p. 339-372, 1995.

COHN, A. et al. **Acidentes do trabalho**: uma forma de violência. São Paulo, Brasiliense, 1985. 158 p.

COHN, A .; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil** – Políticas e organização de serviços. São Paulo, Cortez, 1996. 117 p.

COHN, G.(org.) **Sociologia**: para ler os clássicos. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1977. p. 16-84.

CONCEIÇÃO, P. S. A .; LIMA, M. A .G.- Estudo dos acidentes de trabalho na Empresa de Saneamento do Estado da Bahia de 1987 a 1992 – uma proposta de participação sindical na vigilância de saúde dos trabalhadores. **Rev. Bras. de Saúde Ocup.** , v. 23, n. 87/88, p. 41-48, nov. 97.

CONTANDRIOPOULOS, A . P. Reformar o Sistema de Saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. **Saúde em Debate**, n. 49-50, p. 53-64, dez/mar. 1996.

COSTA, N. R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Saúde em Debate**, n. 45, p. 23-29, dez. 1994.

CUBATÃO. PREFEITURA MUNICIPAL – SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL – **Manual de vigilância epidemiológica para doenças ocupacionais**. Cubatão, 44p. 1985.

DALLARI, S. G. Os estados brasileiros e o direito à Saúde. **Saúde em Debate**, n. 72, 1995. 133 p.

DIAS, E. C. Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 115, n. 3, p.202-214, 1993.

_____. - O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: Mendes, R.; **Patologia do trabalho**, São Paulo, Atheneu, 1995. p.59-85.

DURKHEIM, E.- **As regras do método sociológico**. 10. ed. São Paulo, Editora Nacional, 1982. 128 p.

FALEIROS, V. P.- **A política social do estado capitalista**: as funções da Previdência e Assistência Sociais. São Paulo, Cortez, 1983. p. 1-168.

_____. - **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo, Cortez, 1992. 312 p.

FARIA, M. A. M. et al. Alguns aspectos sociais relacionados à ocorrência de acidentes do trabalho em município industrial: o caso de Cubatão. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 11, n.º43, p.25-35, jul./ago./set. 1983.

FERREIRA, A . Cai o registro de acidentes do trabalho no país. **O Estado de São Paulo**, Caderno de Economia – B4, 11.05.96, 1996.

FERREIRA, R. R.; MENDES, R. Alguns aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho fatais ocorridos em Campinas, S.P. (Brasil), 1972-1978. **Rev. Saúde Pública**, v. 15, p.251-62, 1981.

FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, n. 43, p. 44-52, jun. 1994.

FORATTINI, O . P. Ecologia, epidemiologia e sociedade, São Paulo, EDUSP / Artes Médicas, 1992. p. 399-421.

FRANCO, A . R. **Estudo preliminar das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de um Hospital Geral.** Ribeirão Preto, 1981. 217 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FURQUIM DE ALMEIDA, M. Algumas considerações sobre os sistemas de informação em Saúde da França e do Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 4, p.7-12, out./ dez.1996.

_____. Descentralização de Sistemas de Saúde e o uso das informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 3, p. 27-33, jul. /set. 1998.

FURTADO, C. **O mito do desenvolvimento econômico.** São Paulo, Círculo do Livro, 1974. 122 p.

GABARRA, V. Crise do estado e política de saúde- Seminário- Escola nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1995. **Saúde em Debate**, n.48, p.23-25, set. 1995.

HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiology in Medicine.** Boston/ Toronto; Little, Brown and Company, 1987. p. 17-21.

LACAZ, F. A . C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997.

LAURELL, A .C.; NORIEGA, M.N. **Processo de produção e saúde – trabalho e desgaste operário**, São Paulo, Hucitec, 1989. 332 p.

LUCCA, S. R. & FÁVERO, M. Os acidentes do trabalho no Brasil – algumas implicações de ordem econômica, social e legal. **Rev. Bras. de Saúde Ocup.**, v.22, n. 81, p. 7-14, jan./fev./mar. 1994.

MACHADO, J. M. H.; GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, p. 74-87, 1994.

MACHADO, J. M. H.; GOMEZ, C. M. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: Minayo, M. C. S. **Os muitos Brasis** – Saúde e População na Década de 80. Rio de Janeiro, HUCITEC, 1995. p. 117-142.

