UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

REGINA HELENA VON ATZINGEN

O Direito à Saúde e ao Trabalho: um estudo de caso no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - (CEREST) - Regional de Ribeirão Preto - SP

RIBEIRÃO PRETO-SP 2010

REGINA HELENA VON ATZINGEN

O Direito à Saúde e ao Trabalho: um estudo de caso no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - (CEREST) - Regional de Ribeirão Preto - SP

Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura

Ribeirão Preto 2010

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação da Publicação Serviço de Documentação em Enfermagem Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Von Atzingen, Regina Helena

O Direito à Saúde e ao Trabalho: um estudo de caso no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - (CEREST) - Regional de Ribeirão Preto - SP / Regina Helena Von Atzingen; orientadora Carla Aparecida Arena Ventura. - Ribeirão Preto, 2010.

172f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo

1. Direito à saúde. 2. Direito do trabalhador. 3. Acidentes de trabalho. 4. Doenças profissionais. 5. Saúde do trabalhador.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Regina Helena Von Atzinge	Regina	Helena	Von	Atzinge	n
---------------------------	--------	--------	-----	---------	---

O Direito à Saúde e ao Trabalho: um estudo de caso no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - Regional de Ribeirão Preto - SP

Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em:///	
-----------------	--

Banca Examinadora

Prof. Dr.	Instituição:	
Julgamento:	Assinatura:	
Prof. Dr.	Instituição:	
Julgamento:	Assinatura:	
Prof. Dr.	Instituição:	
Julgamento:		

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Marlene** (in memoriam) e **Luiz**, pela dedicação, incentivo e por não medirem esforços para a minha educação pessoal e formação profissional. Obrigada pela minha existência, amo vocês.

Aos meus **avôs**, meus eternos incentivadores para lutar e ter esperança, sempre tendo uma palavra de conforto e carinho.

Ao meu querido marido e companheiro **Dantas**, pelo amor, carinho, paciência, compreensão e incentivo durante o meu aprimoramento pessoal e profissional, compartilhando todos os momentos de alegrias e dificuldades, principalmente por ter colaborado de maneira intensa na realização dessa pesquisa.

Ao meu adorado filho **Felipe**, tão amado, agradeço de todo o meu coração de você estar ao meu lado, compartilhando todos os momentos da minha vida e compreendendo as minhas ausências durante essa conquista.

À Prof^a Dr^a Carla Aparecida Arena Ventura, pelas valiosas orientações, incentivo, competência e paciência que me dedicou durante a realização da minha dissertação de mestrado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço por toda proteção e ajuda que me dispensou em todos os momentos acompanhando-me com amor.

À Prof^a Dr^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, pelas valiosas orientações no exame de qualificação, sempre de forma a incentivar a busca de novas conquistas.

À Prof^a Dr^a Maria Cristina Silva Costa pelas importantes sugestões no exame de qualificação.

À minha amiga Teresinha Riolo Gonçalves, por todo apoio e incentivo durante a realização desta pesquisa, contribuindo com os seus conhecimentos e principalmente com a sua amizade verdadeira.

Ao Dr. Antonio Nassar Neto e à Sandra Regina Bueno Polidório, do Ambulatório de Saúde do Trabalhador da UBDS do distrito norte onde parte do presente estudo foi realizado, agradeço de coração por toda a colaboração, posto que, sem a devida ajuda, este trabalho não teria se concretizado.

Aos amigos e colegas do CEREST, em especial, à Gláucia de Brito Ferreira Pompílio e a Juliana Mara Guidoni, por toda a ajuda que me dispensaram, direta ou indiretamente, jamais esquecerei os momentos de aprendizado com vocês.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde e ao CEREST – Regional de Ribeirão Preto, pela oportunidade e apoio de estar concluindo a minha dissertação de mestrado na EERP – USP.

À Renata, Velmara e Liliana, pela amizade e colaboração durante a realização desta pesquisa.

Aos familiares, docentes, amigos e todos aqueles que colaboraram e incentivaram esta minha realização profissional.

A SAÚDE NÃO EXISTE PARA O CONJUNTO DA POPULAÇÃO.

A SAÚDE É ANTES UM IDEAL – DESEJÁVEL NA MEDIDA EM QUE
CONSTITUI UM PONTO DE REFERÊNCIA OU DE PARTIDA. O MESMO SE DÁ
COM O IDEAL DE JUSTIÇA, SEM O QUAL NÃO SE PODE
PENSAR A JUSTIÇA – AQUELE PONTO GEOMÉTRICO FORA DA FIGURA,
NECESSÁRIO PARA ORIENTAR A AÇÃO.

(CHRISTOPHE DEJOURS)

RESUMO

VON ATZINGEN, Regina H. O Direito à Saúde e ao Trabalho: um estudo de caso no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - Regional de Ribeirão Preto-SP. 2010. .172..f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Este estudo de caso objetivou identificar as informações dos trabalhadores encaminhados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) -Regional de Ribeirão Preto-SP sobre os seus direitos à saúde e ao trabalho. O estudo foi realizado em duas fases, a quantitativa e a qualitativa para se realizar a coleta dos dados. A fase quantitativa do estudo, que se realizou no período de 6 de novembro a 4 de dezembro de 2009, objetivou identificar a caracterização dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST) localizado numa UBDS na região norte do município de Ribeirão Preto-SP. Os dados foram coletados através de um questionário aplicado aos trabalhadores que sofreram acidente de trabalho ou adquiriram doença ocupacional no meio ambiente de trabalho e, após a análise dos dados constatou-se que: no total dos 84 sujeitos, a predominância foi do sexo masculino (72,6%). Quanto ao estado civil, não houve grande diferença percentual em relação ao número de solteiros (40,5%) e casados (39,3%). No que diz respeito à escolaridade, ocorreu um percentual próximo em relação ao ensino fundamental incompleto (29,8%) e para o ensino médio completo (32,1%). A idade média dos trabalhadores foi de 33 anos. A sua grande maioria reside no município de Ribeirão Preto- SP (92,9%). A ocupação com maior número de trabalhadores foi a de auxiliar de linha de produção (11,9%) e ressalta-se um número elevado em diversidade de ocupações. Em relação ao número de horas trabalhadas, a jornada de 8 horas é predominante (45,2%), no período diurno (91,7%), com turno de trabalho fixo (86,7%) e a maioria dos trabalhadores não trabalha aos sábados, nem domingos ou feriados (53,6%). No que se refere à anotação na CTPS, a maioria (96,4%) tem o registro. Em relação ao tempo de serviço na empresa, a metade dos trabalhadores possui menos de 1 ano (50,0%). Quanto à faixa salarial, houve um predomínio de 2 a 3 salários mínimos (69,0%). A maioria dos trabalhadores não possuem outro trabalho além da empresa onde laboram (94,0%). Quando indagados sobre a ocorrência de riscos no trabalho para a vida e saúde, a maioria identifica afirmativamente (76,2%), sendo que 64,3% (54 dos respondentes) referem que receberam treinamento, curso ou orientações para realizar seu trabalho. Um percentual de 73,8% (62 sujeitos) afirmam que receberam EPIs para realizar o seu trabalho habitual. Quanto aos motivos do encaminhamento para o AST, a maioria respondeu que foi devido a acidente de trabalho típico (69,0%) e que não havia ocorrido outro acidente anterior na mesma empresa (88,0%). Foi emitida a CAT para 45 trabalhadores (53,6%). Em relação ao período de afastamento, a maioria referiu um afastamento menor ou igual a 15 dias (75.0%). Ainda, quanto à situação do trabalhador em relação ao INSS, a maioria mencionou estar afastado pela empresa (74,1%). A fase qualitativa do estudo foi realizada com os trabalhadores que foram referenciados para o CEREST – Regional de Ribeirão Preto pelo AST da UBDS escolhida para esse estudo. No período destinado à coleta de dados no AST, 12 trabalhadores foram encaminhados pelo médico do trabalho para atendimento de maior complexidade. Todos concordaram em participar das entrevistas. Após a realização da análise de conteúdo dos discursos dos trabalhadores e, realizada a categorização, foram evidenciados os seguintes temas: afastamento em função de doença ocupacional que acomete esses trabalhadores no CEREST; afastamento em função de doença ocupacional devido à LER/DORT; afastamento em função de doença ocupacional devido a transtorno mental relacionado ao trabalho; afastamento em função de acidente de trabalho típico; a dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de LER/DORT; a dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de afecções da coluna; limitações físicas no trabalho decorrentes do acidente de trabalho típico; problema psicológico relacionado ao trabalho como principal queixa; trabalhadores não sabem nada dos seus direitos; trabalhadores conhecem pouco seus direitos; acesso à informação e o exercício dos direitos; decepção em relação ao empregador e meios de acesso para obtenção das informações. Concluiu-se que, após a análise dos discursos dos entrevistados, 6 dos respondentes desconhecem os seus direitos e os outros conhecem muito pouco. Os que relatam que conhecem um pouco à respeito do assunto, apenas descrevem como seu direito o de receber um benefício pecuniário através do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) devido ao longo período de afastamento. A falta de informação relatada pelos trabalhadores evidencia a sua vulnerabilidade enquanto cidadão e trabalhador. Essa situação os deixa suscetíveis

a serem explorados e subjugados em seu trabalho. Evidencia-se no estudo que em decorrência dos motivos alegados pelos entrevistados sob a importância do conhecimento dos seus direitos, reitera-se que a capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de prevenção, promoção e educação em saúde do trabalhador e fornecer às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores, tanto na seara da saúde, direitos trabalhistas, previdenciários ou qualquer outro direito se faz mister. Ressalta-se, que estas orientações sejam fornecidas por profissionais competentes e comprometidos com estas questões tão complexas que envolvem a saúde do trabalhador, oferecendo um atendimento humanizado e resolutivo, escutando o trabalhador de maneira desprovida de preconceitos.

Palavras-chave: Direito à saúde. Direito do trabalhador. Acidentes de trabalho. Doenças profissionais. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

VON Atzingen, Regina H. **The Right to Health and Work: a case study in the Reference Center for Occupational Health (CEREST) - Regional Ribeirão Preto.**2010. .172 FMA Dissertation - School of Nursing of Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 20

This case study proposed to identify information of employees referred to the Reference Center on Occupational Health (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST) at the Ribeirão Preto Regional Branch, on their rights to health and work. The study was conducted in two phases - quantitative and qualitative, in order to carry out the data collection. The quantitative phase of the study, which was held in the period from November 6 to December 4, 2009, aimed at identifying the characteristics of workers in the Outpatient Occupational Health Center located in a District Basic Health Unit located in the northern region of the city of Ribeirao Preto- SP. Data were collected through a questionnaire administered to workers who suffered accidents at work or occupational disease acquired in the work environment and data analysis estimated that from a total of 84 subjects, the prevalence was of male workers (72.6%). With regard to marital status there was no significant percentage difference in the number of single (40.5%) or married workers (39.3%). As to schooling, there was a close percentage in relation to elementary education (29.8%) and secondary education (32.1%). The average age of workers was 33, the vast majority residing in Ribeirão Preto (92.9%). The largest number of workers are production line assistants (11,9%), and there is a great number in diverse occupations. Regarding the number of hours worked, the journey of eight hours is predominant (45.2%) during the daytime (91.7%) with a fixed shift pattern (86.7%) and most workers do not work Saturdays or Sundays or public holidays (53.6%). With regard to the notation in the Social Security Card, the majority (96.4%) are registered workers. Regarding the period of service with a company, half of workers have less than 1 year (50.0%). As for the salary range, 2-3 minimum wages (69.0%) were predominant. Most workers do not have jobs outside the company they work for (94.0%). When asked about the occurrence of work occupational hazards to life and health, the majority gave an affirmative reply (76.2%), while 64.3% (54 respondents) confirmed having received either practical training/ courses or received guidelines on how to carry out their tasks. A percentage of 73.8% (62 subjects) declared having received PPE to do their routine jobs. Regarding the reasons for referral to the Outpatient Occupational Health Center, the majority responded it was due to a typical work accident (69.0%) and reported not knowing of any previous accident in the same company (88.0%). Leave of Absence were issued for 45 workers (53.6%). As for the period of the absence, the majority reported it was equal or inferior to 15 days (75.0%). Also with regard to workers's situation in relation to the Social Security Services, most have mentioned being removed by the company (74.1%). The qualitative phase of the study was conducted with workers who were referred to the Reference Center on Occupational Health - Ribeirão Preto Regional Branch by the Outpatient Occupational Health Center of the Basic Health Unit chosen for this study. During the period assigned for the collection of data in the , 12 workers were referred by the occupational physician for care of greater complexity. All agreed to attend the interviews. After conducting the content analysis of the workers' statements and its categorization, the following topics were outstanding; - removal due to occupational illness affecting workers in the Reference Center on Occupational Health; removal due to occupational disease due to RSI; removal due to occupational disease because of mental disorders related to work; removal due to typical on the job accident; chronic pain as the main health complaint in cases of RSI, chronic pain as chief complaint in cases of health disorders of the spine; physical limitations caused by typical work accidents; psychological problems related to the job as a chief complaint; workers unaware of their rights; workers have insufficient knowledge of their rights and access to information for the exercise of their rights; disappointment in relation to their employer, and the means to obtain information. Following to the analysis of the interviewees' discourse it can be concluded that six of the respondents are unaware of their rights while the others have very little knowledge. Those who claim to have any information on the subject are in reality only able to mention their right to compensation they are entitled to from the National Social Security Institute due to a long period of absence. The lack of information reported by workers reveals their vulnerability as citizens and workers. This situation leaves them susceptible to exploitation and oppression at the workplace. The study also brings to light that, due to the reasons given by the respondents of the importance of knowing their rights, it is strongly recommended that adequate training focusing the application of basic prevention measures is provided, including substantial instruction and guidance on occupational health and labor rights, social security issues and other related topics. It should be emphasized that these guidelines must be provided by a competent professional, committed to these complex issues from which depends the workers' well-being, someone capable of providing humanized, solution-oriented care while listening to the employee in an unprejudiced manner.

Keywords: Right to health. Employee's rights. Work accidents. Occupational diseases. Occupational health

RESUMEN

VON ATZINGEN, Regina H. El Derecho a la Salud e al trabajo: un estudio de caso en el Centro de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) - Regional de Ribeirão Preto - SP. 2010. 172 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Este estudio de caso objetivo identificar las informaciones de los trabajadores enviados al Centro de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto-SP sobre sus derechos a la salud y al trabajo. El estudio fue realizado en dos etapas, la cuantitativa y la cualitativa para que se hiciera la recopilación de datos. La etapa cuantitativa del estudio, que se realizo en el periodo de 6 de noviembre a 4 de diciembre de 2009, objetivo identificar la caracterización de los trabajadores atendidos en el Ambulatorio de Salud del Trabajador (AST) localizado en una Unidad Básica de Salud (UBDS) en la región norte de la ciudad de Ribeirão Preto-SP. Los datos fueron recopilados a través de un cuestionario aplicado a los trabajadores que sufrieron accidente de trabajo o tuvieron enfermedades ocupacionales adquiridas en su medio de trabajo y, y luego del análisis de los datos se constató que: en un total de 84 personas, la predomino el sexo masculino (72,6%). Cuanto al estado civil, no hubo gran diferencia de porcentaje en relación al número de solteros (40,5%) y casados (39,3%). En lo que dice respeto a la escolaridad, ocurrió un porcentaje próximo en relación a la educación básica incompleta (29,8%) y para la educación secundaria completa (32,1%). La edad media de los trabajadores fue de 33 años. La gran mayoría está en la ciudad de Ribeirão Preto- SP (92,9%). La ocupación con mayor número de trabajadores fue la de auxiliar de línea de producción (11,9%) y se destaca un elevado número en diversidad de ocupaciones. En relación al número de horas trabajadas, cuando de 8 horas es predominante (45,2%), en el periodo diurno (91,7%), con turno de trabajo fijo (86,7%) y la mayoría de los trabajadores no trabaja los sábados, ni domingos o feriados (53,6%). En lo que se refiere a la anotación formal en cartera de trabajo (CTPS), la mayoría (96,4%) tiene el registro. En relación al tiempo de trabajo en la empresa, la mitad de los trabajadores está a menos de 1 año (50,0%). Cuanto al rango de salario, hay un predominio de 2 a 3 salarios mínimos (69,0%). La mayoría de los trabajadores no se ocupan en otro trabajo fuera de la empresa donde están (94,0%). Cuando indagados sobre la ocurrencia de riesgos en el trabajo para la vida y la salud, la mayoría identifica afirmativamente (76,2%), siendo 64,3% (54 de los encuestados) dando referencias a entrenamientos recibidos, cursos y orientaciones para realizar sus trabajos. Un porcentaje de 73,8% (62 personas) afirman que recibieron EPIs para realizar su trabajo habitual. Cuanto a los motivos de haber sido encaminados al AST, la mayoría respondió que fue debido a un accidente de trabajo típico (69,0%) y que no había ocurrido otro accidente anterior en la misma empresa (88,0%). Fue emitida la CAT para 45 trabajadores (53,6%). En relación al período de ausencia del trabajo, la mayoría estuvo ausente en un período menor o igual a 15 días (75,0%). Todavía, cuanto a la situación del trabajador en relación al Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), la mayoría menciono estar fuera de la empresa (74,1%). La etapa cualitativa del estudio fue realizada con los trabajadores que fueron referenciados para el CEREST – Regional de Ribeirão Preto por el AST de la UBDS escogida para este estudio. En el periodo destinado a la colecta de los datos AST, 12 trabajadores fueron enviados por el médico del trabajo para atendimiento de mayor complexidad. Todos concordaron en participar de las entrevistas. Después de la realización de la análisis de contenido de los discursos de los trabajadores y, realizada la categorización, fueron evidenciados los siguientes temas: baja en función de enfermedad ocupacional que acomete estos trabajadores en el CEREST; baja en función de enfermedad ocupacional debido a LER/DORT; baja en función de enfermedad ocupacional I debido a trastorno mental relacionado al trabajo; baja en función de enfermedad ocupacional de trabajo típico; el dolor crónico como principal denuncia a la salud en los casos de LER/DORT; el dolor crónico como principal denuncia de salud en los casos de afecciones de la columna; problema psicológico relacionado al trabajo como principal reclamación; trabajadores no saben nada de sus derechos; trabajadores conocen poco sus derechos; acceso a información e al ejercicio de sus derechos; decepción en relación al empresario y medios de acceso para obtener informaciones. Se concluye, así que, después de analizar los discursos de los entrevistados, 6 de los encuestados desconocen sus derechos y los otros conocen muy poco. Los que relatan que conocen un poco a respeto del asunto, apenas describen como su derecho el recibir un beneficio en pecunia a través del Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) debido a un largo periodo de baja de la empresa. La falta de información relatada por los trabajadores evidencia su vulnerabilidad cuanto ciudadanos y trabajadores. Esta situación los deja susceptibles a la exploración y a ser sub juzgados en su trabajo. Se evidencia en este estudio que como resultado de los motivos alegados por los encuestados de la importancia de conocer sus derechos, reiterase que la capacitación volteada a la aplicación de medidas básicas de prevención, promoción y educación en salud del trabajador y dar las orientaciones cuanto a los derechos de los trabajadores, tanto en el sector de la salud, derechos laborales, de seguridad social o cualquier otro derecho se haga necesario. Resaltamos, que estas orientaciones sean fornecidas por profesionales competentes y comprometidos con estas cuestiones tan complejas que envuelven la salud del trabajador, ofreciendo un atendimiento humanizado y resolutivo, escuchando al trabajador de manera exenta de prejuicios.

Palabras-clave: Derecho a la salud. Derecho del trabajador. Accidentes de trabajo. Enfermedades profesionales. Salud del trabajador.

LISTA DE MAPA

Mapa 1	Мара	de	Abrangência	do	CEREST	Regional	-	Ribeirão	
	Preto								48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de trabalhadores do AST segundo sexo, estado civil e grau de escolaridade. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84	63
Tabela 2	Distribuição de trabalhadores do AST, segundo a distribuição da faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	66
Tabela 3	Distribuição de trabalhadores do AST segundo a cidade e bairro de residência. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	67
Tabela 4	Distribuição de trabalhadores do AST segundo as ocupações exercidas no trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	69
Tabela 5	Distribuição de trabalhadores do AST segundo o número de horas trabalhadas por dia, período de trabalho, esquema de turno de trabalho e trabalho nos finais de semana e/ou feriados. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	72
Tabela 6	Distribuição de trabalhadores do AST segundo o vínculo empregatício, anos de trabalho na empresa e faixa salarial. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	75
Tabela 7	Distribuição de trabalhadores do AST segundo a existência de outro emprego, remuneração, número de horas trabalhadas por dia e tipo de atividade desenvolvida nesse outro trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	79
Tabela 8	Distribuição de trabalhadores do AST segundo as informações à respeito dos riscos no trabalho; existência de treinamentos, cursos ou orientações e o uso de equipamento de proteção individual. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	81

Tabela 9	ela 9 Distribuição dos trabalhadores do AST, segundo o motivo o					
	seu encaminhamento para o ambulatório, se ocorreu outro					
	acidente na mesma empresa, se houve emissão da CAT,					
	situação em relação ao afastamento e Previdência Social.					
	Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	84				
Tabela 10	Distribuição de trabalhadores do AST, segundo as informações					
	de conhecerem ou não os seus direitos à saúde e ao trabalho.					
	Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)	113				

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT Acidente de Trabalho

CAT Comunicação de Acidente do Trabalho

CEREST Centro (s) de Referência em Saúde do Trabalhador

CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CFB Constituição Federal Brasileira

CGSAT Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIB Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CIT Comissão Intergestora Tripartite
CLT Consolidação das Leis do Trabalho

CNS Conselho Nacional de Saúde

CNST Conferência Nacional de Saúde do Trabalhado

CODERP-GAT Gestão de Acidentes de Trabalho (Companhia de Desenvolvimento de

Ribeirão Preto-SP)

CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSAT Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador

DATASUS Departamento de Informática do Ministério da Saúde

DIESAT Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos

Ambientes de Trabalho

EPI Equipamento de Proteção Individual

FNS Fundo Nacional de Saúde

GEISAT Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador

GM/MS Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

LDO Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOS Lei Orçamentária Anual
LoS Lei Orgânica da Saúde

MPMT Medidas Preventivas de Medicina do Trabalho

MEC Ministério da Educação e Cultura

MS Ministério da Saúde

MTE Ministério do Trabalho e Emprego

NR Norma Regulamentadora

NT Nota Técnica

OIT Organização Internacional do Trabalho

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Panamericana da SaúdePEA População Economicamente AtivaPLANEJASUS Sistema de Planejamento do SUS

PNSST Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho

PNST Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PPA Plano Pluri-Anual

PST's Programas de Saúde do Trabalhador

RENAST Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAS Secretaria de Atenção à Saúde

SINAN Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação

SUS Sistema Único de Saúde

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

UBDS Unidade Básica Distrital de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO
OBJETIVOS
Geral
Específicos
REFERENCIAL TEÓRICO
Do Direito Internacional à Saúde
Os Direitos Humanos, o Direito à Saúde e o Direito à Saúde do Trabalhador no
Brasil
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) -
Regional de Ribeirão Preto-SP
METODOLOGIA
Natureza e Fases do Estudo
Local de sua realização
Sujeitos do Estudo
Coleta de Dados
Autorização e procedimentos éticos
Análise dos Dados
Disseminação dos Resultados
RESULTADOS E DISCUSSÃO
CONSIDERAÇÕES FINAIS
REFERÊNCIAS
APÊNDICES
ANEVOS

INTRODUÇÃO

Após a Segunda Guerra Mundial, as grandes potências mundiais viram a necessidade de se criar organizações internacionais que buscassem equilibrar as relações de poder entre os Estados, fortalecendo a diplomacia multilateral. Neste contexto, foi estabelecida em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU), consubstanciando o Sistema ONU formado por diversos organismos de caráter técnico.

Um destes organismos é a Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1946 e considerada de grande relevância no campo da saúde e a responsável pela consolidação do direito à saúde. Assim, grandes esforços são realizados pela OMS para aumentar efetivamente a implementação do direito à saúde no âmbito interno dos países através de diversos programas.

O conceito de saúde deve ser entendido como algo presente e refletido na qualidade de vida das pessoas. Portanto, a discussão e a compreensão da saúde passa pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos direitos fundamentais. No Brasil, os dispositivos garantidores dos direitos sociais, como o Direito à Saúde, estão previstos na Constituição Federativa do Brasil de 1988.

Portanto, a saúde como direito universal e dever do Estado é uma conquista do cidadão brasileiro, expressa na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde. O Direito à Saúde é, então, bastante abrangente e está presente em diferentes legislações infraconstitucionais, abarcando também a saúde do trabalhador.

No plano internacional, o surgimento da Organização Internacional do Trabalho (OIT) propiciou a elaboração de diversas convenções regulamentando os direitos sociais dos trabalhadores, antes mesmo da internacionalização dos direitos civis e políticos.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos anos, embora tenha avançado muito em garantir o acesso do cidadão às ações de atenção à saúde, somente a partir de 2003 estabeleceu as diretrizes políticas nacionais para a área de saúde do trabalhador.

Uma das diretrizes elencadas pelo SUS diz respeito à Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores, que tem como estratégia para a sua efetivação a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), definida na Portaria 1679/02, cujo objetivo é integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, além da notificação de agravos à

saúde relacionados ao trabalho em rede de serviços sentinela que constam na Portaria nº 777/04 do Ministério da Saúde.

Essa estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de 178 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador habilitados, sendo 26 estaduais e 152 regionais (dados referentes até março de 2009) que desempenham, na sua área de abrangência, função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores. A Portaria GM/MS 2437 determinou a ampliação da RENAST, de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, MS).

Esses Centros de Referências em Saúde do Trabalhador atendem aos usuários do SUS que sofrem acidentes de trabalho, trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais ou doenças relacionadas ao trabalho.

Segundo Mendes (1989), os conceitos e objetivos da saúde e da saúde ocupacional, de acordo com as definições propostas pelos organismos internacionais, são: "saúde é o completo bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Carta de Constituição da Organização Mundial de Saúde, 1946); e "a saúde ocupacional tem por objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção, entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores, em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma, a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade" (WHO, Committee on Occupational Health apud MENDES, 1989).

Neste contexto e segundo os dados de um estudo conduzido pelo Banco Inter-Americano de Desenvolvimento (BID) para a América Latina, os números mostram que de 20 a 27 milhões de acidentes de trabalho que ocorrem anualmente, 90 mil são fatais. Ou seja, 250 pessoas morrem por dia e de 40 a 50 acidentes acontecem por minuto nos ambientes de trabalho. Os dados publicados em dezembro de 2006 em um artigo do International Journal of Occupational Health mostram que, em decorrência destes números alarmantes, os países da América Latina e Caribe chegam a gastar em média 10% do valor do Produto Interno Bruto (PIB) com os acidentes provenientes do trabalho. No Brasil, em 2002, apontava-se

para uma estimativa de 32 bilhões de reais de recursos perdidos em agravos decorrentes dos acidentes de trabalho.

No Brasil, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde indica que entre 1999 e 2003 foram registrados 1.875.190 acidentes de trabalho, dos quais 15.293 resultaram em morte e 72.020 em incapacidade permanente. O quadro, nos demais países, mesmo nos considerados desenvolvidos, não é menos grave, pois, segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem anualmente, em todo o mundo, cerca de 450 milhões de acidentes e doenças do trabalho (BRASIL, MS).

Situações variadas como um fracasso, um acidente de trabalho, ou o acometimento de alguma doença ocupacional podem determinar quadros psicopatológicos diversos, desde os chamados transtornos de ajustamento ou reações ao estresse até depressões graves e incapacitantes, variando segundo características do contexto da situação e do modo do indivíduo responder a elas.

Segundo estimativa da OMS, citado por Medina (1986), os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sobre a concessão de benefícios previdenciários de auxíliodoença, por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências.

Diante do exposto, este projeto de pesquisa apresenta como objetivo geral identificar os conhecimentos dos trabalhadores que são encaminhados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional de Ribeirão Preto sobre os seus direitos à saúde e ao trabalho.

A relevância deste estudo pode ser demonstrada com base em diversas razões. O número de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais no Brasil é bastante preocupante e, como servidora da área da saúde, com formação em enfermagem e direito, venho prestando serviços na área de Vigilância em Saúde, como coordenadora e membro da equipe em Vigilância Sanitária, realizando vistorias nos ambientes de trabalho de pacientes atendidos ou não pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Regional de Ribeirão Preto e também prestando assessoria jurídica, bem

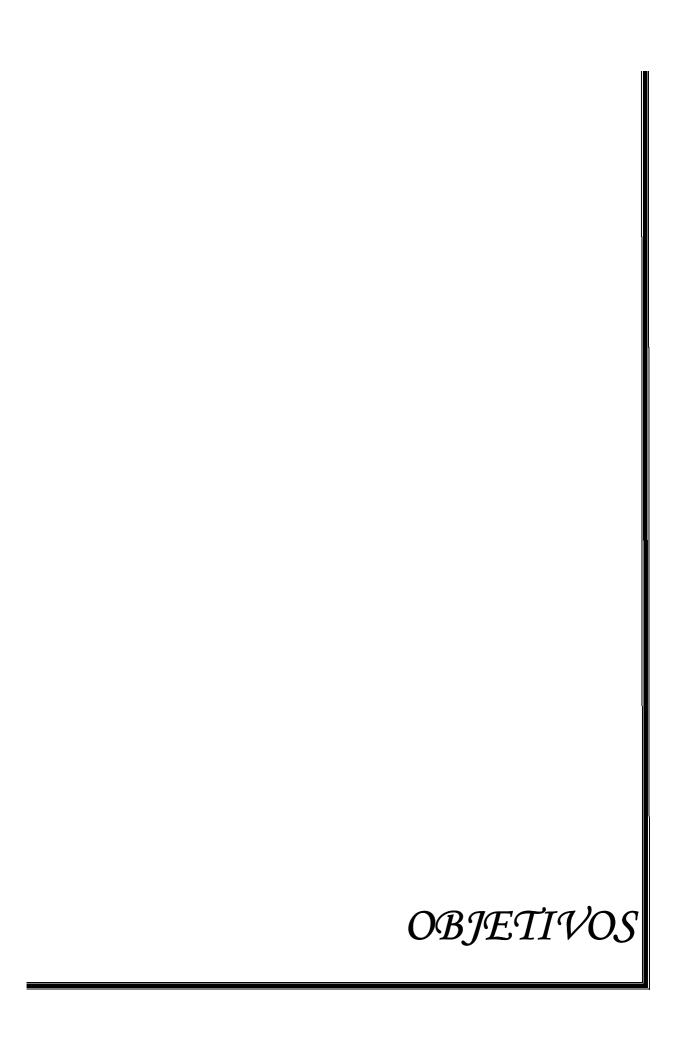
como fornecendo orientações no âmbito de direitos trabalhistas e previdenciários aos pacientes que são atendidos no Cerest e que procuram por tais esclarecimentos.

Em razão dessa minha atividade, venho detectando inúmeros questionamentos dos pacientes acometidos por acidente de trabalho ou determinada doença ocupacional em relação às conseqüências que isso traz para a sua vida no que tange à sua própria doença ou acidente, sua vida familiar, suas dúvidas quanto aos seus direitos trabalhistas e previdenciários, o retorno ao trabalho, problemas em relação aos afastamentos prolongados pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Estas situações geram enormes conflitos para esses trabalhadores e afetam principalmente a sua saúde mental e vida social.

Insta salientar a importância recente que vem adquirindo o tema "doenças relacionadas com o trabalho" num sentido amplo, tanto no cenário internacional em relação aos discursos e aos programas de atividades dos organismos internacionais, em especial a Organização Mundial da Saúde, quanto nas políticas nacionais em Saúde do Trabalhador adotadas pelo SUS.

Outrossim, este estudo será de primordial relevância, pois há grande carência de investigações desenvolvidas pelos Cerest no Brasil, principalmente o Cerest de Ribeirão Preto que tem apenas poucos anos de trabalho, tendo sido inaugurado oficialmente em 16 de dezembro de 2004. Portanto, além da contribuição científica e organizacional, o estudo contribuirá no âmbito social de maneira bastante significativa.

Se todos os setores governamentais e sociais têm responsabilidade sobre as condições de trabalho dos que constroem a riqueza do país, especial papel temos nós, profissionais e prestadores da assistência à saúde, em tomar conhecimento e consciência dessa realidade e, em conjunto com o setor empresarial e a sociedade em geral, desenvolver políticas que valorizem a vida e a saúde e os direitos dos trabalhadores.



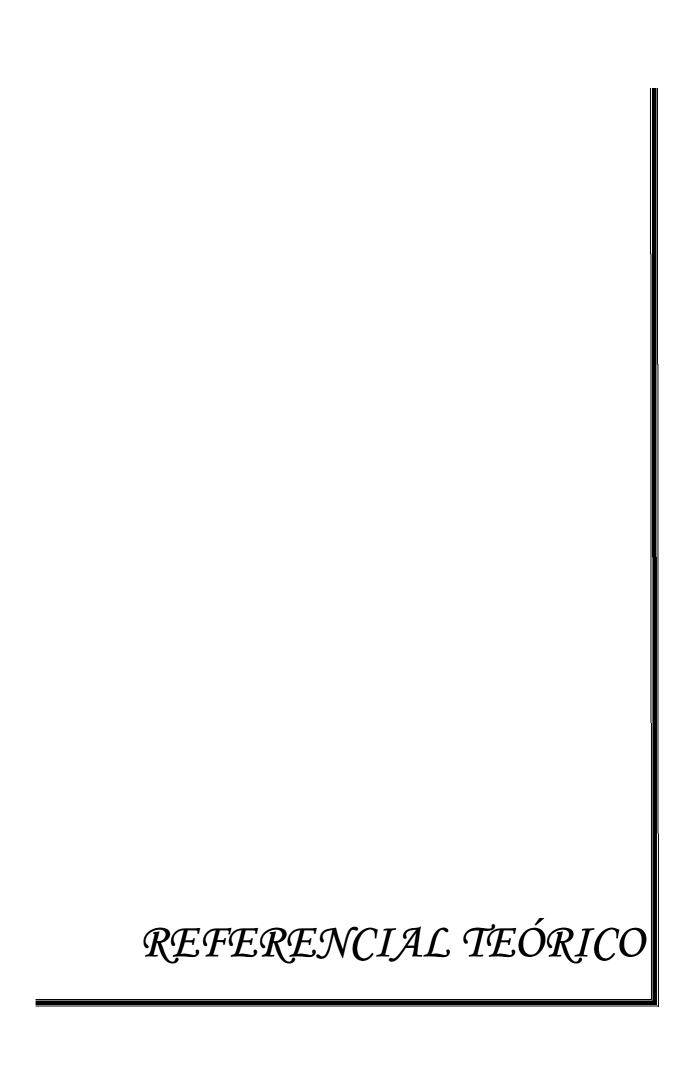
Objetivos 30

Geral

➤ Identificar as informações dos trabalhadores encaminhados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - Regional de Ribeirão Preto sobre os seus direitos à saúde e ao trabalho.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores atendidos pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST) que sofreram acidente de trabalho ou estão acometidos por doença ocupacional;
- Identificar as características do tipo de acidente de trabalho ou doença ocupacional que acomete esses trabalhadores;
- Descrever as queixas à saúde apontadas pelos trabalhadores provocadas devido ao acidente de trabalho ou doença ocupacional;
- Compreender as razões que levam esses trabalhadores conhecerem ou desconhecerem os seus direitos.



Do Direito Internacional à Saúde

A Sociedade das Nações (SDN), organização internacional criada no período entre guerras para evitar a ocorrência de um novo conflito mundial, perdera sua importância no contexto internacional com o início da Segunda Guerra Mundial. A saída de vários de seus membros e os freqüentes desrespeitos às suas ações deixaram-na demasiadamente enfraquecida e inoperante. Nesta perspectiva, as potências vencedoras sabiam que precisavam criar um novo organismo internacional que fosse capaz de substituir com eficiência a velha SDN. Desse entendimento nasceu a Organização das Nações Unidas (ONU), promulgada pela Carta de São Francisco em 1945, que fixava dentre os seus principais objetivos: igualdade soberana de todos os Estados, não ingerência nos assuntos internos de cada nação, direito dos povos de seguir seus próprios caminhos e regulamentação pacífica dos conflitos entre os países.

No início, apenas 46 países participaram da ONU, mas pouco a pouco outros Estados convidados foram admitidos. Muito embora não se aceitasse a admissão dos países vencidos, qualquer Estado democrático e pacífico que cumprisse os princípios fixados na carta de fundação poderia aderir desde que contasse com o apoio dos Estados membros.

Visando seu bom funcionamento, a ONU foi dotada de diversos órgãos, como a Assembléia Geral, o Conselho de Segurança e o Conselho Econômico e Social que tem a responsabilidade de cuidar dos assuntos econômicos e sociais e está sob a autoridade da Assembléia. Dele depende diversas comissões encarregadas de problemas específicos, como a Comissão de Direitos Humanos, a Comissão para o Desenvolvimento Social, as Comissões Regionais, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Após a criação da ONU, também foram estabelecidas outras organizações internacionais de caráter técnico, consolidando o chamado Sistema ONU. No âmbito da saúde, o Sistema ONU possui uma série de instrumentos internacionais, dentre eles a Constituição da Organização Mundial da Saúde (GARCIA; GATELL, 1998).

A OMS foi criada na Conferência Internacional de Saúde, reunida em Nova York (1946), por iniciativa principalmente da França, do Brasil e da China e,

começou a funcionar em 1948. Além da OMS, várias outras organizações atuam na área de saúde: a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a UNESCO, a OUA (Organização da Unidade Africana), dentre outras.

Com 192 membros, a OMS é a maior organização internacional especializada na área da saúde no sistema das Nações Unidas. Sua meta principal é contribuir para que todas as pessoas tenham o padrão de saúde o mais elevado possível (CURY, 2005).

Neste contexto, o direito à saúde foi reafirmado em vários instrumentos importantes, tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe em seu Artigo 25-1 que "toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade".

Tem-se o entendimento que a Declaração dos Direitos Humanos não tem vinculação dos Estados, ou seja, nenhum Estado pode ser demandado pelo seu não cumprimento, porque é tida apenas como um aconselhamento e não como um conjunto de normas coercitivas. A partir dela surgiram duas outras declarações de direitos: o Pacto de Direitos Civis e Políticos e o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966 e assinados pelo Brasil em 1992, após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CURY, 2005).

Com o surgimento desses dois pactos, juntamente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, surge a Carta Internacional dos Direitos Humanos.

De acordo com Weis (2006), em relação à classificação dada pelos pactos de 1966, a divisão legislativa teve como principal motivação na discordância política das potências mundiais acerca do conteúdo e da obrigatoriedade dos direitos humanos, inviabilizando a edição de um só pacto internacional, como era intenção inicial das Nações Unidas.

Dessa maneira, portanto, após os pactos internacionais de 1966, os

direitos restaram divididos em "civis e políticos", de um lado, e "econômicos, sociais e culturais", de outro.

Somente com a reorganização política internacional em meados do século XX e com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, a saúde foi reconhecida com um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica, e conceituada como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou outros agravos (ROCHA,1999).

Segundo Rocha (1999), o Direito Sanitário ou Direito da Saúde pode ser entendido como o conjunto de normas jurídicas reguladoras da atividade do Poder Público destinada a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e asseguradores deste direito.

O direito à saúde é um direito fundamental social, detendo eficácia plena e não se podendo falar em cidadania sem a sua universalização.

Nesta perspectiva Cury (2005) argumenta que a saúde como direito humano teve sua origem no movimento pela saúde pública do século XIX e vem se desenvolvendo em direção ao reconhecimento dos direitos econômicos, sociais e culturais desde então.

Pode-se afirmar que contemporaneamente os direitos humanos possuem unidade conceitual e visam a proteger integralmente a dignidade do ser humano. Dessa feita, também se pode dizer que as normas que consagram os direitos econômicos, sociais e culturais contêm um interesse secundário, que consiste na redução das desigualdades sociais, com o fim de construir uma sociedade "livre, justa e solidária", como se encontra disposto no artigo 3º, inciso I da Constituição Federal do Brasil de 1988, conjugando os valores da liberdade e da igualdade.

Os Direitos Humanos, o Direito à Saúde e o Direito à Saúde do Trabalhador no Brasil

Com a promulgação da Carta Magna de 1988 pelos constituintes brasileiros ficou evidenciado como valor-fonte básico da ordem jurídico-constitucional pátria o respeito à dignidade da pessoa humana (art. 1, III, da CF/1988).

A dignidade humana pode ser sintetizada na implementação de um tratamento igualitário destinado a todos os indivíduos, independentemente de cor, raça, credo, condição social, capacidade mental e estado, garantindo a todos os seres humanos um "mínimo existencial" para poderem viver e conviver com felicidade e harmonia (MEDEIROS, 2004).

A Constituição Federal de 1988 é de fundamental importância para a saúde, dado seu conteúdo eminentemente humanista, sendo a primeira constituição brasileira a referir-se "explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social" (DALLARI, 1995; BRASIL, 2001), ao declarar, em seu Art. 196, que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado", direito esse a ser "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sai promoção, proteção e recuperação (Título VIII- Da Ordem Social,Cap. II-Da Seguridade Social, Seção II- Da Saúde) (DALLARI, 1995; BRASIL,2001).

O direito à saúde aparece, portanto, pela primeira vez numa constituição brasileira, como direito positivado, direito individual e direito coletivo.

Na repartição das competências, a Constituição Federal de 1988 diz expressamente que cuidar da saúde é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (art. 23, II), e legislar sobre a defesa da Saúde compete concorrentemente à União, aos estados (art. 24, XII) e, suplementarmente, aos Municípios (art. 30, II).

No que diz respeito à Saúde do Trabalhador, a Constituição é esclarecedora, pois quando prevê a saúde do trabalhador e ambiente do trabalho o faz expressamente no capítulo do direito à saúde de acordo com o que dispõe seu Art. 200.

Contudo, deve-se ressaltar que antes do advento do Sistema Único de

Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembreo de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689 (THURLER, 2007).