MARCELLINO, I. V. **O Sistema de Informações do Trabalho no Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, no ano de 1998: uma abordagem qualitativa**. Ribeirão Preto, 1999. 107 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MARX, K. Prefácio para a crítica da economia política. In: Os Pensadores, São Paulo, Abril Cultural, 1974. p.133-138, v. 35.

_____. **O Capital**. 6. Ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980. 50 p., v.1.

MÉDICI, A. C.; SOARES, L.T.; MARQUES, R. M. Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento. **Saúde em Debate**, n. 44, p. 55-94, set. 1994.

MELO, E. M. **Além dos limites do estado social: a teoria da ação comunicativa de Habermans**. Belo Horizonte, 1994a. 133 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

MELO, M. A. B. C.; COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.º11, p. 49-108, jun./dez. 1994b.

MENDES, E. V. Cinco razões para o fim do INAMPS. **Saúde em Debate**, n. 39, p. 26-34, jun. 1993.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. II – Mortalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, n.5, p. 441-57, 1988.

MENDES, R., DIAS, E.C.- Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p.341-9, 1991.

MENDES, R. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: Mendes, R.; **Patologia do Trabalho**, São Paulo, Atheneu, 1995. p.3-31.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. O impacto da violência social na saúde do Brasil: década de 80. In: Minayo, M. C. S. **Os muitos Brasis** – Saúde e População na Década de 80. Rio de Janeiro , HUCITEC, 1995. P. 87-116.

MISHIMA, S. M. et al. O Sistema de Informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.4, p.83-89, abril 1996. Número Especial.

MOTTA, E. L. A . Crise do estado e política de saúde – Seminário – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.1995. **Saúde em Debate**, n. 48 , p. 26-27, set. 1995.

NETO, E. R. Para onde vai a saúde no Brasil? – Seminário – Câmara dos deputados/ Brasília/ 1995. **Saúde em Debate**, n. 48 , p. 9-12, set. 1995.

NOGUEIRA, D. P. Epidemiologia das doenças profissionais. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 10, n. 39, p.22-25. 1982.

OLIVEIRA, L. S. B. **A intervenção do estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980**. Rio de Janeiro, 1994. 102 p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Escola Nacional de Saúde Pública.

OLIVEIRA, P. A . B.; MENDES, J. M. Acidentes do trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 73-83, 1997.

OPIT, L. J. Cómo se debe generar y utilizar la información sobre asistencia sanitaria? **Foro Mundial de la Salud**, v. 8, p. 447-456, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Classificação internacional de doenças (CID)**. 9. revisão – 1975. São Paulo, 1985. v. 1

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Anuário de estadísticas del trabajo**. 50 ed. Genebra, 1991.

PADILHA, H. P.; COSTA, C. H. L. O plano diretor de informações do Ministério da Saúde: uma estratégia para a sua elaboração. **Informe Epidemiológico SUS**. n. 2, p. 61-64, abr./jun. 1996.

PALMA, J. A. CLT - **Consolidação das leis do trabalho anotada**. 2. ed., São Paulo, LTr, 1995. Título VII, Cap. I, p.199-202.

_____ - **Consolidação das leis do trabalho anotada**. 2. ed., São Paulo, LTr, 1995. Título II, Cap. V, Seção II, p. 98-99.

PINHEIRO, S. A . et al. Estudo dos acidentes e doenças do trabalho notificados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de outubro de 1990 a abril de 1992. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 28, n.2, p. 100-107, abr./jun. 1995.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho** – a crise da Previdência Social. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1981. 322 p.

_____ Avaliação da situação atual do sistema de informação sobre doenças e acidentes do trabalho no âmbito da Previdência Social brasileira e propostas para sua reformulação. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.15, n. 60, p. 43-67, out./nov./dez. 1987.

RÊGO, M. A .V. Acidentes e doenças do trabalho no estado da Bahia. 1970 a 1992. **Informe Epidemiológico do SUS** , p.25-39, nov./dez. 1993.

RIBEIRÃO PRETO. DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - S.M.S. E NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – HCFMRP – USP. **Informativo Epidemiológico de Ribeirão Preto** – IERP, jan. – dez. 1997.

RIBEIRO, D. **O processo civilizatório** – etapas do desenvolvimento sócio - cultural. Petrópolis. Vozes, 1978. 257 p.