A partir da afirmação do Estado Democrático de Direito, em 1988, foram, portanto, elaboradas as leis que "regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde", conforme o mandamento constitucional.

Como já definido na CF/88, a Lei Federal nº 8.080/90 insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, por vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador. A Lei Federal nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Dentre outros Estatutos Federais que seguiram a CF/88 e a Lei Orgânica

da Saúde, pode-se destacar a Portaria nº 1.565/94, do Ministério da Saúde, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e trouxe um aporte importante para a saúde do trabalhador. A Portaria MS nº 1.565/94 foi substituída pela Lei Federal nº 9.782/99 que redefiniu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Essa lei foi alterada pela Medida Provisória nº 1.814, de 26 de fevereiro de 1999.

A normatização para a área de saúde do trabalhador passa a ser feita a partir da aprovação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) em outubro de 1998. O conhecimento e acompanhamento das demais resoluções e portarias decorrentes da NOB-SUS 01/96 são de fundamental relevância também para a área de saúde do trabalhador.

A Portaria nº 3.120, de 1 de julho de 1998, que é de grande importância para a área de saúde do trabalhador, aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Duas de suas recomendações aos estados e municípios merecem destaque: a revisão dos Códigos de Saúde, de forma a contemplar as ações de saúde dos trabalhadores; e a instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com objetivo de assessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O Decreto nº 4.229 da Presidência da República, de 13 de maio de 2002, dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos, incluindo a garantia do direito ao trabalho, à saúde e à previdência e assistência social.

A Portaria nº 1679/GM, de 20 de setembro de 2002 que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-RENAST, preconiza essa integração a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e estabeleceu em seu Artigo 8 que "...deverão ser implantados, no período de 2002/2004, 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador".

A Saúde do Trabalhador tem outro importante avanço com a publicação da Portaria MS nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005 que dispõe "Sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- RENAST no Sistema Único de Saúde- SUS e dá outras providências" e contempla a ampliação no quantitativo de CEREST para serem distribuídos

regionalmente por todo o território nacional. Nessa mesma Portaria encontram-se 6 (seis) anexos, sendo que no anexo IV estão elencadas as funções dos Centros de Referências Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST-Regional). Dentre essas funções, o item 14 determina: "apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho", que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004:

- a) acidente de trabalho fatal;
- b) acidentes de trabalho com mutilação;
- c) acidente com exposição a material biológico;
- d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;
- e) dermatoses ocupacionais;
- f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;
- g) lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
- h) pneumoconioses;
- i) perda auditiva induzida por ruído (PAIR);
- j) transtornos mentais relacionados ao trabalho;
- I) câncer relacionado ao trabalho".

Segundo Rocha, Rigotto e Buschinelli (1994), a complexidade do problema ganha novos contornos ao se adentrar no universo das doenças relacionadas ao trabalho. Apesar de ainda pouco definidas no âmbito da medicina, são uma categoria que surge por pressão do movimento dos trabalhadores, interessados em vê-las reconhecidas, indenizadas e modificadas as condições geradoras. Inclui muitas das doenças caracterizadas, atualmente, como distúrbios neurovegetativos, outras cujo nexo com o trabalho não está bem definido, ou ainda aquelas não inerentes a uma ocupação, mas que acometem, de forma diferenciada, vários grupos de trabalhadores, mantendo sua determinação no trabalho. Segundo o Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde para Estudo das Doenças Relacionadas ao Trabalho, em 1985, 5 a 10% da força de trabalho

ocupada sofria de transtornos mentais sérios e cerca de 30% de distúrbios psíquicos de menor gravidade. A hipertensão arterial, os cânceres, as lesões por esforços repetitivos são outros exemplos desse grupo.

A Organização das Nações Unidas adotou, em Assembléia Geral realizada em 17 de dezembro de 1991, os "Princípios de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para melhoria da Assistência à Saúde Mental".

No Brasil, a Lei 10.216/2001 é um verdadeiro marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana direcionada aos indivíduos portadores de transtornos mentais (Medeiros, 2004).

Pode-se concluir, por conseguinte, que o trabalhador deve ser tratado calcado na dignidade da pessoa humana, que os órgãos governamentais, não governamentais, tanto internacionais como também os nacionais e a sociedade como um todo clamam por um tratamento digno ao Ser Humano. O tratamento digno de forma global, seja nos seus aspectos físicos, sociais e psicológicos é primordial para a humanização da assistência à saúde mental e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas acometidas de transtorno mental. Portanto, é evidente que o trabalhador que sofre um acidente de trabalho ou doença ocupacional necessita que os profissionais de saúde salvaguardem os seus direitos à saúde e ao trabalho.

Os acidentes de trabalho custam aos cofres públicos R\$ 42 bilhões por ano, o que representa 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. A informação é do coordenador da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CSST), Remígio Todeschni. Para ele, o combate aos acidentes de trabalho pode ajudar a conter os efeitos da crise financeira internacional (Agência Brasil, 2009)

A preparação dos profissionais da área de saúde para a identificação de doenças e acidentes causados pelo trabalho é um dos principais desafios na atualidade. A identificação correta das doenças do trabalho é um dos fatores que interfere no combate e prevenção.

Segundo Todeschni (Agência Brasil, 2009), "o crescimento das notificações de 2006 para 2008 foi de 152%, isto devido ao melhor reconhecimento das doenças profissionais a partir de abril de 2007". As ações em Saúde do Trabalhador devem ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação.

A reabilitação profissional dos trabalhadores acidentados é um dos pontos mais frágeis e que está caminhando muito lentamente em nosso país. Temos que fazer com que as pessoas com incapacidades parciais sejam readmitidas nos locais de trabalho, com mais qualidade.

As análises dos acidentes de trabalho, as vistorias nos ambientes de trabalho e as pesquisas realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de todo o Brasil, servirão como instrumento de prevenção de novos acidentes.

Portanto, os CEREST têm por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, é o que dispõe no seu Artigo 7º, da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto, SP.

A demanda em Saúde do Trabalhador deve envolver toda a rede de serviços de saúde, desde o mais simples até o serviço de média e alta complexidade.

A expansão da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) significa a conquista de direitos da saúde do usuário/trabalhador.

Em 20 de setembro de 2002, pela Portaria GM/MS nº 1.679, foi instituída a RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Pela RENAST, foi criado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto, tendo sido inaugurado oficialmente no dia 16 de dezembro de 2004.

Após a implantação da RENAST, a Portaria MS nº 2437, de 07/12/05, dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST -, no SUS, tendo como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

O CEREST de Ribeirão Preto é uma unidade de Saúde Regional, cujo

gestor é o município de Ribeirão Preto, voltada para o atendimento da população trabalhadora dos municípios de abrangência da Direção Regional de Saúde XIII – DRS XIII (antiga DIR XVIII).

O CEREST é fruto de antiga reivindicação dos sindicatos de trabalhadores. Em Ribeirão Preto, desde 1997, é discutido pela classe trabalhadora através de seus sindicatos, associações de classe, Ministério Público, e entidades envolvidas com Saúde do Trabalhador nos três níveis de governo.

Dessa forma, em Ribeirão Preto a criação do CEREST representa o resultado de lutas das forças sociais organizadas da cidade, unindo diversas entidades não obstante as resistências que poderiam vir do Governo Municipal, como de fato ocorreu.

Como essas lutas se deram? As deficiências no atendimento à saúde abriram espaço para demandas políticas, tomadas principalmente por setores mais organizados da sociedade, entre eles, diversas entidades de classe. Foi assim em Ribeirão Preto (SP), onde começaram a pensar a necessidade de um projeto para a criação do CEREST, em atendimento à própria Constituição de 1988, que previa a criação de órgãos que cuidassem especificamente da saúde dos trabalhadores. Tal demanda levou a uma primeira reunião no Plenário da Câmara Municipal no dia 25 de maio de 1996, com a participação de membros da SMS, da Divisão Regional da Saúde, de Sindicatos de Empregados Municipais, de representantes do Hospital Escola da USP e do Ministério do Trabalho (Ata de Reunião para criação do CEREST, 29/5/1996).

Como já se podia esperar, as discussões iniciais não apontaram consenso, mesmo se tratando da criação de um órgão público para cuidar de algo tão importante como a saúde dos trabalhadores. As vozes discordantes, de um lado o Poder Público e do outro os representantes das entidades interessadas, apontavam para uma espécie de competição, onde de fato não existia. As primeiras falas que aparecem nos jornais e nas comunicações dos representantes civis pareciam indicar uma longa jornada pela frente. O Estado, aqui representando por funcionários do primeiro escalão do Governo Municipal, parecia enciumado com a perspectiva de criação de um órgão público fora do seu controle. Não se tratava disso. Na verdade, era o velho Ogro de Paz, secularmente habituado a ter a sociedade aos seus pés. Parecia-lhe moderno demais criar um órgão público por exigência social e observe que isso se deu entre nós, no final do século XX.

Alegava-se também, que já havia o Hospital Escola e o Posto de Assistência à Saúde do Trabalhador que cumpriam de forma eficaz as necessidades locais. Mas acabou predominando a idéia de que era necessário melhorar a qualidade do atendimento à saúde do trabalhador, o que o novo órgão poderia fazer sem a exclusão dos demais.

Enfim, a idéia de criação do CEREST adquiriu vigor em razão do apoio recebido do Conselho Interministerial de Saúde, que preconizava um único local para o atendimento médico, terapêutico e legal de acidentados e lesionados. Um único local de atendimento significava também reduzir as fragilidades já acentuadas pela condição dos lesionados, nem sempre protegidos adequadamente pelas empresas onde trabalham e precariamente atendidos pelos órgãos públicos de saúde. Talvez seja possível também acrescentar que o Poder Público Municipal pode ter se informado da verba federal que seria transferida para as despesas do futuro CEREST. Nada estava resolvido, continuavam muitas resistências, sempre vindas dos representantes do Poder Público, como se pode verificar na leitura da Ata da Reunião de 27 de junho de 1996 na Câmara Municipal de Ribeirão Preto.

Já a notícia publicada pelo Jornal Verdade de 8 de agosto de 1996, tomando informações do SINDPD passadas por seu Diretor José Roberto de Souza, indica a realização do 3º Fórum de debates na Câmara Municipal de Ribeirão Preto para a criação do CEREST. As palavras desse Diretor, um dos defensores da idéia de criação do CEREST, esclarecem a importância do órgão para a cidade e região: "o Centro será um local onde o trabalhador receberá um atendimento integral, não só curativo, mas também preventivo, com programas educativos" (Jornal Verdade, 8/8/1996).

Nessa 3ª reunião foi criada uma Comissão dos Representantes dos Sindicatos dos Trabalhadores e a Comissão dos Representantes das Instituições Governamentais, que se reuniram no dia 20 de agosto do mesmo ano na Sede do Sindicato dos Engenheiros, quando ficou determinado que fosse redigida uma proposta consensual para a criação do CEREST. Falou-se em consenso, mas não foi isso o que se deu, a diversidade acentuou-se nessa e nas 4ª e 5ª reuniões posteriores. As opiniões favoráveis e contrárias continuaram dificultando a criação do órgão. Nas 8ª e 9ª reuniões dos dias 9 e 16 de setembro de 1996, os debates continuaram sem nenhuma definição, conforme aponta o Jornal A Cidade de 18 do mesmo mês: "quando se esperava aprovar uma proposta de consenso, formulada

por cinco integrantes da comissão, a Secretaria Municipal da Saúde ofereceu resistência, inviabilizando o avanço do processo de criação do Centro de Referência" (Jornal A Cidade de 18 de setembro de 1996).

Essa oposição da Secretaria Municipal da Saúde ocorre desde o início do processo em discussão, conforme consta em documento publicado pelo Jornal Verdade, citando José Roberto de Souza: "nas reuniões de discussão, apenas um representante da Secretaria participava das reuniões, na última ela levou também representantes do Centro de Saúde Escola para ajudar a rejeitar a proposta" (Jornal Verdade, 18 de setembro de 1996, p.6).

O Jornal "O Diário" também publica sobre o que chama de fracasso para a criação do CEREST: "... a proposta para a criação do referido Centro acabou fracassando, uma vez que os representantes da Secretaria da Saúde e do Centro de Saúde Escola da USP (Ribeirão Preto), se recusaram a votar o que já havia sido elaborado em reuniões anteriores com a participação de uma Comissão de Representantes da Secretaria Municipal da Saúde, Ministério Público Estadual, Sindicato de Médicos (SIMESP), Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados e Sindicato dos Técnicos em Segurança do Trabalho eleitos pelos demais órgãos, para elaborar a proposta votada na última segunda feira (Jornal O Diário, 18 de setembro de 1996).

Após longos protelamentos para a criação do CEREST foi redigida uma proposta publicada pelo Jornal A Cidade com os seguintes pontos essenciais: "o CEREST deve ter sede própria, com estrutura material suficiente para coletar dados junto às UBDs, INSS e Sindicato dos Trabalhadores, desenvolver trabalho de pesquisa, diagnosticar e gerenciar o quadro de atividades de risco de acidentes e de doenças profissionais; deve manter permanente contanto com as UBDs para coleta de dados a respeito dos atendimentos, bem como de toda a rede de saúde pública e privada; o gerenciamento do Centro de Referência deve manter contato com os órgãos envolvidos na prevenção e repressão de acidentes do trabalho, acompanhando, inclusive as ações levadas a efeito por tais órgãos; o centro de referência deve ser gerido por um Conselho Gestor, com mandato de 2 (dois) anos que terá a seguinte constituição (gerente, profissional especializado e atuante em Segurança e Medicina do Trabalho, indicado pelo Poder Público Municipal; Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores, eleitos pelos Sindicatos, em plenária convocada pelo Conselho Municipal de Saúde; Representantes do Poder

Público Municipal, indicados por este, dentre funcionários municipais e ou municipalizados, admitidos por concurso público; Representantes da Sociedade Civil, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde); competirá ao Conselho Gestor a captação de recursos, através de políticas planejadas para aquisição de equipamentos de apoio às UBDs para atendimento clínico e para o desempenho da Vigilância Sanitária e Epidemiológica; ao Poder Público do Município caberá a destinação dos recursos para a implantação e funcionamento do CEREST. Após o ato de criação do CEREST fica determinado o prazo de 30 (trinta) dias para a composição do Conselho Gestor e indicação do (a) Gerente".

Um documento enviado por José Roberto de Souza do SINDPD ao Ministério Público do Estado de São Paulo, representado pelo Dr. Carlos César Barbosa, Promotor e Curador do Trabalho, indica a aprovação em 29 de novembro de 1996 do CEREST. Em 22 de abril de 1997, realizou-se no Palácio Rio Branco a reunião de posse do Conselho Municipal de Saúde. O Projeto de Lei n. 285 de 6 de junho de 1997 autorizou o Poder Executivo a criar o CEREST de Ribeirão Preto.

A Lei n. 285 que criou o CEREST não encerrou as discussões em torno do órgão recém criado, questões burocráticas entrariam em pauta, como aponta documento da Promotoria de Justiça Cível de Ribeirão Preto de 14 de abril de 1998 que convida José Roberto de Souza para audiência pública para tratar do estabelecimento de prioridades nas questões de Prevenção de Acidente do Trabalho na Comarca de Ribeirão Preto. Agora são questões burocráticas que dominam a cena. Outro documento do Secretário Municipal da Saúde, Dr. Pedro Augusto de Azevedo Marques enviado ao SINDPD, marca reunião para 24 de novembro de 1998 para tratar de assunto relativo ao CEREST. A pauta enviada não detalha o que se vai tratar. As questões ao nível do Poder Público são complexas e entravadas em razão da burocracia e dos detalhes criados. É possível que se trate de uma forma de controle que pode ser necessário mas que sem dúvida, emperra o bom andamento das coisas públicas. Um documento do SINDPD de José Roberto de Souza enviado ao Dr. Celso Luiz Lopes, então Secretário da Saúde, pede pra agilizar o encaminhamento do projeto de lei que institui a Comissão Municipal de Saúde do Trabalhador. A urgência pedida é assim explicada: "... numa época que se exige muito do trabalhador a produtividade, a perfeição e o fantasma do desemprego rondando todas as empresas, achamos que a criação do CEREST que já provou ser muito eficiente em outros grandes centros como Campinas e Bauru, no Estado de

São Paulo, será muito bem vindo também em Ribeirão Perto" (Doc. do SINDPD de 22 de abril de 1999).

O Secretário da Saúde, Dr. Celso Luiz Lopes convoca em 28 de fevereiro de 2000, entidades de trabalhadores da área de saúde para eleição de representantes junto à Comissão Municipal de Saúde do Trabalhador. O Jornal A Cidade escreve a respeito da instalação do CEREST: "cerca de quatro anos após o início dos debates, está começando a ser posta em prática a proposta de instalação em Ribeirão Preto de um CEREST, uma unidade ligada à Secretaria Municipal da Saúde e voltada à pesquisa e atendimento de todo tipo de doença ocupacional" (Jornal A Cidade, 11 de março de 2000).

Em 30 de junho do mesmo ano foi criada a Comissão Municipal de Saúde do Trabalhador constituída por 16 membros efetivos e 16 suplentes, conforme Lei Municipal de 15 de junho de 1999. O Programa de Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto foi planejado visando à realização de práticas integradas e articuladas com os níveis primário, secundário e terciário, além de parcerias construídas com instituições governamentais e as universidades, conforme cronograma e tendo por objetivos: assistência à saúde dos trabalhadores; assistência social, trabalhista, previdenciária; reabilitação física e profissional; registro e análise de dados epidemiológicos em saúde e trabalho; identificação e implementação de ações de fiscalização e intervenção em ambientes de trabalho; educação continuada em todos os níveis e interatividade com os sindicatos dos Trabalhadores (in: Programa de Saúde do Trabalhador, Mimeografado).

As questões de saúde do trabalhador continuaram em debate em Simpósio realizado em 18 de junho de 2002. Em folder desse simpósio há um interessante escrito de Tuga Angerami que convém transcrever: "o trabalhador conhece, melhor do que ninguém, suas condições de trabalho. Possui um conhecimento empírico das conseqüências, para a sua saúde, do processo em que está mergulhado. Percebe o desgaste decorrente do esforço físico da aspiração de substâncias nocivas, do ruído, da ansiedade, da monotonia do trabalho repetitivo. Mas a transformação dessa percepção em consciência sanitária requer a absorção de conhecimentos científicos e técnicos que costumam ser monopólio dos intelectuais de saúde. Portanto, um Programa que tenha como objetivo a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores deve envolver uma ação coletiva e organizada entre os trabalhadores e especialistas desse campo do saber" (in: Folder

de Simpósio sobre Saúde do Trabalhador, 18 de junho de 2002).

O Dr. Luis Carlos Raya então Secretário Municipal da Saúde, convoca reunião para tratar de assuntos prioritários: Programa de Saúde da Família, Programa de Saúde do Trabalhador e Eleição dos membros do Conselho Municipal da Saúde.

O Jornal A Cidade publica informação que a Secretaria Municipal da Saúde receberá ainda este mês de agosto de 2003 verba do Ministério da Saúde destinada a implantação do CEREST. A falta de verba representava forte empecilho para a instalação e funcionamento do Centro de Referência. Tal inauguração se faz urgente, só em Ribeirão Preto cerca de 7.000 trabalhadores são afastados de suas atividades profissionais por conta de doenças ou acidentes de trabalho como informa o INSS (in: Jornal A Cidade, 16 de junho de 2003).

Enfim, depois de longa luta foi inaugurado o CEREST já na gestão do prefeito Gilberto Maggioni: "o Centro pretende prestar atendimento de média e alta complexidade para acidente de trabalho e doenças ocupacionais". Sobre a inauguração escreve o Jornal A Cidade: "o Prefeito Municipal acompanhado do Secretário da Saúde, Dr. Arthur Watanabe, inaugurou o CEREST "Professor Dr. Roberto Salles Meirelles, como ficou denominado, destinado a atender os trabalhadores de Ribeirão Preto e 24 municípios da região. Agora, os trabalhadores podem contar com equipamento especializado para tratar de problemas de saúde ligados a acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais" (Jornal A Cidade, 17 de dezembro de 2004).

Em 2002, após a publicação da Portaria Ministerial GM/MS 1679, a Comissão Municipal elaborou e aprovou a minuta do Regimento Interno do Conselho Gestor do CEREST, realizou eleições com as entidades representativas, reuniu-se com as entidades envolvidas da área de Saúde do Trabalhador para, posteriormente, dar posse aos membros do Conselho Gestor do CEREST, o que foi feito através da Portaria Municipal 1692, de 26/09/2003. O Conselho do CEREST, formalmente eleito e homologado, ratificou o Regimento Interno, por meio do Decreto n° 54, de 05 de março de 2004, e publicado no DOM do dia 10 de março de 2004.

A atuação do CEREST contempla diretrizes e ações visando promover atenção integral à Saúde do Trabalhador no município e região e se dá por meio da promoção do bem-estar do trabalhador com ênfase nas ações preventivas, bem

como prestando assistência e orientando os trabalhadores acometidos por doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Em relação às atividades do CEREST, o Centro fornece atendimento secundário de média e alta complexidade aos trabalhadores acidentados ou com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho com a finalidade de estabelecer a relação do processo saúde-doença-trabalho.