RIFKIN, J. **O fim dos empregos** - o declínio inevitável dos níveis de empregos e a redução da força global de trabalho. São Paulo , Makron Books do Brasil, 1995. 348 p.

RIGOTTO, R. M. Saúde do trabalhador e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 25 n. 93/94, p. 9-20, dez. 1998.

ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J.T.P. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo, Vozes, 1993. p.1- 250.

RODRIGUES, J. A .(org.) **Durkheim**: Sociologia. São Paulo, Ática, 1978. p.1-70.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**, 4. ed., São Paulo, Medsi, 1994. p.157-183.

SALTMAN, R. B. Patient choice and patient empowerment in northern european health systems: a conceptual framework. **Int. Journal of Health Services**, v. 24, n. 2, p. 201-229, 1994.

SANTANA, V. S. et al. Migração, trabalho na indústria petroquímica e consumo de bebidas alcoólicas. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 149-160, ago. 1998.

SANTOS, F. C.; ROBAZZI, M. L. C. Acidentes do trabalho em metalúrgicos da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.25, n. 93/94, p. 43-67, dez. 1998.

SANTOS, R. V. O processo histórico - social do trabalho e sua repercussão sobre a saúde. **Saúde em Debate**, n. 36 , p. 51-57, out. 1992.

SANTOS, U. P. et al. Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes do trabalho: experiência na zona norte do município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v.24, n. 4, p.286-93, 1990.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução SS - n.º 60 de 17.02.1992. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 1992.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução SS – n.º 587 de 18.11.94. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 1994.

SÃO PAULO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL de ANÁLISE de DADOS. SEADE. (on line) Informações dos municípios paulistas. São Paulo em dados.1998. Disponível <http://www.seade.gov.br>. Capturado em 13/09/98.

SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS METALÚRGICAS, MECÂNICAS E DE MATERIAIS ELÉTRICOS DE OSASCO E REGIÃO. **Vítimas dos ambientes do trabalho** – rompendo o silêncio. Osasco, 1999. 176 p.

SCHOUT, D. Municipalização da vigilância epidemiológica – uma proposta em construção. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 3, n.1, p.11-28, 1994.

SILVA, L. M. V. ; Formigli, V. L. A . Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n.1, p. 80-91, Jan./Mar. 1994.

SIMÕES, B JG, Forster, A .C., Yazlle Rocha, J. S. Informações em saúde para o SUS II. Sistemas hospitalar e ambulatorial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 423-429, jul./set. 1993.

WALDMAN, E. A . Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico SUS**. n. 3, p. 7-26, jul. /set.. 1998.

WÜNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes do trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 41-51, jan./mar. 1999.

YAZLLE Rocha, J. S., Simões, B. J.G., Forster, A. C. Informações em saúde para o SUS: um marco de referência para sua democratização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p.186-191, jul./set. 1991.

_____ Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.26, n.4, p. 636-642, out./dez. 1993.

YAZLLE Rocha, J. S., Simões, B. J. G., Guedes, G. L .M.- Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n. 5, p. 479-87, 1997.

Summary

The effect of work in the Man's life and health has from long been object of studies in the human kind history. In Brazil, this point must be better understood, mainly after the recent changes occurred in the Brazilian Constitution, where we can see a greater attention to the Workman's Health. The municipalization of the Health Service urges deep changes to deal with these items. The reliability of information is a basic pre-requisite for the rendering of actions the aim the prevention of diseases and the promotion of health. For this purpose, the object of our research is the study of the dynamics of the Communication of the Work Accident, in Ribeirão Preto, in the year of 1996. We chose as a researching method the transversal descriptive study of the process of notification of the work accident and its effects, comparing this type of compulsory notification with the as well compulsory system used by the Epidemiology Vigilance Service. The data was obtained upon the analysis of documents and the application of semi-structured interview with representatives of all the services involved with Work Accident in this town. We could observed that, in fact, despite legally advocated, the necessary changes were not effectively implemented. The Information System of the Workman Health Care shows incomplete, with a fragmented flux of Work Accidents Communications (WACs) what hinders the development of preventive actions, and the control of damages. No joiner proceedings are held between institutions. Due to the precariousness of information and to the present organization of this service, evident is the unfeasibility of the execution of epidemiologic studies, different from what happens in the system used by the Municipal Epidemiology Service. It's urgent, therefore, to face this problem, in order to transform the system of notification of work accidents into an efficient instrument of health promotion and prevention.