Atualmente, são 19 os municípios que fazem parte da área de abrangência do CEREST Regional - Ribeirão Preto, incluindo a cidade de Ribeirão Preto, em que se localiza a sede.

Divide-se em duas regiões: Região Horizonte Verde, que compreende os seguintes municípios: Monte Alto, Jaboticabal, Guariba, Pradópolis, Barrinha, Dumont, Sertãozinho, Pontal e Pitangueiras, e a Região Aqüífero Guarany, que abrange a cidade de Ribeirão Preto, Guatapará, Luiz Antonio, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Cravinhos, Serra Azul, Serrana e Jardinópolis.

A seguir, apresentamos um mapa ilustrativo referente às duas regiões de abrangência de atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto.

A seguir, apresentamos um mapa ilustrativo referente às duas regiões de abrangência de atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional de Ribeirão Preto.



Mapa de Abrangência no Estado CEREST Regional – Ribeirão Preto Fonte: Cerest - Regional RP (2008)

O município de Ribeirão Preto organizou a sua assistência em Saúde do Trabalhador, implantando nas cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), os AMBULATÓRIOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR - (AST), onde são realizados os atendimentos por um médico do trabalho e auxiliares de enfermagem que estão treinados e capacitados para prestar a assistência necessária em saúde do trabalhador e fornecer as orientações gerais para os trabalhadores que ali procuram atendimento após terem sofrido um acidente de trabalho; necessitem investigação para comprovação de alguma doença relacionada ao trabalho ou do trabalho, emissão de carteira de saúde para trabalhadores ambulantes sem vínculo empregatício ou qualquer outra orientação pertinente à saúde do trabalhador. Somente o AST da UBDS da região leste contempla em sua equipe profissional uma enfermeira do trabalho.

METODOLOGIA

Natureza e Fases do Estudo

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo et al. (2005, p. 93) o "estudo de caso é uma estratégia de investigação qualitativa para aprofundar o como e o por que de alguma situação ou episódio". Ressalta que, o estudo de um caso, no âmbito da investigação avaliativa, visa a apresentar ou a esclarecer por quê e como determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas.

O presente estudo apresenta como pressuposto que os pacientes acometidos por acidente de trabalho ou doença ocupacional não enfrentam apenas problemas de ordem física e emocional, mas também na seara jurídica. Busca-se compreender os conhecimentos desses trabalhadores quanto aos seus direitos à saúde e ao trabalho. O estudo foi desenvolvido em duas fases, sendo inicialmente uma fase quantitativa que foi realizada no Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST); seguida pela fase qualitativa, realizada através de entrevistas com os pacientes referenciados pelo AST para o CEREST.

Local de sua realização

O estudo foi realizado inicialmente com os trabalhadores que foram atendidos no Ambulatório em Saúde do Trabalhador (AST) localizado na UBDS da região norte do município de Ribeirão Preto, escolhido para o estudo. As atividades de atendimento ao trabalhador/paciente são realizadas de segunda a sexta, das 7 às 11 horas e, não há atendimentos nos feriados. O AST conta com um médico do trabalho e uma auxiliar de enfermagem que recebeu capacitação pelo CEREST para prestar atendimento em saúde do trabalhador.

Os trabalhadores que sofrem um acidente de trabalho, que são acometidos por doença ocupacional ou problemas relacionados à saúde do trabalhador devem procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou o Pronto Atendimento (PA) mais próximo de sua residência ou local de trabalho. O fluxo de atendimento preconizado na área de saúde do trabalhador de Ribeirão Preto estabelece que após o primeiro atendimento na UBS, PA ou PSF (Programa de

Saúde da Família), se for necessário, o trabalhador será encaminhado ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador da Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) da área de abrangência.

Posteriormente, os trabalhadores atendidos pelo AST onde foi realizada a fase quantitativa de coleta dos dados para esse estudo, foram referenciados para atendimento no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - Regional, de Ribeirão Preto, onde participaram da segunda fase do estudo (fase qualitativa). O CEREST- Ribeirão Preto tem o seu funcionamento de segunda às sextas-feiras, das 7 às 17 horas.

Atualmente, as funções desempenhadas pelo CEREST — Regional de Ribeirão Preto, SP, dizem respeito a prestar suporte nas ações de média e alta complexidade em saúde do trabalhador. A atuação do CEREST contempla diretrizes e ações visando promover atenção integral à Saúde do Trabalhador no município e região de sua abrangência (19 municípios, incluindo a cidade de Ribeirão Preto) e se dá por meio da promoção do bem-estar do trabalhador com ênfase nas ações preventivas, bem como prestando assistência e orientando os trabalhadores acometidos por doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

No Brasil, os CEREST desempenham os mais diversificados papéis, não há uma hegemonia na execução das ações em saúde do trabalhador. Afirma Jacques (2009) que apesar da ampla divulgação das funções dos CEREST e do amplo conhecimento e uso pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), muitos CEREST nos seus exercícios cotidianos de trabalho, ainda se perguntam sobre suas atribuições.

Foi publicada uma nova Portaria da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral á Saúde do Trabalhador), Portaria GM/MS n. 2.728, de 11 de novembro de 2009, na qual não foram mantidas no corpo da referida Portaria as funções dos CEREST e que serão objeto de um Manual a ser elaborado pelo Ministério da Saúde.

Sujeitos do Estudo

Na fase quantitativa, os sujeitos participantes do estudo foram os trabalhadores que compareceram para atendimento no Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST) escolhido para a realização da fase quantitativa do estudo. Foi escolhido este AST, pelo fato de realizar elevado número de atendimentos mensais, ficando em segundo lugar em número de atendimento anual (2.081 atendimentos no ano de 2009; in: CEREST RIBEIRÃO em ação, Boletim Informativo nº 6, jan/fev/mar, 2010) dentre os cinco ambulatórios existentes no município de Ribeirão Preto destinados ao atendimento em saúde do trabalhador. O AST que apresentou maior número de atendimentos no ano de 2009 (2.209, in: CEREST RIBEIRÃO em ação, Boletim Informativo nº 6, jan/fev/mar, 2010)) se deve ao fato de possuir em seu quadro profissional dois (2) médicos do trabalho, dessa maneira justificando o maior número de atendimento anual. O AST escolhido para realização da fase da coleta quantitativa dos dados localiza-se em uma das cinco (5) Unidades Básica Distrital de Saúde (UBDS) no município de Ribeirão Preto – SP.

A população foi constituída pelos trabalhadores atendidos no período de 06 de novembro a 04 de dezembro de 2009 que foram consultados pelo médico do trabalho e que o tipo de atendimento fosse por diagnóstico de acidente de trabalho, doença ocupacional ou suspeita de doença ocupacional em processo de investigação. Foram excluídos do estudo os trabalhadores atendidos pelo AST que necessitam de emissão de Carteira de Saúde (cozinheiras e merendeiras da rede pública estadual ou municipal; ambulantes portando o protocolo de taxa municipal que lidam ou manipulam alimentos) e os pacientes que são encaminhados para o AST com suspeita de serem casos relacionados ao trabalho mas, que com a investigação diagnóstica realizada pelo médico do trabalho do ambulatório, não fica caracterizado o nexo causal dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com relação às atividades desempenhadas no trabalho. Insta salientar, que mesmo não se configurando o nexo, o atendimento inicial é realizado pelo AST e o paciente é encaminhado via contra-referência para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem para posterior seguimento.

Após a exclusão dos pacientes de acordo com os critérios préestabelecidos, dos 125 trabalhadores atendidos no AST no período destinado a

coleta de dados para a fase quantitativa da pesquisa e, excluídos os pacientes que se recusaram a responder o questionário no momento da abordagem; constituíramse sujeitos desta fase 84 trabalhadores, ou seja, 67,2% em relação ao total.

Após este momento quantitativo da pesquisa, na fase qualitativa, foram entrevistados 12 trabalhadores que foram referenciados do AST da UBDS da região norte para o CEREST para atendimento com os profissionais de fisioterapia, médico do trabalho, terapia ocupacional, psicologia e outros. Ressalta-se, que em determinadas situações alguns desses trabalhadores atendidos pelo AST são referenciados para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional de Ribeirão Preto para atendimento especializado de média e alta complexidade.

A população-alvo destinada a esta fase do estudo (fase qualitativa), foram todos os trabalhadores que concordassem em participar da entrevista semi-estruturada realizada pela pesquisadora no próprio CEREST, ou qualquer outro lugar e horário de preferência do trabalhador. Constituíram-se sujeitos desta fase do estudo os 12 trabalhadores referenciados para o CEREST, sendo que não ocorreu recusa por nenhum deles, ou seja, 100% em relação ao total. As entrevistas com esses trabalhadores se estenderam nos meses de abril a maio de 2010, sendo que apenas um respondente optou por ser entrevistado na sede do CEREST de Ribeirão Preto, os demais preferiram que as entrevistas fossem realizadas em suas residências, as quais foram previamente agendadas por telefone com data e horário.

Coleta de Dados

A Fase Quantitativa pode ser dividida nas seguintes etapas:

- 1ª Etapa: Foi elaborado um questionário pela pesquisadora com perguntas fechadas referentes à identificação, escolaridade, ocupação, tempo de serviço, tipo de contrato de trabalho, bem como outras perguntas para caracterização das condições de trabalho dos entrevistados. Também continha perguntas abertas pertinentes aos seus conhecimentos sobre seus direitos e preocupações (medos) em relação ao acidente de trabalho sofrido ou ao acometimento de doença ocupacional (Apêndice 1).
- 2ª Etapa: Os questionários foram encaminhados para cinco docentes de uma Universidade pública, sendo dois específicos da área de saúde do trabalhador e os outros de áreas afins, para que fosse avaliado quanto ao conteúdo, à clareza, à adequacidade, à objetividade, à semântica e à pertinência do tema pesquisado. Dos cinco questionários entregues, quatro retornaram com algumas sugestões de alteração.
- 3ª Etapa: As sugestões sugeridas pelos docentes foram consideradas e após modificações em algumas palavras e termos, inclusão de outras perguntas pertinentes às condições de labor desses trabalhadores, foi obtido o questionário que foi aplicado aos pacientes do AST escolhidos para o estudo (Apêndice 2).
- 4ª Etapa: A aplicação do questionário foi realizada pela pesquisadora na primeira metade do período estabelecido para a coleta dos dados, na seqüência o mesmo foi aplicado por pessoa devidamente treinada pela pesquisadora. Esta etapa da coleta de dados se estendeu do dia 06 de novembro a 04 de dezembro de 2009. Foi anotada a relação diária de todos os pacientes atendidos no AST no referido período destinado a esta fase, contendo os dados relativos ao número de pacientes por nome, tipo de atendimento (acidente de trabalho, doença ocupacional ou doença sob investigação, carteira de saúde e os outros atendimentos), idade do paciente e se foi encaminhado para o CEREST e para qual especialidade profissional.

Os questionários foram aplicados pelos entrevistadores após o final da consulta realizada pelo médico do trabalho e pós-consulta de enfermagem realizada pela auxiliar de enfermagem do AST. Foi colocada uma mesa e cadeira no corredor do ambulatório, num lugar distante dos outros pacientes para se garantir a privacidade e sigilo dos entrevistados, sendo que 78 dos trabalhadores preferiram responder ao questionário e não quiseram escrevê-lo de próprio punho, ficando esta tarefa para o entrevistador. Somente 6 respondentes preferiram levar para casa e trazer no dia da consulta de retorno, pois alegaram falta de tempo para fazê-lo naquele momento. O preenchimento dos questionários pelos entrevistadores foi de suma importância, haja vista que propiciou a conferência de todos os documentos pertinentes ao estudo, como por exemplo, atestados médicos para verificação dos dias de afastamento, retirada de informações das CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), documentos do INSS, exames realizados e encaminhamentos preenchidos pelo médico do trabalho do AST.

Os 6 questionários levados pelos trabalhadores para serem preenchidos por eles, foram trazidos no dia do retorno, as questões não preenchidas foram completadas pelos entrevistadores quando houve interesse por parte dos entrevistados. Neste momento, os documentos dos respondentes também foram checados da mesma forma como se havia procedido com os outros.

Insta salientar, que vários comentários feitos pelos trabalhadores no momento da aplicação do questionário, de forma espontânea, foram anotados no próprio questionário utilizado para o paciente.

A Fase Qualitativa de coleta dos dados foi realizada através da estratégia da entrevista semi-estruturada com questões que abordaram informações referentes aos aspectos relacionadas aos agravos relacionados à saúde do trabalhador e seus conhecimentos a respeito dos seus direitos. A entrevista foi norteada pelo roteiro elaborado previamente o qual se encontra no Apêndice 3. As entrevistas tiveram uma duração de cerca de uma hora com cada trabalhador, sendo que apenas uma delas foi realizada no CEREST, em uma sala onde a privacidade e sigilo do respondente foram mantidos. As demais entrevistas foram realizadas nos domicílios dos trabalhadores, por escolha e conveniência deles, com marcação prévia de dia e horário.

As entrevistas foram gravadas com consentimento de cada trabalhador e transcritas em um protocolo que se utiliza da fala dos entrevistados (ipsis literis).

Com esta técnica foi possível obter informações dos atores sociais por meio de suas falas, o que pôde revelar condições de vida, valores, normas e símbolos, e também transmitir representações de determinados grupos. Segundo Minayo (1998) a entrevista oferece informações em relação a "falas, idéias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento".

Autorização e procedimentos éticos

Com o objetivo de obter as informações necessárias para a concretização do estudo, uma cópia do referido projeto foi enviada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto - SP. Logo após a devida autorização pelo órgão público, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), atendendo-se ao recomendado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997), tendo sido aprovado na data de 06 de novembro de 2009 (Anexo 1).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado para a aplicação do questionário encontra-se no Apêndice 4.

Em relação aos trabalhadores que foram referenciados para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto e que foram entrevistados, foi elaborado outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual se encontra no Apêndice 5.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 4 e 5) foram entregues a todos os participantes dos estudo pela própria pesquisadora, solicitando a colaboração dos mesmos, explicando-lhes a importância da participação no estudo proposto, garantindo-lhes total anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer momento que julgassem oportuno, permanecendo uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a pesquisadora.

Análise dos Dados

O questionário aplicado na primeira fase do estudo (fase qualitativa), foi analisado por meio de ferramentas estatísticas (análise quantitativa).

Após a codificação apropriada das variáveis, foi elaborado um dicionário (codebook) bem como o banco de dados, empregando-se um aplicativo MS Excel – XP.

Foi realizado pela pesquisadora o processo de validação por dupla alimentação dos dados, mediante duas digitações independentes, em duas planilhas distintas.

Adotou-se o nível de significância de 5% (0,050), para a aplicação dos testes estatísticos, ou seja, quando o valor da significância calculada (p) for menor do que 5% (0,050), observamos uma diferença ou uma relação dita 'estatisticamente significante' (marcada em vermelho); e quando o valor da significância calculada (p) for igual ou maior do que 5% (0,050), observamos uma diferença ou relação dita 'estatisticamente não-significante'.

A análise estatística foi executada utilizando-se o Programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), em sua versão 17.0, para a obtenção dos resultados.

As entrevistas da fase qualitativa (segunda fase do estudo), após a coleta de dados, foram transcritas em um protocolo. Após a leitura sistematizada das entrevistas para a realização da pré-análise, as falas foram recortadas e distribuídas em categorias por semelhança de idéias. As falas foram analisadas por meio de análise de conteúdo (categorização dos temas).

A análise de conteúdo é aplicável, como diz Laurence Bardin (1977), a qualquer tipo de comunicação. Pela análise de conteúdo fica postulado que há um conjunto de significados comuns entre os interlocutores e que os significados que os receptores captam podem ser recuperados a partir de conteúdos específicos. Assim, o texto é desmembrado e o significado é extraído do artefato textual pelo analista.

A técnica utilizada, neste estudo, foi a Análise Temática descrita por Minayo (1994), a qual apresenta as seguintes etapas: pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material (codificação), tratamento dos resultados obtidos e interpretação (RODRIGUES;

LEOPARDI, 1999).

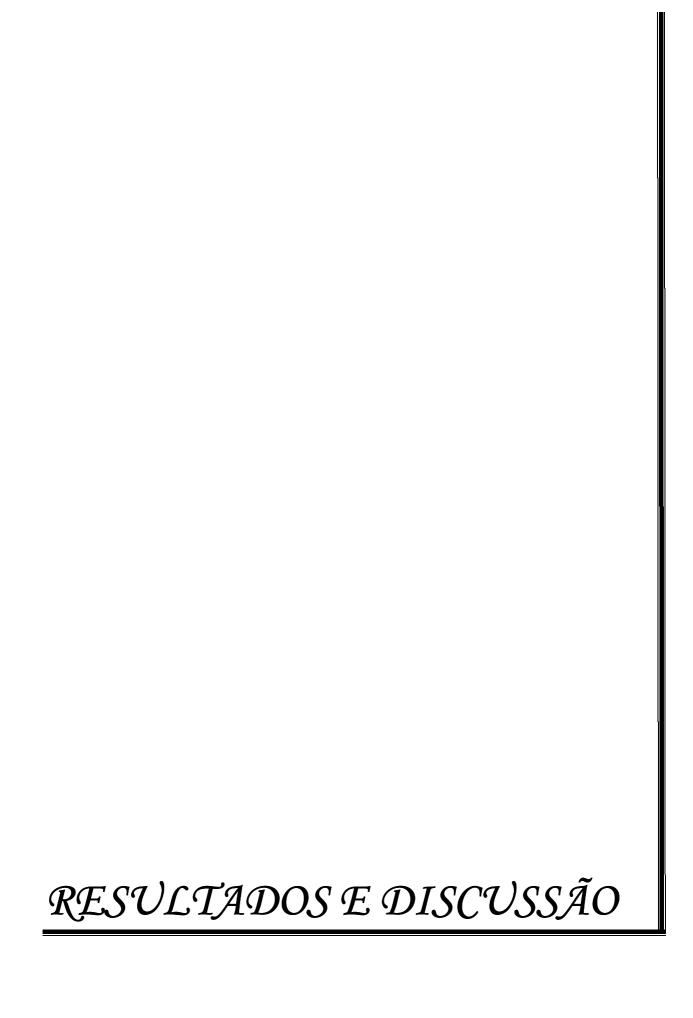
Após a leitura sistematizada das entrevistas para a realização da préanálise, as falas foram recortadas e distribuídas em categorias por semelhança de idéias. As categorias foram posteriormente denominadas como se segue.

- I Para atender ao objetivo específico de identificar as características do tipo de acidente de trabalho ou doença ocupacional que acomete esses trabalhadores (CEREST), foram extraídas as seguintes categorias:
- Afastamento em função de doença ocupacional: problemas relacionados à coluna cervical
- Afastamento em função de doença ocupacional: lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)
- Afastamento em função de doença ocupacional: transtornos mentais relacionados ao trabalho
- Afastamento em função de acidente de trabalho típico
- II Para atender ao objetivo específico de descrever as queixas à saúde apontadas pelos trabalhadores (CEREST) provocadas devido ao acidente de trabalho ou doença ocupacional, foram extraídas as seguintes categorias:
- A dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de LER/DORT
- A dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de afecções da coluna
- Limitações físicas no trabalho decorrentes do acidente de trabalho típico
- Problema psicológico relacionado ao trabalho como principal queixa
- III Para atender ao objetivo específico de compreender as razões que levam esses trabalhadores (CEREST) conhecerem ou desconhecerem os seus direitos, foram extraídas as seguintes categorias:
- Trabalhadores não sabem nada
- Trabalhadores conhecem pouco
- Acesso à informação e o exercício dos direitos
- Decepção em relação ao empregador
- Meios de acesso para obtenção das informações

A partir desta categorização e tratamento dos dados obtidos, procedeu-se à interpretação e discussão dos resultados desta fase do estudo.

Disseminação dos Resultados

Os resultados do estudo serão divulgados a todos os participantes da investigação e aos órgãos governamentais do município. Serão apresentados em congressos nacionais e internacionais e publicados em periódicos nacionais e internacionais.



Direito à Saúde e ao Trabalho de pacientes acometidos por acidente de trabalho ou doença ocupacional atendidos no AST e CEREST - Regional de Ribeirão Preto-SP

Os resultados referentes à caracterização do perfil sócio-demográfico dos trabalhadores atendidos pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST) que sofreram acidente de trabalho ou estão acometidos por doença ocupacional, informações estas levantadas pela coleta de dados obtida por meio da aplicação dos questionários no AST, no âmbito da fase quantitativa do estudo, estão distribuídas em tabelas, as quais obedecem à seqüência dos objetivos propostos.

Quanto à caracterização dos sujeitos, os resultados encontram-se apresentados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Distribuição de trabalhadores do AST segundo sexo, estado civil e grau de escolaridade. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEIS	Freqüência	Percentual	Percentual Válido
SEXO			
Feminino	23	27,4	27,4
Masculino	61	72,6	72,6
Total	84	100,0	100,0
ESTADO CIVIL			
Solteiro	34	40,5	40,5
Divorciado	5	6,0	6,0
Casado	33	39,3	39,3
Separado	2	2,4	2,4
União Estável	10	11,9	11,9
Viúvo	_	_	_
Total	84	100,0	100,0
GRAU DE ESCOLARIDADE			
Ensino Fund. Completo	22	26,2	26,2
Ensino Fund. Incompleto	25	29,8	29,8
Ensino Médio Completo	27	32,1	32,1
Ensino Médio Incompleto	10	11,9	11,9
Ensino Superior Completo	_	_	_
Ensino Superior Incompleto	_	_	_
Analfabeto		_	_
Total	84	100,0	100,0

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST

Em relação às características sócio-demográficas dos respondentes, pode ser evidenciado que dos 84 trabalhadores que responderam as perguntas do questionário aplicado no AST, a maioria (72,6%) é do sexo masculino, ou seja, 61 dos respondentes eram homens; sendo que o sexo feminino perfaz um percentual de 27,4% (23 mulheres) do total de trabalhadores.

Nesse sentido, destaca-se que nos últimos anos, nota-se o aumento contínuo da participação das mulheres no mercado de trabalho, embora ainda sejam minoria. Em 2003, as trabalhadoras representavam 43% da população ocupada (8 milhões de pessoas). Em 2009 já correspondiam a 45,1% desse total, somando 9,6 milhões de pessoas. O aumento foi de 19,4%. O crescimento para os homens no período foi de 9,8% (in: Boletim Informativo CEREST RIBEIRÃO em ação. Ed. Trimestral. n. 06, jan.fev.mar., 2010). A expansão mais expressiva do total de trabalhadoras ocorreu na região metropolitana de Salvador (32,4%), sendo que no Rio de Janeiro apresentou o menor percentual de crescimento, de 10,9% (IBGE, 2010).

A cidade de Ribeirão Preto apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano no ano de 2000 de 0,855. A População Economicamente Ativa (PEA), segundo o Censo/2000 apresentou um total de 256.177 pessoas, sendo 144.960 para o sexo masculino e de 111.217 para o sexo feminino. m ob para segundo (MTE, 2010).

De acordo com dos dados do Ministério do Trabalho e Emprego de 31 de dezembro de 2008, o número de empregos formais para o município de Ribeirão Preto apresentou um total de 171.149, sendo 98.000 atividades desempenhadas pelo sexo masculino e 73.149 pelas mulheres. Deste total, 37.347 trabalhadores formais estão representados pela faixa etária de 16 a 24 anos. Segundo os dados apresentados, as atividades se apresentaram distribuídas pelos seguintes setores: serviços (78.115); comércio (49.751); indústria de transformação (21.516); construção civil (10.682); administração pública (9.522); agropecuária (1.036); serviços industriais de utilidade pública (442) e 85 para a atividade extrativa mineral (MTE, 2010).

A proporção homens e mulheres entre os trabalhadores pesquisados no referido AST, na época da coleta de dados do presente estudo, é menor do que a metade referente ao outro gênero. Acredita-se que pelo fato dos Ambulatórios de Saúde do Trabalhador estarem inseridos nas UBDS da cidade de Ribeirão Preto,

que são atualmente em número de cinco, e por também respeitarem o princípio de regionalização do SUS, os trabalhadores atendidos no AST da região norte da cidade, são trabalhadores provenientes daquela localização geográfica, pois são empregados das empresas daquela mesma região.

Evidencia-se, portanto, que a maioria dos trabalhadores atendidos por esse AST está fortemente relacionada às ocupações desempenhadas por homens, desta maneira confirmando a presença marcante do sexo masculino.

Quanto ao estado civil, 40,5% (34 sujeitos) dos trabalhadores são solteiros, 39,3% dos trabalhadores são casados (33 pessoas), 11,9% (10) vivem maritalmente no que o ordenamento jurídico brasileiro preconiza como união estável, 6,0% são divorciados 5 sujeitos) e apenas 2,4% (2) referem serem separados. Visualiza-se com os dados que a proporção de trabalhadores solteiros e casados fica muito próxima, havendo muito pouca diferença em relação aos números.

Segundo dados estatísticos do ano de 2008, fornecidos pelo IBGE, em relação ao número de casamentos e divórcios na cidade de Ribeirão Preto, apresentam-se os seguintes dados: 3.381 casamentos; 792 separações e 964 divórcios (IBGE, 2010).

Os **níveis de grau de escolaridade** encontrados entre os trabalhadores foram os seguintes: 32,1% (27 trabalhadores) possuem ensino médio completo, 29,8% (25 trabalhadores) possuem o ensino fundamental incompleto e 22 (26,2%) o ensino fundamental completo; sendo que o grau de escolaridade no ensino médio incompleto aparece com um percentual de 11,9, ou seja, 10 dos respondentes. Dos 84 trabalhadores respondentes, não houve nenhum caso contabilizado para o grau de ensino superior, muito menos para o item analfabeto. Segundo o Censo/2000 elaborado pelo IBGE, a população residente de Ribeirão Preto era de 504.923 habitantes, sendo que a taxa de analfabetismo para pessoas de 10 anos ou mais de idade era de 3,86% (BRASIL, MTE, 2010).

O Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) estabelece como meta, que 2022 o IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) do Brasil seja 6.0, média que corresponde a um sistema educacional de qualidade comparável a dos países desenvolvidos. O Ideb também é importante por ser condutor de política pública em prol da qualidade da educação. É a ferramenta para acompanhamento das metas de qualidade do PDE para a educação básica. O Ideb observado para o Brasil nos anos iniciais do Ensino Fundamental foi de 4.6 e para os anos finais do

Ensino Fundamental foi de 4.0 no ano de 2009. Para o Ensino Médio o Ideb observado foi de 3.6 para o mesmo ano. Para o município de Ribeirão Preto o Ideb observado para a 4ª série (5º ano) foi de 5.0 e para a 8ª série (9º ano) o Ideb observado foi de 4.3 no ano de 2009 (BRASIL, MEC, 2010). A cidade de Ribeirão Preto ficou um pouco abaixo da meta projetada (5.1) para a 4ª série no ano de 2009 (5.0 Ideb observado), já para a 8ª série no ano de 2009, Ribeirão Preto tinha a meta projetada em 4.1 e alcanço o Ideb observado de 4.3, portanto, superando a meta pré estabelecida.

Em relação à *faixa etária*, a caracterização dos trabalhadores, encontra-se apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de trabalhadores do AST, segundo a distribuição da faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

Variável	Sexo	n	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
	FEMININO	23	32,43	9,73	17,00	50,00	25,00	30,00	41,00
IDADE	MASCULINO	61	33,23	10,62	18,00	64,00	25,50	30,00	40,50
	Total	84	33,01	10,34	17,00	64,00	25,25	30,00	40,75

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

A variável *idade* por tratar-se de variável contínua (a questão foi formulada para que fosse colocada a data de nascimento, com dia, mês e ano); não apresenta categorias, a priori. A descrição é feita por meio de cálculo de medidas-resumo.

Dos 84 respondentes, observou-se a média de idade de 32 anos para o sexo feminino (23 mulheres depoentes), sendo que a menor idade para as mulheres foi de 17 e a máxima de 50 anos; para o sexo masculino (61 homens). A média de idade é de 33 anos, sendo que a menor idade encontrada para os homens foi de 18 e a máxima de 64 anos.

Portanto, em relação à faixa etária a maioria dos respondentes possui a média de idade de 33,01 anos.

A Tabela 3 descreve o local de residência dos trabalhadores atendidos no AST.

Tabela 3 - Distribuição de trabalhadores do AST segundo a cidade e bairro de residência. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEIS	Freqüência	Percentual	Percentual Válido
CIDADE DE RESIDÊNCIA			
RIBEIRÃO PRETO	78	92,9	94,0
SERRANA	2	2,4	2,4
PRADÓPOLIS	2	2,4	2,4
SÃO PAULO	1	1,2	1,2
Total válido	83	98,8	100,0
Em branco	1	1,2	_
Total	84	100,0	_
BAIRRO DE RESIDÊNCIA			
Vila Carvalho	1	1,2	1,2
Diva Tarlá de Carvalho	2	2,4	2,4
Avelino Alves Palma	6	7,1	7,3
Adelino Simioni	8	9,5	9,8
Ribeirão Verde	9	10,7	11,0
Vila Mariana	7	8,3	8,5
Quintino Facci II	11	13,1	13,4
Jd. Jóckey Club	2	2,4	2,4
Jd. Aeroporto	2	2,4	2,4
Jd. Salgado Filho I	5	6,0	6,1
Valentina Figueiredo	3	3,6	3,7
Centro (cidade de Serrana)	1	1,2	1,2
Parque Industrial Tanquinho	3	3,6	3,7
Jd. Jandaia	4	4,8	4,9
Quintino Facci I	2	2,4	2,4
Jd. Salgado Filho II	2	2,4	2,4
Centro (cidade de Pradópolis)	2	2,4	2,4
Jd. Heitor Rigon	2	2,4	2,4
Jd. da Rosa 3 (cidade de	4	4.0	1.0
Serrana)	1	1,2	1,2
Jd. Florestan Fernandes	2	2,4	2,4
Geraldo Correia de Carvalho	1	1,2	1,2
Jd. lara	1	1,2	1,2
Jd. Helena	2	2,4	2,4

continua...

Vila Elisa	1	1,2	1,2
Parque dos Pinus	1	1,2	1,2
Vila Virgínia	1	1,2	1,2
Total válido	82	97,6	100,0
Em branco	2	2,4	_
Total	84	100,0	_

conclusão.

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

Observa-se que a maioria dos trabalhadores residem na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo (92,9%). Para outras cidades, foram encontrados o percentual de 2,4% para o município de Serrana e o mesmo percentual para Pradópolis, ou seja, cidades bem próximas de Ribeirão Preto. Apesar de Ribeirão Preto ser considerada um dos pólos de maior desenvolvimento no Estado de São Paulo e possuir boas oportunidades para o mercado de trabalho, tem a sua maior fatia de empregos concentrada no setor de serviços e não no pólo industrial. Contudo, de qualquer maneira, ainda assim oferece melhores oportunidades de trabalho do que a maioria das cidades dessa região do Estado. No presente estudo, 5 trabalhadores (6,0%) eram provenientes das cidades mencionadas acima e apenas 1 trabalhador de São Paulo (1,2%), que estava prestando serviço em uma filial de sua empresa matriz.

No presente estudo, 5 trabalhadores (6,0%) eram provenientes das cidades mencionadas acima e apenas 1 trabalhador de São Paulo (1,2%) que estava prestando serviço em uma filial de sua empresa matriz.

Destaca-se também que a maioria dos bairros apresentados nesse estudo pertencem à região norte da cidade de Ribeirão Preto, sendo que 22 (94%) dos bairros citados pelos trabalhadores estão localizados na região da área de abrangência da UBDS onde está inserido o AST, local escolhido para a aplicação dos questionários dessa pesquisa.

Os trabalhadores que sofrem um acidente de trabalho, que são acometidos por doença ocupacional ou problemas relacionados à saúde do trabalhador devem procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou o Pronto Atendimento (PA) mais próximo de sua residência ou local de trabalho. O fluxo de atendimento preconizado na área de saúde do trabalhador de Ribeirão Preto

estabelece que após o primeiro atendimento na UBS, PA ou PSF (Programa de Saúde da Família), se for necessário, o trabalhador será encaminhado ao Ambulatório de Saúde do Trabalhador da Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) da área de abrangência.

Ainda em relação aos bairros de residência dos trabalhadores, 2 (2,4%) são da cidade de Pradópolis, outros 2 trabalhadores moradores no centro da cidade de Serrana e, um bairro da cidade de Ribeirão Preto que não pertence à região norte da cidade. Somente duas pessoas (2,4%) deixaram de responder esta pergunta.

Continuando a caracterização do perfil sócio-demográfico dos trabalhadores atendidos pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador, obtidos através dos questionários aplicados no AST, as ocupações dos sujeitos são detalhadas na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Distribuição de trabalhadores do AST segundo as ocupações exercidas no trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

OCUPAÇÃO DO TRABALHADOR NA EMPRESA	Frequência	Percentual	Percentual Válido
auxiliar de depósito	1	1,2	1,2
eletricista auto-tensão	1	1,2	1,2
vigilante	1	1,2	1,2
instalador de material isolante, a mão (edificações)	2	2,4	2,4
teleoperadora	1	1,2	1,2
auxiliar de linha de produção	10	11,9	11,9
auxiliar de serviços gerais	3	3,6	3,6
auxiliar de almoxarifado	1	1,2	1,2
empregada doméstica	2	2,4	2,4
eletricista de instalações	2	2,4	2,4
açougueiro	1	1,2	1,2
atendente de balcão	3	3,6	3,6
cortador de cana-de-açúcar	3	3,6	3,6
auxiliar de limpeza	3	3,6	3,6
auxiliar de mecânica de autos	1	1,2	1,2
serralheiro	2	2,4	2,4
porteiro	1	1,2	1,2
promotora de vendas	1	1,2	1,2
mecânico montador de motores de explosão e diesel	1	1,2	1,2

continua...

ajustador mecânico	1	1,2	1,2
estoquista	2	2,4	2,4
agente comunitária de saúde	1	1,2	1,2
extrusor de borracha	1	1,2	1,2
encarregado de construção civil	1	1,2	1,2
auxiliar de escritório	1	1,2	1,2
agente de segurança	1	1,2	1,2
conferente de carga e descarga	1	1,2	1,2
marceneiro	3	3,6	3,6
pedreiro	3	3,6	3,6
recepcionista secretária	2	2,4	2,4
colador de cartazes	1	1,2	1,2
soldador	1	1,2	1,2
auxiliar de montagem	1	1,2	1,2
balconista de lanchonete	3	3,6	3,6
moleiro	2	2,4	2,4
ajudante da construção civil	1	1,2	1,2
preparador de estruturas metálicas	1	1,2	1,2
operador de fresadora	1	1,2	1,2
vendedora de comércio varejista	1	1,2	1,2
ajudante de pátio	1	1,2	1,2
trabalhador da manutenção de edificações	1	1,2	1,2
empacotador, a mão	1	1,2	1,2
jateador de vidro	1	1,2	1,2
poceiro (edificações)	1	1,2	1,2
coletor de lixo	2	2,4	2,4
motorista	1	1,2	1,2
merendeira	1	1,2	1,2
operador de máquinas fixas, em geral	1	1,2	1,2
encarregado de açougue	1	1,2	1,2
torneiro mecânico	1	1,2	1,2
ajudante de carga e descarga	1	1,2	1,2
operador de máquina de cortar e dobrar	1	1,2	1,2
jardineiro	1	1,2	1,2
Total	84	100,0	100,0
			CC

conclusão.

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

Em relação à variável **ocupação**, observa-se que 10 dos trabalhadores exercem a ocupação identificada no Código Brasileiro de Ocupações (CBO) como auxiliar de linha de produção, correspondendo a 11,9%. Na seqüência há os trabalhadores com o percentual de 3,6% (3 pessoas por categoria) representados pelas ocupações: auxiliar de serviços gerais, atendente de balcão, cortador de canade-açúcar, auxiliar de limpeza, marceneiro, pedreiro e balconista de lanchonete.

Com o percentual de 2,4% (2 pessoas por categoria) foram encontradas as ocupações de instalador de material isolante a mão, empregada doméstica, eletricista de instalações, serralheiro, estoquista, recepcionista secretária, moleiro e coletor de lixo; as ocupações de auxiliar de depósito, eletricista de alta tensão, vigilante, teleoperadora, auxiliar de almoxarifado, açougueiro, auxiliar de mecânica de autos, porteiro, promotora de vendas, mecânico montador de motores de explosão e diesel, ajustador mecânico, agente comunitária de saúde, extrusor de borracha, encarregado de construção civil, auxiliar de escritório, agente de segurança, conferente de carga e descarga, colador de cartazes, soldador, auxiliar de montagem, ajudante da construção civil, preparador de estruturas metálicas, operador de fresadora, vendedora de comércio varejista, trabalhador da manutenção de edificações, empacotador, jateador de vidro, poceiro, motorista, merendeira, operador de máquinas fixas, encarregado de açougue, torneiro mecânico, ajudante de carga e descarga, operador de máquina de cortar e dobrar e jardineiro, com um percentual igual para essas categorias de 1,2 % dos respondentes.

O número de empregos formais em 31 de dezembro de 2008 no município de Ribeirão Preto, segundo dados do MTE mostram que as ocupações com maiores estoques neste período foram: auxiliar de escritório (4.626 para o sexo masculino e 8.169 para o sexo feminino); vendedor de comércio varejista (4.940 para o sexo masculino e 5.794 para o feminino); faxineiro (1.258 para o sexo masculino e 4.209 para o feminino); assistente administrativo (1.777 para o sexo masculino e 3.306 para o feminino) e auxiliar de enfermagem, sendo 852 para o sexo masculino e 2.941 para o feminino (BRASIL, MTE, 2010).

Ainda em relação ao primeiro objetivo específico, outras características relacionadas ao trabalho dos sujeitos são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de trabalhadores do AST segundo o número de horas trabalhadas por dia, período de trabalho, esquema de turno de trabalho e trabalho nos finais de semana e/ou feriados. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEIS	Freqüência	Percentual	Percentual
			Válido
NÚMERO DE HORAS			
TRABALHADAS NA EMPRESA			
4 horas	1	1,2	1,2
6 horas	1	1,2	1,2
8 horas	38	45,2	45,2
12 horas	5	6,0	6,0
Outro horário	39	46,4	46,4
Total	84	100,0	100,0
PERÍODO DE TRABALHO			
Diurno	77	91,7	91,7
Noturno	2	2,4	2,4
Vespertino	5	6,0	6,0
Total	84	100,0	100,0
ESQUEMA DE TURNO DE			
TRABALHO			
Turno de trabalho fixo	72	85,7	86,7
Turno de trabalho alternado	11	13,1	13,3
Total válido	83	98,8	100,0
Em branco	1	1,2	_
Total	84	100,0	_
TRABALHA NOS FINAIS DE			
SEMANA E/OU FERIADOS			
Aos sábados	23	27,4	59,0
Sábados e domingos	2	2,4	5,1
Sábados, domingos e feriados	14	16,7	35,9
Total válido	39	46,4	100,0
Não se aplica	45	53,6	_
Total	84	100,0	_

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST

Percebe-se que o percentual de 46,4% (39 dos respondentes) possuem carga horária assinalada como item *outro horário*, sendo que responderam que cumprem uma jornada entre 9 ou 10 horas de trabalho diárias, pois fazem compensação da jornada de trabalho por não laborarem aos sábados, uma vez que têm que cumprir a carga horária de 44 horas semanais de acordo com o que dispõe a Constituição Federal de 1988 (NOVAES FILHO, 2005). Alguns trabalhadores também referiram que às vezes precisam fazer horas extras, sendo que alguns afirmam que são remuneradas e outros mencionam que são computadas no "banco de horas" das empresas. De acordo com a legislação a prática de "banco de horas" é ilegal para pagamento de horas extraordinárias (horas extras). As horas trabalhadas extraordinariamente devem ser pagas em dinheiro e com o devido acréscimo legal (CF, art. 7, inciso XVI).

Em relação à carga horária de 12 horas por dia, encontramos um percentual de 6,0 dos respondentes, sendo que a mesma se refere aos trabalhadores que possuem ocupações que necessitam cumprir a jornada de trabalho de 12/36 horas, ou seja, ocupações características de revezamento de plantões, portanto, laborando inclusive aos sábados, domingos e feriados. O percentual de 1,2 relativo à carga horária de 4 horas (1 trabalhador) também se repete para a carga horária de 6 horas, que podem ser evidenciadas em algumas ocupações quando existe acordo entre o empregado e empregador por uma jornada de trabalho reduzida com remuneração proporcional às horas trabalhadas, desde que se respeite os dispositivos das normas constitucionais e infraconstitucionais.

Em relação ao *período de trabalho*, os dados demonstram que o período diurno de trabalho é o preponderante entre os trabalhadores (91,7%) que representa 77 sujeitos; o período vespertino perfaz um total de 6,0% e o período noturno com um percentual de apenas 2,4% (2 trabalhadores).

No que diz respeito ao *esquema de turno de trabalho*, a maioria dos trabalhadores (72 pessoas) laboram em turno de trabalho fixo, ou seja, possuem horário fixo de entrada e saída do trabalho, o que corrobora com o período de trabalho diurno mencionado acima, posto que se pode evidenciar que não existe a prática de alternância de horários, apenas com exceção de quando há necessidade de hora extra, que segundo os entrevistados são em caráter eventual. Para o turno de trabalho alternado há 11 respondentes, totalizando um percentual de 13,1 e 1,2% corresponde a apenas um trabalhador que deixou a pergunta em branco.

Para a variável trabalha nos finais de semana e/ou feriados, 27,4% (23 trabalhadores) referiram que laboram aos sábados e afirmaram que era para completar a carga horária com o objetivo de cumprir a jornada de trabalho de 44 horas semanais exigidas pela empresa; 16,7% (14 sujeitos) declararam que trabalham aos sábados, domingos e feriados devido à ocupação que desempenham na empresa, exigindo-se que trabalhem nesses dias e folguem durante os outros dias da semana, O percentual de 2,4 corresponde a apenas 2 trabalhadores que mencionaram trabalhar aos sábados e domingos.

Dos 84 trabalhadores, 53,6% (45 pessoas) declararam que não trabalham aos sábados, domingos ou feriados, pelo fato de cumprirem uma carga horária superior a 8 horas diárias (de 9 a 10 horas/dia), com o objetivo de completar as horas não trabalhadas aos sábados para garantir o *quantum* necessário para cumprir as 44 horas semanais exigidas pela legislação (CF, art. 7, XIII). A CF de 1988 dispõe no seu artigo 7, XIII, que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais "a duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho" (MORAES, 2009).

O acordo de compensação de horas (banco de horas), é o ajuste escrito para a distribuição do excesso de horas de uma jornada, em outra ou outras jornadas no período de um ano (CLT, art. 59, §2º), até 2 (duas) horas por dia, não podendo ultrapassar 10 horas diárias. Não há remuneração pois há compensação das horas. É realizado por acordo coletivo ou individual ou convenção coletiva. É cabível a todos empregados, inclusive menores de 18 anos, vedado aos aprendizes, nos contratos a tempo parcial e nas atividades insalubres e perigosas (salvo prévia licença do MTE) ou mediante acordo coletivo ou convenção coletiva (Súmula 349, TST) (SANTOS, 2005).

Outras características relacionadas ao trabalho dos sujeitos do estudo são apresentadas na Tabela 6, a seguir.

Tabela 6 - Distribuição de trabalhadores do AST segundo o vínculo empregatício, anos de trabalho na empresa e faixa salarial. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEIS	Freqüência	Percentual	Percentual
			Válido
VÍNCULO EMPREGATÍCIO			
Empregado com registro na CTPS	81	96,4	96,4
Autônomo	1	1,2	1,2
Empregado sem registro na CTPS	2	2,4	2,4
Funcionário público	_	_	_
Trabalhador informal	_	_	_
Outros	_	_	_
Total	84	100,0	100,0
ANOS DE TRABALHO NA EMPRESA			
Menos de 1 ano	42	50,0	50,0
De 1 a 5 anos	32	38,1	38,1
De 6 a 10 anos	7	8,3	8,3
De 11 a 15 anos	_	_	_
De 16 a 20 anos	1	1,2	1,2
Mais de 20 anos	2	2,4	2,4
Total	84	100,0	100,0
FAIXA SALARIAL			
Menos de 1 salário mínimo	2	2,4	2,4
1 salário mínimo	10	11,9	11,9
De 2 a 3 salários mínimos	58	69,0	69,0
De 4 a 5 salários mínimos	2	2,4	2,4
De 6 a 8 salários mínimos	_	_	_
De 9 a 11 salários mínimos	_	_	_
De 12 a 14 salários mínimos	_	_	_
1 salário mínimo e meio	12	14,3	14,3
Total	84	100,0	100,0

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

No que se refere ao **vínculo empregatício** dos trabalhadores, destaca-se a grande maioria dos sujeitos (81 pessoas) que corresponde a 96,4% são trabalhadores que possuem a anotação de seu contrato de trabalho na CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), o que evidencia que os empregadores daquela região da cidade estão cumprindo essa obrigação imposta pela legislação

(CLT, art. 29), realizando o registro do contrato de trabalho de seus empregados (COSTA et al., 2009). Quanto a trabalhador sem o devido registro na CTPS, foram encontrados 2 (2,4% dos respondentes) e, apenas um trabalhador autônomo (1,2%). Ressalta-se que não foi evidenciado nenhum trabalhador informal ou funcionário público no período da coleta dos dados no AST ora escolhido para a realização deste estudo.

A população economicamente ativa (PEA) de acordo com o Censo/2000 (IBGE) para o município de Ribeirão Preto apresentou os seguintes dados para o PEA ocupada: um total de 221.241, sendo 128.745 para o sexo masculino e de 92.496 para o sexo feminino. Para o mesmo período, o número de trabalhadores formais foram de 66.698 para o sexo masculino e de 48.481 para o feminino; já para os trabalhadores informais o sexo masculino foi representado por 52.925 e as mulheres um total de 24.876 (BRASIL, MTE, 2010). O número apresentado para trabalhadores formais, ou seja, aqueles com vínculo empregatício formal (anotação na CTPS) no Censo/2000 foi maior do que para os trabalhadores informais, corroborando com os dados encontrados neste estudo que demonstram um percentual de 96,4% de trabalhadores com registro na CTPS. Insta salientar, entretanto, que a diferença percentual encontrada pelo Censo/2000 gira em torno de 33%.

Em relação *ao* **tempo de trabalho na empresa**, o período inferior a 1 ano de trabalho é representado por 50% (42 trabalhadores), o que pode ser devido ao aparecimento de novos postos de trabalho com absorção dos trabalhadores desempregados, ou em função da rotatividade de trabalhadores em virtude da escassez de mão de obra qualificada, fazendo com que não ocorra uma permanência maior desses empregados nas empresas. Dados fornecidos pelo *site* do Ministério do Trabalho e Emprego corrobora com os resultados encontrados neste estudo, divulgando que com relação à flutuação do emprego formal de janeiro até maio de 2010, os maiores deslocamentos de trabalhadores em Ribeirão Preto ocorreram no setor serviços (15.564), comércio (12.730), construção civil (3.665) e indústria de transformação foram 3.566 (BRASIL, MTE, 2010).

O lapso temporal de 1 a 5 anos corresponde a 38,1% que representa 32 entrevistados, confirmando a constatação do pouco período de permanência do trabalhador nas empresas. O período de 6 a 10 anos perfaz um total de 8,3% (7 sujeitos); há 2 respondentes (2,4%) para o período de mais de 20 anos e apenas um

trabalhador (1,2%) que está na mesma empresa por um período compreendido entre 16 a 20 anos.

A intermediação de mão-de-obra em Ribeirão Preto no período de janeiro até dezembro de 2009 segundo informações para o Sistema Público de Emprego e Renda apresentou os seguintes indicadores: inscritos (17.503), vagas captadas (8.308), encaminhados (16.695) e colocados foram 1.466 trabalhadores. (BRASIL, MTE, 2010). Constata-se, portanto, que há uma grande rotatividade de trabalhadores dentro das empresas. Infere-se, que não haja tempo suficiente para fornecer treinamentos capazes de oferecer condições seguras no desempenho de suas ocupações, acarretando desta maneira um número elevado de acidentes de trabalho no município.

Quanto à **faixa salarial** percebida pelo trabalhador na empresa, 69,0% que representa 58 dos sujeitos, estão compreendidos na faixa salarial de 1 a 3 salários mínimos vigentes no país. O salário médio de admissão na cidade de Ribeirão Preto no período de janeiro até maio de 2010 corresponde aos seguintes valores: R\$ 839,60 na extrativa mineral, R\$ 994,47 na indústria de transformação, R\$ 909,79 nos serviços industriais de utilidade pública, R\$ 905,90 na construção civil, R\$ 804,48 no comércio, R\$ 813,73 no setor serviços, R\$ 1.456,54 na administração pública e R% 665,50 na agropecuária (BRASIL, MTE, 2010).

A faixa salarial que corresponde a 1 salário mínimo e meio não estava representada no questionário. Entretanto como a sua ocorrência foi significativa, foi incluída, e 12 trabalhadores (14,3%) identificaram essa faixa salarial. Quanto ao recebimento de 1 salário mínimo, 10 trabalhadores (11,9%) mencionaram que recebem este valor. Ainda, a faixa salarial percebida de 4 a 5 salários mínimos e menos de 1 salário mínimo ficaram ambas com o mesmo percentual de 2,4%. Não ocorreu nenhuma referência por parte dos trabalhadores entrevistados para valores acima de 6 salários mínimos.

O salário médio de admissão compreendido de janeiro até maio de 2010 na cidade de Ribeirão Preto representado pelas ocupações com maiores saldos foram: auxiliar de escritório, servente de obras, faxineiro, trabalhador da cultura de cana-de-açúcar e assistente administrativo. Já as ocupações com menores saldos quanto ao salário médio de admissão são: agente comunitário de saúde, operador de caixa, operador de acabamento (indústria gráfica), operador de telemarketing e repositor de mercadorias. A média salarial descrita para o município de Ribeirão

Preto é de 3,3 salários mínimos (BRASIL, MTE, 2010). Este índice fornecido pelo MTE corrobora com os resultados encontrados no presente estudo, posto que, 58 sujeitos (69,0%) percebem remuneração compreendida na faixa salarial de 1 a 3 salários mínimos vigente no país.

Observa-se, então, que a maioria dos trabalhadores, de acordo com as ocupações referidas, recebem como remuneração o piso salarial correspondente a sua categoria profissional.

Outras características relacionadas ao trabalho destes sujeitos são demonstradas na Tabela 7, a seguir.

Tabela 7 - Distribuição de trabalhadores do AST segundo a existência de outro emprego, remuneração, número de horas trabalhadas por dia e tipo de atividade desenvolvida nesse outro trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEIS	Freqüência	Percentual	Percentual
			Válido
OUTRO TRABALHO ALÉM DESSA			
EMPRESA			
Não	79	94,0	94,0
Sim	5	6,0	6,0
Total	84	100,0	100,0
REMUNERAÇÃO NESSE OUTRO			
TRABALHO			
Sim	5	6,0	100,0
Não se aplica	79	94,0	_
Total	84	100,0	_
NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS			
NESSE OUTRO TRABALHO			
6 horas	2	2,4	40,0
8 horas	1	1,2	20,0
2 horas	1	1,2	20,0
9 horas	1	1,2	20,0
Total válido	5	6,0	100,0
Não se aplica	79	94,0	_
Total	84	100,0	_
TIPO DE ATIVIDADE EXERCIDA NESSE			
OUTRO TRABALHO			
Jardineiro (trabalha como bico)	1	1,2	20,0
Diarista	1	1,2	20,0
Balconista no comércio	1	1,2	20,0
Atendente de restaurante	1	1,2	20,0
Trabalha com moto entrega	1	1,2	20,0
Total válido	5	6,0	100,0
Não se aplica	79	94,0	_
Total	84	100,0	_

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

Aos trabalhadores foi perguntado se **trabalhavam em outro serviço** além da empresa onde prestam regularmente a sua atividade laboral e, apenas 6,0% (5) possuem outro emprego além daquele exercido na empresa onde ocorreu o acidente de trabalho ou onde foi adquirida a doença ocupacional, e recebem remuneração neste outro trabalho. Portanto, a maioria dos trabalhadores (94,0%) referem ter apenas uma única renda, no que diz respeito ao labor.

Quanto ao número de horas trabalhadas neste outro emprego, evidenciase que aparecem cargas horárias diversas, sendo que 2 dos respondentes (2,4%) trabalham 6 horas e; para 2 horas, 8 horas e 9 horas foram citados o percentual de 1,2% (1 pessoa) respectivamente para cada período mencionado.

Dos 5 sujeitos que relataram ter outro trabalho, as atividades laborais exercidas foram as ocupações de jardineiro (mencionado pelo trabalhador como "bico"), a ocupação de diarista (1 pessoa), balconista no comércio, atendente de restaurante e outro trabalhador que referiu trabalhar com "moto entrega". Esses trabalhadores afirmaram que possuem estes "trabalhos extras" para poderem complementar os ganhos percebidos no emprego regular, pois alegaram que os seus salários não são suficientes para a sua sobrevivência.

Segundo estimativas do IBGE/PNAD, em 2008, mais da metade (54,5% e 50.355.275 pessoas) de um total de 92.395.000 de pessoas ocupadas não eram contribuintes de instituto de Previdência Social no trabalho principal. Do total de pessoas ocupadas, 52,14% encontravam-se em situação de trabalho precária, considerando os vínculos de emprego sem carteira assinada (inclusive trabalhadores domésticos), por conta própria, trabalhadores na construção e na produção para o próprio consumo e os não remunerados, totalizando 48.173.000 pessoas nessas condições. A População Economicamente Ativa estimada em 2008 foi de 99,5 milhões de pessoas (BRASIL, IBGE, PNAD, 2008).

No que se refere às informações a respeito dos riscos no trabalho e a existência de treinamentos, cursos ou orientações em relação a esses riscos, bem como sobre o uso de equipamento de proteção individual pelo trabalhador, foram observados os seguintes resultados detalhados na Tabela 8 que se segue.

Tabela 8 - Distribuição de trabalhadores do AST segundo as informações à respeito dos riscos no trabalho; existência de treinamentos, cursos ou orientações e o uso de equipamento de proteção individual. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEIS	Freqüência	Percentual	Percentual
			Válido
HÁ RISCOS NO SEU TRABALHO PARA			
A SUA SAÚDE E SUA VIDA			
Sim	64	76,2	76,2
Não	16	19,0	19,0
Talvez	4	4,8	4,8
Prefiro não responder	_		_
Total	84	100,0	100,0
RECEBEU TREINAMENTO, CURSO OU			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAR SEU			
TRABALHO			
Sim	54	64,3	64,3
Não	30	35,7	35,7
Prefiro não responder	_	_	_
Total	84	100,0	100,0
RECEBEU EPIS PARA REALIZAR O SEU			
TRABALHO HABITUAL			
Não	22	26,2	26,2
Sim	62	73,8	73,8
Não sei informar	_		_
Prefiro não responder	_		_
Total	84	100,0	100,0

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

Evidencia-se que a maioria (64 sujeitos), menciona que há riscos no trabalho para a sua saúde e vida, apresentando um percentual de 76,2 em contraposição a àqueles que responderam que não vislumbram qualquer risco no exercício do seu trabalho (19,0%), 16 sujeitos. O item "talvez" aparece com um percentual de 4,8% (4 trabalhadores) e o item "prefiro não responder" não foi mencionado.

Quando perguntado se o trabalhador recebeu treinamento, algum tipo de

curso ou orientações para realizar seu trabalho, 64,3% (54) relataram que receberam pelo menos algum tipo de orientação para a realização do seu trabalho; entretanto, 35,7% (30) não receberam nenhum tipo de informação sobre os riscos do seu trabalho, como desempenhar suas funções, o uso adequado dos equipamentos de proteção individual e outras informações relevantes para um bom e seguro desempenho de suas atividades.

Com relação ao recebimento dos EPIs para realizar o seu trabalho habitual, 26,2% (22) responderam que não receberam qualquer equipamento de segurança para trabalharem, sendo que 62 dos respondentes (73,8%) referem que receberam os equipamentos de proteção individual necessários para exercer com segurança as suas atividades no local de trabalho. No que diz respeito à questão aberta sobre quais equipamentos de proteção os trabalhadores utilizam para o trabalho, todos aqueles que responderam que receberam os EPIs souberam mencioná-los corretamente.

As empresas pequenas, que não possuem profissionais de segurança, costumam se preocupar pouco com a prevenção de acidentes (LÉVY, 1999).

De acordo com a NR-6 (Norma Regulamentadora nº 6 do Ministério do Trabalho e Emprego), os equipamentos de proteção individual devem ser fornecidos de forma gratuita para os empregados sempre que as medidas de proteção coletiva não forem viáveis do ponto de vista técnico ou não oferecerem completa proteção aos operários. Os EPIs costumam ser, entretanto, um dos bons indicadores das condições de segurança de uma empresa. Contudo, se não houver o desenvolvimento de um programa de segurança do trabalho ou se a empresa preferir, ao invés de eliminar os riscos na fonte geradora, apenas proteger os trabalhadores com esse tipo de equipamento, os resultados práticos serão nulos (GARCIA, 2008).

As empresas sabem, ou pelo menos deveriam saber, apesar de algumas micro ou pequenas empresas alegarem desconhecimento dessas questões, que cabe ao empregador treinar o trabalhador para o uso apropriado e obrigatório desses equipamentos, responsabilizando-se pela higienização e manutenção periódicas (CLT artigos 166, 167; e NR-6).

Ressalta-se, ainda, que o empregado pode ser advertido e demitido se não cumprir com as determinações de segurança e o uso devido dos EPIs fornecidos pelo empregador (CLT, artigo 158)

Nesse sentido, Lévy (1999) argumenta que os fornecedores dos equipamentos de segurança deveriam ser comunicados se existe algum problema com o seu produto e uma avaliação de sua qualidade e durabilidade deveria sempre ser checada pelas empresas.

Segundo afirma Lévy, conforto é sinônimo de uso, se o equipamento incomodar, haverá resistência dos operários. Por isso, a qualidade do EPI é tão importante (REVISTA CONSTRUÇÃO, 1999).

Outro ponto relevante é o treinamento. De nada adianta possuir os EPIs apenas para cumprir a lei, sem garantir o uso da maneira adequada. Existe o treinamento inicial do trabalhador, dentro das seis horas obrigatórias, que deve incluir orientações sobre o uso correto dos equipamentos, mas a empresa deve atentar-se para os treinamentos periódicos e os específicos para atividades extraordinárias (GARCIA, 2008).

Várias são as técnicas ou maneiras de se propiciar um bom treinamento aos trabalhadores nas questões pertinentes aos conhecimentos que os mesmos devem adquirir sobre segurança do trabalho.

Nessa perspectiva, as empresas devem implantar, ou aquelas que já possuem algum tipo de treinamento, podem implementar políticas de segurança do trabalho que se preocupem com os sistemas de saúde e segurança nas suas organizações, realizando treinamentos com filmes, palestras ou qualquer outro tipo de atividade (recurso técnico) que seja interessante para despertar no trabalhador o quanto o uso desses EPIs e o seguimento das normas de segurança do trabalho de maneira efetiva são importantes para a sua saúde e, muitas vezes, para a preservação da sua própria vida.

Em relação ao objetivo específico de identificar as características do tipo de acidente de trabalho ou doença ocupacional que acomete esses trabalhadores, foram obtidas informações das respostas dos questionários aplicados no AST, bem como das entrevistas realizadas com os pacientes referenciados para o CEREST.

Quanto às informações referentes as respostas mencionadas pelos trabalhadores do AST, os dados encontram-se apresentados na Tabela 9, a seguir.

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores do AST, segundo o motivo do seu encaminhamento para o ambulatório, se ocorreu outro acidente na mesma empresa, se houve emissão da CAT, situação em relação ao afastamento e Previdência Social. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEIS	f	%	Percentual válido
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO PARA O AST			
Acidente de trabalho típico	58	69,0	69,0
Doença ocupacional	8	9,5	9,5
Acidente de trajeto	14	16,7	16,7
Doença ocupacional sob investigação	4	4,8	4,8
Total	84	100,0	100,0
OUTRO ACIDENTE NA MESMA EMPRESA			
Não	73	86,9	88,0
Sim	10	11,9	12,0
Total válido	83	98,8	100,0
Em branco	1	1,2	_
Total	84	100,0	_
FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT)			
Sim	45	53,6	53,6
Não	38	45,2	45,2
RAAT	1	1,2	1,2
Total	84	100,0	100,0
SITUAÇÃO EM RELAÇÃO AO AFASTAMENTO DO TRABALHO			
Sem afastamento	3	3,6	3,6
Afastamento menor ou igual a 15 dias	63	75,0	75,0
Afastamento maior ou igual a 16 dias	18	21,4	21,4
Total	84	100,0	100,0
SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À PREVIDÊNCIA SOCIAL			
Sem benefício	5	6,0	6,2
Auxílio-doença	5	6,0	6,2
Auxílio-doença acidentário	9	10,7	11,1
Não sei informar	2	2,4	2,5
Afastamento pela empresa (até 15 dias ou menos)	60	71,4	74,1
Aposentadoria	_	_	_
Total válido	81	96,4	100,0
Não se aplica (sem afastamento)	3	3,6	_
Total	84	100,0	_

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

Evidencia-se que a maioria (58 sujeitos) refere que o motivo de seu encaminhamento para o Ambulatório de Saúde do Trabalhador da UBDS da região norte da cidade foi devido à acidente de trabalho típico ocorrido na empresa em que exercem as suas funções, com um percentual de 69,0% dos acometimentos.

O acidente do trabalho em sentido estrito, ou acidente-tipo, atualmente encontra-se definido pela Lei n. 8.213, de 24 de junho de 1991, que estabelece:

"Art. 19. Acidente do trabalho é 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" (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Em seguida aparecem os acidentes de trajeto (14 depoentes) com um percentual de 16,7% dos trabalhadores.

O acidente de trajeto (acidente de percurso), nos termos da Lei Federal n. 8.213, de 24/6/91, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, é o acidente que ocorre no percurso da residência para o local de trabalho e viceversa, qualquer que seja o meio de locomoção (art. 21, IV, d). Destaca-se que o trabalhador não é obrigado a utilizar um roteiro único no trajeto da residência para o local de trabalho ou vice-versa, podendo o trabalhador desviar-se do caminho habitual ou interromper a sua rota usual por motivos eticamente justificáveis (congestionamentos, inundações ou em casos de força maior). Nestes casos, os pequenos desvios ou a interrupção no trajeto não descaracterizariam o acidente de trajeto (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

As doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho estão representadas por 9,5% (8 sujeitos), sendo que foram evidenciados 4 respondentes (4,8%) que encontravam-se em processo de investigação de seus sinais e sintomas para possível diagnóstico do nexo causal, com o intuito de identificar se os problemas que estavam apresentando eram ou não relacionados com o trabalho que estavam desempenhando nas suas atividades laborativas.

Araújo Júnior (2009) comenta que as enfermidades ocupacionais dividemse em doença profissional e doença do trabalho. A doença do trabalho é a "adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, e conste na relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social" (art. 20, inciso II, da Lei n. 8.213/91).

O nexo causal é o liame a ser estabelecido entre o infortúnio ocorrido durante o desempenho das atividades laborais e a lesão (natureza física ou psicológica) que o trabalhador veio a sofrer (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Pedrotti & Pedrotti (2003) comentam que o nexo etiológico ou causal

consiste na relação de causa e efeito entre o trabalho e o acidente típico (ou doença profissional ou do trabalho equiparada ao trabalho).

As doenças profissionais são mais difíceis de caracterização do que propriamente os acidentes que se equiparam, sejam de trajeto ou ocorrido dentro da empresa. Para efeito da concessão de benefícios previdenciários, as doenças ocupacionais se equiparam aos acidentes do trabalho. Contudo, o maior problema são as doenças que, normalmente, são multifatoriais, sendo o trabalho um fator a mais. No caso das doenças em que não existe nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP), nem há relação já descrita em lei, na lista A e B do anexo II do Decreto 3048, constata-se a dificuldade de caracterização (REVISTA CIPA, 2010).

Quando questionados se sofreram outro acidente de trabalho nas empresas que estavam trabalhando no momento da investigação, 73 dos respondentes (88,0%) afirmaram que não sofreram outro acidente de trabalho na mesma empresa e 12% (10 sujeitos), reportaram que já haviam sofrido outro acidente de trabalho, sendo que esta era a segunda vez para todos estes sujeitos. Apenas um dos respondentes deixou a questão sem responder (1,2%).

Em relação à Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ter sido ou não emitida pela empresa do trabalhador, um percentual de 53,6% (45 trabalhadores) confirmaram que a empresa onde trabalham realizou a emissão da CAT e o seu devido cadastro da mesma no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Entretanto, um percentual de 45,2% (38 dos respondentes) afirmaram que a empresa se recusou ou estava em processo de emissão da CAT, alegando os mais diversos discursos para o não preenchimento deste documento essencial para a segurança do trabalhador. Nesse sentido, salienta-se a importância de obtenção de dados para fins estatísticos para a prevenção de novos acidentes de trabalho e promoção da saúde do trabalhador.

Segundo o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), a quantidade de pessoas que se acidentam ou ficam doentes por causa de suas atividades profissionais, mas que não são reconhecidas pelo governo chegou à sua menor proporção em 12 anos. Em 1986, 46% do total de acidentes estimados não eram registrados como ocasionados pela atividade. Essa taxa chegou ao teto de 82% em 1996. O último dado registrado referente a 2008 é de 47% (REVISTA CIPA, 2010). Evidencia-se que o percentual

de 45,2% dos sujeitos afirmarem que não houve a emissão da CAT pela empresa, é um fato preocupante, entretanto, corroboram com os dados do Diesat apresentados no âmbito nacional.

A empresa, tomando conhecimento do acidente do trabalho, deve expedir a CAT até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência para encaminhamento da vítima ao INSS, fornecendo cópia da comunicação ao acidentado ou aos seus dependentes, bem como ao sindicato da categoria e à CIPA (NR-5, item 5.16, alínea n). Em caso de morte, a expedição da CAT deve ser feita de imediato. A não expedição da CAT pela empresa constitui infração administrativa sujeita a multa variável entre o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pelo INSS (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Em relação ao Relatório de Atendimento aos Acidentes de Trabalho (RAAT), para apenas um dos trabalhadores (1,2%) foi preenchido tal relatório. O RAAT foi instituído pelo Decreto Municipal n. 007, de 25 de janeiro de 2008, que dispõe no seu artigo 1º: "será obrigatório o preenchimento do Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho – RAAT, para todos os trabalhadores acidentados ou portadores de doenças ocupacionais, para os quais não cabe a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho CAT, incluindo-se a categoria de estagiárias e, cujo modelo será confeccionado conforme Anexo 1, que fica fazendo parte integrante deste Decreto" (RIBEIRÃO PRETO, CODERP, 2010).

Quanto à situação dos trabalhadores em relação ao seu *afastamento do trabalho*, evidencia-se que a grande maioria dos sujeitos (75,0%), que corresponde a 63 dos entrevistados, ficaram afastados do trabalho por um período menor ou igual a 15 dias; na seqüência, há um percentual de 21,4% (18 depoentes) representando afastamento por um período maior ou igual a 16 dias e, 3 dos trabalhadores (3,6%) que referiram não estarem afastados do trabalho por terem sofrido acidente de trabalho sem gravidade, os chamados de "pequenos acidentes". Vilariano (2010) destaca que com o aumento de número de acidentes ocorreu um salto nas subnotificações da CAT. Afirma que muitas empresas deixam de notificar pequenos acidentes de trabalho por não haver gravidade, dificultando a elaboração de políticas públicas.

No que se refere à situação do trabalhador em relação ao seu afastamento do trabalho perante o Instituto de Previdência Social, destaca-se que a grande

maioria dos trabalhadores (60 sujeitos), ou seja, 74,1% não precisaram ser afastados pelo INSS pelo fato do seu afastamento estar compreendido pelo período igual ou menor a 15 dias (Lei n. 8.213/91, art.60), período este que o trabalhador fica afastado pela empresa e, assim, recebe o pagamento dos dias afastados pelo seu empregador. Na seqüência, há 9 trabalhadores (11,1%) que se encontravam afastados pelo benefício do INSS denominado de Auxílio-Doença acidentário (espécie 91), que são os acidentes de trabalho ou doença ocupacional em que foram estabelecidos o nexo pelo médico perito do INSS ou em que foram emitidas as CAT pelas empresas que reconheceram o acidente ou doença como sendo do trabalho. O percentual de 6,2% (5 sujeitos) foram afastados pelo INSS com o Benefício do Auxílio-doença (espécie 31).

"Apesar do aumento das notificações, ainda há falta de reconhecimento de algumas doenças pelos peritos do INSS" (REVISTA CIPA, 2010, p. 20). No momento da aplicação do questionário, evidenciou-se pelos "desabafos espontâneos" dos respondentes, a insatisfação dos trabalhadores no sentido de que apesar de estarem com problemas de agravo à sua saúde e, que relatam serem relacionadas às atividades que exercem no trabalho, a empresa havia se recusado a realizar a emissão da CAT, apesar da solicitação por escrito feita pelo médico do trabalho do AST. Também afirmaram que os médicos peritos do INSS não reconheceram a princípio o nexo causal da doença em relação ao trabalho desempenhado. O mesmo percentual de 6,2% (5 sujeitos) relataram estar sem qualquer benefício no momento da aplicação do questionário, ou seja, estavam enfrentando uma situação bastante conflituosa, pois não estavam percebendo sua remuneração pela empresa e também estavam sem receber qualquer benefício do INSS. Ainda quanto à esta variável, 2 respondentes (2,5%) não souberam informar a respeito de sua situação e 3 não foram considerados para cálculo do percentual porque representam os trabalhadores que não precisaram ser afastados do trabalho.

Considerando-se os dados apresentados na Tabela 9, constata-se que a maioria dos trabalhadores acometidos por acidente de trabalho que são atendidos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST) localizado na UBDS do Distrito Norte são acidentes em que os trabalhadores permanecem afastados do trabalho pelo período igual ou menor a 15 dias.

Observa-se, portanto, que o AST estudado realiza ações de saúde do trabalhador quanto à assistência como diagnóstico e tratamento das doenças

relacionadas ao trabalho; orientação do trabalhador e, se necessário, licença médica para afastamento do trabalho; coleta da história ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho; referência e contra-referência para níveis mais complexos de cuidado; encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes e ações relacionadas à informação em saúde dos trabalhadores, e alimentação de sistemas de informação, como por exemplo, SINAN (BRASIL, MS, 2006) e CODERP-GAT (RIBEIRÃO PRETO, PMRP, 2010).

Uma última pergunta do questionário abordava sobre os meios (receios) que os trabalhadores possam sentir quando sofrem acidente de trabalho ou adquirem uma doença ocupacional, e as respostas mais freqüentes foram: para "tenho medo de perder o emprego "ocorreu um percentual de 26,19% (22 sujeitos); 19,05% (16 pessoas) responderam que "tem medo de ficar doente". O percentual maior ocorreu para a resposta "não tenho medo de perder o emprego e nem de nada" (30,95%), ou seja, 26 trabalhadores. Uma pessoa referiu medo de cair novamente da moto e outro respondeu que não sabia dizer. O percentual de 21,43% (18 sujeitos) não quiseram responder a questão.

A seguir, **descrevem-se os motivos** pelos quais os trabalhadores atendidos no AST da UBDS estudada, são referenciados para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto-SP, local de coleta dos dados da fase qualitativa deste estudo.

De acordo com a Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências, o artigo 7º dispõe que: "o CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais". Com a publicação dessa Portaria, ficou revogada a Portaria nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União 236, de 9 de dezembro de 2005, Seção 1, página 78.

Com a nova Portaria da RENAST, fica evidenciado que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, juntamente com as áreas técnicas de Saúde do Trabalhador, dos níveis estaduais e municipais de saúde, têm o papel de retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS.

Segundo ainda o que dispõe a Portaria nº 2.729/09, em seu artigo 1, § 3º,

"a implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo: I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; III- implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; IV- instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda de média e alta complexidade já instaladas, aqui chamadas de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e V-caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador" (BRASIL, 2009).

Jacques (2009) ressalta que mesmo com as determinações da Portaria GM/MS nº 2.437/2005 que definia 26 funções para os CEREST regionais e 23 para os estaduais, que foi amplamente divulgada, muitos CEREST, nos seus exercícios cotidianos de trabalho, ainda se perguntam sobre suas atribuições. Constata, entretanto, que a referida Portaria não definia com clareza algumas ações, como por exemplo, a quem cabe a vigilância em Saúde do Trabalhador.

As funções dos CEREST não foram mantidas no corpo da recente Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, e serão objeto de um Manual a ser elaborado pelo Ministério da Saúde, conforme disposto no seu artigo 17.

Entende-se que em situações excepcionais, quando o município não tenha condições técnicas e/ou operacionais para desempenhar as ações em saúde do trabalhador nas diversas instâncias da rede de atenção, promoção e vigilância em saúde, ou mesmo quando da necessidade de ações de maior complexidade, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador deverão dar o suporte nas ações de assistência e vigilância, inclusive prestando essas ações diretamente, sempre no sentido de complementaridade ou de retaguarda e não como "porta de entrada" do sistema.

Sabe-se que a atenção à saúde no Brasil sofreu grandes transformações no século XX. Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde tornou-se uma estratégia para a implantação do SUS, cujos dispositivos legais foram aprovados em 1990. PAIM (2004) afirma que a reforma no sistema de saúde nacional foi inspirada em princípios e diretrizes da integralidade, eqüidade, descentralização e participação. No entanto, segundo o relato do autor, o SUS cresceu de modo insuficiente, descoordenado, mal distribuído, ineficiente e ineficaz. Alguns estudos

evidenciaram que o sistema não consegue reconhecer, entre os seus usuários, os trabalhadores e as queixas à saúde apresentadas por eles não são reconhecidas como tal, resultando em que passem desapercebidos e não sendo os seus problemas de adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho por quem lhes presta o atendimento à saúde (SILVEIRA et al., 2005, 2003; VALTER et al., 2003, entre outros). Echternacht (2004) refere que há uma fraca capacidade diagnóstica e de registro dos casos ocupacionais, o que obriga o país a conviver com o subregistro de doenças e acidentes de trabalho.

Diante do exposto, evidenciou-se no estudo que a maioria dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador foram os que sofreram acidente de trabalho típico (69%) e com período de afastamento compreendido de até 15 dias (75% dos entrevistados). Constatou-se, portanto, o caráter assistencialista no atendimento a estes trabalhadores realizado no AST estudado. Os trabalhadores que sofrem acidentes de trabalho considerados de menor gravidade, recebem atendimento médico e de enfermagem, orientação, atestados médicos para afastamento do trabalho quando necessário, relatórios médicos para o INSS, solicitação de preenchimento da CAT ou RAAT, notificações nos sistemas de informação e encaminhamentos de referência e contra-referência. Em 2007, foram registrados 653.090 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social (BRASIL, MPS, 2010). Este número, que já é alarmante, não inclui os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais) e as empregadas domésticas. Estes eventos provocam enorme impacto social, econômico e sobre a saúde pública no Brasil. Entre esses registros contabilizou-se 20.786 doenças relacionadas ao trabalho, e parte destes acidentes e doenças tiveram como consequência o afastamento das atividades de 580.592 trabalhadores devido à incapacidade temporária (298.896 até 15 dias e 281.696 com tempo de afastamento superior a 15 dias), 8.504 trabalhadores por incapacidade permanente, e o óbito de 2.804 cidadãos (BRASIL, MPS, 2010).

Nos termos da Lei 8.213 de 24/7/91, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, a doença do trabalho ou também denominada de doença ocupacional, é a doença produzida, desencadeada ou agravada por condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I do Decreto 3.048, de 6 de maio de 1999 (FONTOURA, 1999).

No período compreendido de 6 de novembro a 4 de dezembro de 2009, destinado à aplicação dos questionários no Ambulatório de Saúde do Trabalhador escolhido para o estudo, foram atendidos 125 trabalhadores com diagnóstico de acidente de trabalho, doença ocupacional ou pacientes que se encontravam com queixas à saúde, mas que estavam sob investigação para comprovação do nexo da doença em relação às ocupações exercidas no trabalho. Destes trabalhadores atendidos no AST, 84 sujeitos concordaram em responder ao questionário aplicado pela pesquisadora, sendo que 12 desses trabalhadores foram referenciados para o CEREST através do impresso de encaminhamento de referência preenchido pelo médico do trabalho do ambulatório. Quando há necessidade de ações de maior complexidade, trabalhadores que necessitam de atendimento em fisioterapia; atendimento com o médico do trabalho, por exemplo, para a requisição de pedido de exames mais complexos; atendimento psicológico; investigação mais detalhada da ocorrência de uma doença que seja necessária a averiguação da existência de nexo causal em relação à ocupação desempenhada pelo trabalhador e ações de vigilância em saúde, esses trabalhadores são referenciados para o CEREST para serem atendidos. Todos os 12 trabalhadores referenciados para o CEREST foram entrevistados pela pesquisadora, na fase qualitativa do estudo.

Em relação aos 12 trabalhadores encaminhados para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) — Regional de Ribeirão Preto, no período destinado à coleta de dados no AST, evidenciou-se que 7 foram diagnosticados com problemas da coluna vertebral em sua relação com o trabalho, 3 trabalhadores com problemas relacionados a LER/DORT, 1 trabalhador com problema relacionado ao acidente de trabalho típico (amputação de dedo) ocorrido dentro da empresa e uma trabalhadora com diagnóstico de transtorno mental relacionado ao trabalho. Insta salientar que os 12 trabalhadores concordaram em participar das entrevistas propostas pela pesquisadora e, após uma exaustiva análise de conteúdo das falas dos respondentes, estas foram recortadas e distribuídas em categorias temáticas por semelhança de idéias e a partir desta categorização e tratamento dos dados obtidos, procedeu-se à interpretação e discussão dos resultados.

Dos 12 entrevistados, 7 são do sexo masculino, sendo caracterizados pelas seguintes variáveis: poceiro, 40 anos, casado, ensino fundamental completo, trabalhando na empresa há 1 ano e 6 meses, afastado do trabalho há 5 meses pelo

INSS (B91); eletricista, 51 anos, casado, ensino médio completo, 31 anos de trabalho na empresa, afastado há 1 ano e 3 meses pelo INSS (B31); motorista, 61 anos, casado, ensino fundamental incompleto, 8 anos de trabalho na empresa, afastado há 1 ano e 5 meses pelo INSS (B91); porteiro, 30 anos, casado, ensino fundamental incompleto, 2 anos e 7 meses na empresa, afastamento menor de 15 dias, empresa se recusou a emitir a CAT; ajudante de carga e descarga, 27 anos, casado, ensino fundamental incompleto, 11 meses na empresa, afastado por 2 meses e dez dias pelo INSS (B31), foi emitida a CAT pelo Sindicato da categoria porque empresa se negou a emiti-la e INSS não concedeu o benefício B91; trabalhador da manutenção de edificações, 51 anos, casado, ensino fundamental completo, 4 anos na empresa, afastado por 1 ano e 5 meses pelo INSS (B91), recebeu alta pelo médico perito do INSS, ficou sem pagamento do benefício, empresa reluta em receber o trabalhador de volta ao trabalho.

Já o sexo feminino é representado por 5 trabalhadoras, com as seguintes características: inspetora de material de embalagem, 28 anos, casada, ensino fundamental incompleto, há 3 anos e 6 meses na empresa, ficou afastada por doença ocupacional pelo período de 15 dias no máximo, foi solicitada a emissão da CAT pelo médico do trabalho, entretanto a firma não emitiu, paciente foi demitida da empresa no final de 2009; auxiliar de almoxarifado, 40 anos, casada, segundo grau completo, há 2 anos e 7 meses na empresa, ficou afastada por doença pelo período de 5 meses pelo INSS (B31), foi solicitada a emissão da CAT pelo médico do trabalho, entretanto a empresa não emitiu, paciente foi demitida da empresa em março de 2010 e encontra-se desempregada; auxiliar de produção, 36 anos, casada, ensino médio incompleto, há 3 anos na empresa, ficou afastada pelo período de 3 meses pelo INSS (B91), emitida CAT pela empresa por doença ocupacional; auxiliar de limpeza, 42 anos, casada, ensino médio incompleto, há 4 anos e 3 meses na empresa, afastada há 1 ano e 3 meses pelo INSS (B91) e uma trabalhadora com ocupação de atendente de telemarketing, 24 anos, solteira, ensino médio completo, há 2 anos e 7 meses na empresa, ficou afastada 2 meses pelo INSS (B31), médico do trabalho solicitou a emissão da CAT pela empresa e a mesma se recusou, trabalhadora pediu demissão da empresa e encontra-se atualmente desempregada.

Os 12 trabalhadores que foram entrevistados residem no município de Ribeirão Preto, SP.

Em relação ao objetivo específico de identificar as características do

tipo de acidente de trabalho ou doença ocupacional que acomete esses trabalhadores referenciados para o CEREST, evidenciou-se após a análise das falas dos entrevistados, as seguintes categorias temáticas.

- Afastamento em função de doença ocupacional: problemas relacionados à coluna cervical
- Afastamento em função de doença ocupacional: lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)
- Afastamento em função de doença ocupacional: transtornos mentais relacionados ao trabalho
- Afastamento em função de acidente de trabalho típico

Dos 12 respondentes, 7 alegaram problemas na coluna vertebral, como demonstra os extratos das falas no tema que se segue.

 Afastamento em função de doença ocupacional: problemas relacionados à coluna cervical

"...devido a uma dor na região lombar, constantemente doía, nunca passava, tomava remédio, injeção e nunca passava ,,, (...) eu passei mais de três meses fazendo tratamento lá...." (E10)

"... eu fazia serviço de pedreiro, eu assentava tijolo e aí eu tava fazendo PV, fazendo um serviço da galeria que é onde que a gente faz para por tampão no meio da rua .(...) aí estragou a coluna e de lá prá cá nunca mais sarou, isso agora ta fazendo dois anos, fez dois anos ... " (E11)

"... eu já tava trabalhando com problema, eu tava cavando e aconteceu o negócio e eu fiquei paralítico na hora, sem poder andar, sem poder fazer nada, não consegui andar, não foi de machucar com ferramenta, nem nada, foi que eu tava esforçando muito, muita dor na coluna ... (...) trabalho como poceiro, na construção civil " (E1)

"... no meu trabalho eu tive que ter encaminhamento ... eu tive bico de papagaio, né, início de hérnia, eu ... sabe carregava e descarregava o caminhãoeu pegava bastante peso, entendeu, eu pegava muito peso....eu tinha que trabalhar, foi por motivo de coluna, eu não tava agüentando mais, eu tava a ponto de explodir, de derreter mesmo, tipo assim " (E3)

As dores e a incapacidade de trabalhar originárias de todos os segmentos da coluna vertebral (cervical, dorsal e lombar), são constatações freqüentíssimas em várias especialidades e também nos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores. As chamadas "dores nas costas" constituem uma verdadeira epidemia e são um desafio para a medicina em geral (BENN & WOOD, 1975; apud MENDES, 1995).

Segundo Mendes (1995), as afecções músculo-esqueléticas são muito freqüentes na população adulta, e em especial entre trabalhadores. Em relação à idade, as algias da coluna estão presentes nos trabalhadores em várias faixas etárias. Homens e mulheres queixam-se igualmente de dores na coluna. De acordo com Haber (1971), os homens sofrem mais de dores na região lombar e as mulheres de dores na região cervical, podendo-se atribuir essa diferença aos tipos de profissões dos dois sexos.

Os depoimentos dos entrevistados corroboram com os encontrados na literatura, pois em todas estas falas a queixa de dor é freqüente, relatam que é uma dor que incomoda muito e incapacita para o trabalho. Os trabalhadores alegam longos afastamentos chegando a meses ou mesmo até anos. Na fala de E3 o trabalhador menciona o sentimento da sua dor de uma forma muita intensa,

referindo ser insuportável.

 Afastamento em função de doença ocupacional: lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)

Dos 12 respondentes, 3 alegaram problemas osteomusculares relacionados ao trabalho, como demonstra os extratos das falas.

O termo LER é a abreviatura de Lesões por Esforços Repetitivos e consiste em uma entidade, diagnosticada como doença, na qual movimentos repetitivos, em alta freqüência e em posição ergonômica incorreta, podem causar lesões de estruturas do Sistema tendíneo, muscular e ligamentar. É ela descrita em diversos outros países com outras denominações, CTD (*Cumulative Trauma Disorders*) – *Repetitive Strain Injury* (RSI). Em 1998, o INSS introduziu o termo DORT – Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho equiparando-a à LER (VASCONCELOS et al., 2001).

Segundo a norma técnica do INSS sobre DORT (Ordem de Serviço n. 606/1998), conceituam-se as lesões por esforços repetitivos como uma síndrome clínica caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas, que se manifestam principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos. O diagnóstico anatômico preciso desses eventos é difícil, particularmente em casos sub-agudos e crônicos, e o nexo com o trabalho tem sido objeto de questionamento, apesar das evidências epidemiológicas e ergonômicas (NOVAES, 2010).

No Brasil, os dados dessas afecções são deficientes, mas a quantidade de diagnósticos de LER/DORT possuem dimensões muito altas. Enfatiza-se que na última década o país presenciou uma situação epidêmica com relação aos DORT, tornando-se esta patologia a segunda maior causa de afastamento do trabalho no Brasil. Somente nos últimos 5 anos foram abertas 532.434 CATs (Comunicação de Acidente de Trabalho) geradas pelas LER/DORT. A cada 100 trabalhadores da região Sudeste do Brasil, 1 é portador de LER/DORT (AMERICANO, 2001).

Num estudo realizado na cidade de São Paulo, onde foram examinados 1.560 pacientes, o sexo feminino representou 87% dos casos; sendo que a faixa

etária mais afetada oscilava entre 26 e 35 anos (MOREIRA E CARVALHO, 2001).

Alguns dos principais distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho citados por Couto (1998) são: tendinite e tenossinovite dos músculos dos antebraços, miosite dos músculos lumbricais e fasciíte da mão, tendinite do músculo bíceps, tendinite do músculo supra-espinhoso, inflamação do músculo pronador redondo com compressão do nervo mediano, cisto gangliônico no punho, tendinite De Quervain, compressão do nervo ulnar, síndrome do túnel do carpo, compressão do nervo radial, epicondilite medial e lateral, bursite de cotovelo e ombro, síndrome da tensão cervical e lombalgia.

Neste estudo, 3 trabalhadores afirmaram possuir esta doença ocupacional:

"... o médico do trabalho me encaminhou para fazer fisioterapia né, ... eu tou com tendinite, no pulso e provavelmente ta no cotovelo também...." (E5)

"... foi devido à tendinite, dor no braço, o médico da UBS me encaminhou para o médico do trabalho e ele me encaminhou para o Cerest para fazer fisioterapia....." (E6)

"...foi devido a uma dor que eu tive no ombro direito, né, devido ao meu serviço,eu fui encaminhado pro Cerest prá fazer fisioterapia do ombro...." (E9)

Com relação à LER/DORT, há os que tentam minimizar o problema, dizendo tratar-se de uma doença de mulheres, por exemplo, que nada tem a ver com o trabalho. Esquecem-se de que a maioria dos postos de trabalho repetitivos é ocupada por mulheres, e que experiências de sua substituição por homens não deram certo, pois estes acabaram adoecendo também, apesar da constituição mais robusta (BRASIL, MS, 2010).

As descrições apresentadas pelos trabalhadores em relação aos sinais e sintomas de sua doença ocupacional, corrobora com aqueles descritos como característicos das LER/DORT, ou seja, referem dores nos ombros, braços, pulso e cotovelo. Marano (2003) define a LER/DORT como "uma desordem músculotendinosa de origem ocupacional que atinge os membros superiores, região escapular e pescoço pelo uso forçado e repetido de grupos musculares ou em conseqüência de uma postura forçada".

Afastamento em função de doença ocupacional: transtornos mentais relacionados ao trabalho

Dentre os discursos dos entrevistados, apenas uma trabalhadora apresentou como motivo do seu encaminhamento para o CEREST uma doença ocupacional diagnosticada como transtorno mental relacionado ao trabalho.

Nessa perspectiva, observa-se que a incorporação de novas tecnologias e formas de gestão do trabalho, como a terceirização e flexibilização das relações de trabalho, modificam o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças se expressam, entre outras, no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) já mencionadas anteriormente e, também em formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e outras expressões de sofrimento psíquico e mental relacionadas ao trabalho (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

A constante mutação no ambiente laboral, com a flexibilidade nos relacionamentos trabalhistas, inserção de novas tecnologias e a aplicação de novas sistemáticas organizacionais, vêm criando dificuldades na adaptação da capacidade de trabalho às novas exigências profissionais, especialmente no que tange à necessidade de utilização intensiva da tecnologia da informação, o que facilita a ocorrência das psicopatologias do trabalho resultantes da tensão contínua em que os trabalhadores passam a conviver (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

De acordo com Araújo Júnior (2009), a preocupação do legislador

brasileiro com a saúde mental do trabalhador foi materializada pela primeira vez por meio da publicação do Decreto nº. 24.637, de 10 de julho de 1934, que inseriu a "perturbação funcional" na definição de acidente de trabalho. Atualmente, as psicopatologias são tratadas no ordenamento normativo como acidente de trabalho, consoante estabelece o art. 19, da Lei n. 8.213/91.

O Regulamento da Previdência Social (Decreto n. 3.048/99, Anexo II), em observância à Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), estabelece 7 (sete) psicopatologias decorrentes de transtornos não orgânicos e 5 (cinco) decorrentes da exposição a fatores de risco de natureza química e física no local de trabalho capazes de causar dano orgânico e/ou funcional ao sistema nervoso (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Segundo o Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde para Estudo das Doenças Relacionadas ao Trabalho, em 1985, 5 a 10% da força de trabalho ocupada sofria de transtornos mentais sérios e cerca de 30% de distúrbios psíquicos de menor gravidade. A hipertensão arterial, os cânceres, as lesões por esforços repetitivos são outros exemplos desse grupo (ROCHA; RIGOTTO; BUSCHINELLI, 1994).

Dos 12 respondentes, apenas uma trabalhadora alegou problemas mentais relacionados ao trabalho, como demonstra o extrato da sua fala.

"... eu trabalhava em uma empresa de telemarketing ... era um trabalho muito estressante psicologicamente....no início foi até bom.....mas depois eles começaram a fazer muita pressão e como eles ficaram fazendo isso por muito tempo eu acabei ficando doente psicologicamente... eu fui no médico, eles pediram pra eu ser encaminhada pro psiquiatra, psicólogo ... eu ía ser internada no Santa Tereza porque eu tava muito mal, meu estado era muito grave ... eu tava praticamente louca mesmo, pela pressão que eu sofria lá na época ... (...) por isso eu fui encaminhada para o CEREST". (E8)

O Regulamento da Previdência Social (Decreto n. 3.048/99, Anexo II), em observância à Classificação Internacional de Doenças — 10ª Revisão (CID-10), estabelece sete psicopatologias decorrentes de transtornos não orgânicos e cinco decorrentes da exposição a fatores de risco de natureza química e física no local de trabalho capazes de causar dano orgânico e/ou funcional ao sistema nervoso (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Entretanto, é grande o número de sub-notificações de agravos relacionados aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, talvez pelo fato de que as doenças mentais necessitem de maior cuidado na condução de seu diagnóstico, necessitando muitas vezes de outros profissionais especializados nesta área, como médicos psiquiatras ou psicólogos para estabelecer o diagnóstico do paciente. Na área de saúde do trabalhador, acredita-se que há uma certa dificuldade em estar concluindo o nexo causal da doença em relação à atividade exercida pelo trabalhador e seu ambiente de trabalho. Araújo Júnior (2009) ressalta que as dificuldades no diagnóstico das doenças ocupacionais e a preocupação ética de resguardar a integridade física e mental do trabalhador impulsionaram o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução n. 1.488/98, a estabelecer que os médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, devem expedir a CAT em caso da "suspeita de nexo de causalidade com o trabalho" (art. 3º, inciso IV), bem como devem notificar os órgãos públicos competentes em caso de "suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho" (art. 3º, inciso V).

Araújo Júnior (2009) relata que as enfermidades ocupacionais de natureza psicológica que mais afetam os trabalhadores nos dias de hoje são o Transtorno do Estresse, a Síndrome do Esgotamento Profissional e a Neurose Profissional.

De acordo com pesquisas realizadas pela OIT (Organização Internacional do Trabalho), apenas a União Européia gasta entre 3 e 4% de seu PIB (Produto Interno Bruto) com problemas de saúde mental de seus trabalhadores. Nos Estados Unidos, as despesas públicas com a depressão psicológica e os distúrbios mentais relacionados ao trabalho ensejam um prejuízo de US\$ 40 bilhões anualmente (DIMENSTAIN, 2010).

O discurso dessa trabalhadora é repleto de significados, pois relata em seu depoimento o prazer que ela sentia no início quando começa a trabalhar para a empresa e que depois devido à combinação de múltiplos fatores como a aceleração

do ritmo de produção, jornadas de trabalho extenuantes, sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular, utilização de prêmios de produção que intensificam a ansiedade, a tensão e a repetição dos movimentos do trabalhador e as ausências de pausas de recuperação, a saúde física e mental do trabalhador é afetada de maneira desastrosa (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, no ano de 2007, os afastamentos dos trabalhadores por LER/DORT representaram cerca de 45% do total das doenças relacionadas ao trabalho, atingindo principalmente os trabalhadores na faixa etária entre 30 e 40 anos. As categorias mais atingidas foram as dos bancários, seguidos por metalúrgicos, digitadores, operadores de linha de montagem, operadores de telemarketing, secretárias e jornalistas (BRASIL, PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2010). Essa trabalhadora trouxe em seu discurso que o motivo de seu afastamento do trabalho foi devido ao seu transtorno mental em decorrência do estresse sofrido na sua atividade laboral, diferentemente da grande maioria de trabalhadores na ocupação de operadores de telemarketing que são mais freqüentemente afastados por LER/DORT. Entretanto, deve-se ressaltar que o trabalhador contemporâneo encontra-se atrelado às pressões psicológicas no trabalho, ao estresse, ao movimento repetitivo, à competição profissional e ao sedentarismo (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Essas pressões psicológicos muitas vezes começam de maneira sutil e acabam se avolumando, chegando muitas vezes à situações de violência moral no trabalho, deixando o trabalhador muito abalado tanto no que diz respeito à sua saúde física quanto principalmente à sua saúde mental, como foi relatado por essa trabalhadora.

"... no começo quando você fazia tudo, que era uma etapa boa, de vender, de bater metas, disso e daquilo, eu era perfeita, sempre fui uma das melhores, ... (...) mas a partir do momento que pararam de vender algum produto que eu já não vendia tanto quanto antes, então, parece que eu não valia mais nada dentro da empresa, aí foi onde eles começaram com a pressão, começava a pressionar muito a pessoa, ... querem que a gente faça tudo certo, dá um prazo pro cliente e não cumprem com todo esse prazo, então onde mundo nervoso, estressado, liga pra reclamar, e você é obrigado a mentir, e eu já não estava conseguindo mais mentir, ... (...) sempre fui um pouco magra, mas perdi muitos quilos porque não me alimentava direito, só cuidava da questão do trabalho porque tinha que bater metas, tinha que fazer isso, tinha que fazer aquilo, então, ... ou você fazia do jeito que eles queriam, ... (...) ou você era pressionada pra você mesmo pedir seu afastamento da empresa, então às vezes, tinha vezes que eu ia oito horas da manhã pra empresa e saía dez horas da noite pra poder ver se eu cumpria a minha meta, sendo que eu já não tava mais em minha situação perfeita pra poder fazer um tipo de atendimento adequado pro cliente, entendeu ... (...) eu acho que por eu ter sido sempre uma das melhores, eu fui uma das que mais sofreu lá, então acabei pedindo demissão, me desliguei da empresa, me obrigaram a cumprir o aviso mas eu não consegui cumprir até o final ...". (E8)

Os acidentes de trabalho conectam-se intrinsecamente ao problema da violência vivido hoje pela sociedade brasileira nos centros urbanos e rurais (ARAÚJO JÚNIOR, 2009). As relações entre trabalho e violência têm sido enfocadas em múltiplos aspectos: a violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; a violência decorrente de relações de trabalho deterioradas e também a violência psicológica, como por exemplo o assédio moral, caracterizado pelas agressões entre pares, chefias e subordinados

(ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

De acordo com o relato do E8, pode-se vislumbrar que além de ter sofrido todo o estresse inerente a função que exercia dentro da empresa, também foi alvo de assédio moral da sua chefia, que não percebeu que a trabalhadora estava doente emocionalmente, contribuindo para a piora de sua doença ocupacional, adquirida no ambiente de trabalho.

O estresse, como processo de adaptação às pressões do meio ambiente, pode ser positivo quando existir equilíbrio entre a tensão, o esforço e o resultado (satisfação pessoal), como também pode ser negativo quando o esforço desenvolvido não for suficiente para alcançar o resultado desejado, proporcionando o aparecimento de sensações como enfado, esgotamento físico e mental, estado depressivo, dentre outras enfermidades (BOTSARIS, 2003).

Para Dejours (1986, p.10) "o trabalho é um elemento fundamental para a saúde", entretanto, alerta que algumas organizações de trabalho são perigosas para a saúde, para o funcionamento psíquico, pois atacam o desejo do trabalhador.

Afastamento em função de acidente de trabalho típico

Dos 12 respondentes, apenas um trabalhador alegou afastamento do trabalho devido ao acidente sofrido na empresa, como demonstra o extrato da sua fala.

Acidente de trabalho tipo, ou também denominado de acidente de trabalho típico, é evento único, bem configurado no tempo e no espaço, de conseqüências geralmente imediatas, que ocorre pelo exercício do trabalho, acarretando lesão física ou perturbação funcional, resultando em morte ou incapacidade para o trabalho (temporária ou permanente, total ou parcial). A sua caracterização depende do estabelecimento de nexo causal entre o acidente e o exercício do trabalho. A relação de causalidade não exige prova de certeza, bastando o juízo de admissibilidade. Nos períodos destinados à refeição, ao descanso ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local ou durante o trabalho, o empregado é considerado no exercício do trabalho (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

"... foi pra fazer fisioterapia, o doutor mandou fazer, né, o médico do trabalho falou que era pra fazer pra melhorar a situação do dedo que eu tive que amputar, eu fiquei fazendo uns dois, três meses e também passei pela terapia ocupacional ...". (E12)

Os acidentes de trabalho têm vários impactos negativos nas organizações e nos trabalhadores contribuindo para menor produtividade, maior absentismo, maior desmotivação, menor qualidade de vida no trabalho (SILVA et al., 2006). A autora afirma que além das conseqüências físicas que o acidente tem para o trabalhador lesionado, o acidente causa uma série de outras alterações, tanto ao nível do trabalhador e das pessoas que o rodeiam como das instituições em que se enquadra (a organização onde trabalha, a seguradora e os serviços de saúde).

No discurso de E12 evidencia-se que o trabalhador sofreu um acidente de trabalho típico com amputação do dedo, causando impactos para a sua saúde devido à mutilação sofrida, redução e incapacidade laborativa, incapacidade esta provavelmente em caráter temporário, e necessidade de longos períodos de afastamento do trabalho para receber tratamentos fisioterapêuticos e também com a terapeuta ocupacional ora mencionado pelo respondente.

No que se refere ao objetivo específico de **descrever as queixas à** saúde apontadas pelos trabalhadores provocadas devido ao acidente de trabalho ou doença ocupacional, extraídas das entrevistas realizadas com os pacientes encaminhados ao CEREST, foram identificados os seguintes temas:

- A dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de LER/DORT
- A dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de afecções da coluna
- Limitações físicas no trabalho decorrentes do acidente de trabalho típico
- Problema psicológico relacionado ao trabalho como principal queixa

Dentre os entrevistados, 3 relataram enfrentar dores crônicas como principal queixa à saúde nos casos de LER/DORT.

A dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de LER/DORT

Segundo Mendes (1996), a dor está presente em todos os pacientes diagnosticados por LER/DORT. Costuma ter seu início gradual, e inicialmente se restringe a uma região anatômica (punho, ombro ou cotovelo). O acometimento apenas no braço dominante está presente mais vezes, sendo, porém, freqüente o acometimento de ambos os braços. A dor costuma se agravar com o uso do membro, piorando com fatores como o frio, mudanças bruscas de temperatura, e o estresse emocional.

"... o problema do braço, né, principalmente o meu braço direito, né, que é o braço que eu trabalho, que eu faço tudo, né, porque eu não sei fazer nada com o outro braço, ... (...) o esquerdo é só um complemento....eu sinto dores, dores, dores com freqüência, dormência, inchaço, dores, dores, muito forte, muito forte, chega a paralisar praticamente o cotovelo, do cotovelo prá baixo ...". (E5)

"... dor no braço, muita dor no braço, dor na mão, e essa dor incomoda muito, e prá dormir dói bem mais, ... (...) no momento não estou tomando medicação ...". (E6)

Geralmente, os pacientes apresentam dores em todo o corpo, a partir do sítio de dor do membro superior, podendo se irradiar para a face (localização hemicraniana). Há casos de irradiação para os membros inferiores (MENDES, 1996). Apenas um dos entrevistados mencionou esta situação.

"... eu tenho dor no braço, também nas pernas, tive bastante varizes, por causa do trabalho, eu fazia muita movimentação e ficava em pé ... ". (E4)

Miller & Topliss (1988) verificaram os seguintes sintomas gerais associados nos pacientes com LER/DORT: ansiedade, irritabilidade, alteração de humor em 100% dos pacientes, distúrbios do sono em 91%, fadiga crônica em 84% e cefaléia tensional em 61%. Um trabalhador referiu enfrentar estes sintomas associados.

"... bom, o problema de saúde que eu acho que eu adquire foi devido a essa dor ... se eu tivesse que ajudar com um peso ou alguma coisa eu não podia mais, porque me doía meu ombro, latejava, né, fiquei chateado, fiquei depressivo por causa desse tipo de dor, que sou uma pessoa nova e isso que me chateou, uma pessoa nova com problema já logo cedo com problema no ombro, né, essa dor me incapacitava porque latejava, doía muito". (E9)

Este trabalhador descreve seu problema de saúde relacionado ao aparecimento da dor, correlacionando as suas dificuldades no desempenho de suas atividades decorrentes desse sintoma orgânico. Descreve no seu discurso sentimentos de frustração em relação a dor que o incapacita para o trabalho e aponta o sentimento de depressão, referindo este problema psicológico resultado das modificações corporais ocorridas numa pessoa nova, que é o momento que o indivíduo se encontra na sua fase produtiva da vida.

A perda ou a redução da capacidade laborativa consiste na ausência ou na anormalidade da estrutura fisiológica e psicológica do trabalhador para desenvolver suas atividades profissionais (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Alves (1995) relata que as LER/DORT atingem a faixa etária de maior produtividade, predominando nos indivíduos que se encontram na faixa de 20 a 39 anos, representando em 1993, 80,72% dos casos. Segundo Vasconcelos (2001) ocorre um aumento na incidência, na faixa de 30-39 anos (43,5%). Tal situação é

considerada extremamente grave pelos efeitos sociais que acarreta, como afastamentos e aposentadorias precoces. Indivíduos em meio a sua fase produtiva estão sendo afastados do trabalho, e em muitos casos, permanecem incapacitados para o trabalho assalariado ou mesmo para o desempenho de atividades da vida diária.

Dentre os entrevistados, 7 relataram enfrentar dores crônicas como principal queixa à saúde nos casos de afecções da coluna.

A dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de afecções da coluna

Outro tema resultante dos relatos dos trabalhadores entrevistados são as chamadas "dores nas costas", que constituem uma das grandes queixas à saúde apontadas pelos trabalhadores que foram encaminhados para o CEREST.

O National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) definiu para a década de 90 que dentro do capítulo das afecções músculo-esqueléticas deve-se estudar as afecções da coluna, especialmente a lombalgia ligada ao transporte manual de pesos, e as alterações orgânicas ligadas aos movimentos repetitivos e às vibrações. As dores e a incapacidade de trabalhar originárias de todos os segmentos da coluna vertebral (cervical, dorsal e lombar) são constatações freqüentíssimas em várias especialidades e também nos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores (MENDES, 1996).

"... eu tenho o problema de hérnia de disco que afetou a coluna que eu não posso trabalhar mais, quando eu entrei na firma eu não tinha problema nenhum, aconteceu na firma, né, é acidente de serviço ...". (E1)

"... aí eu tive as conseqüências, ...eu tinha que trabalhar, foi por motivo de coluna, eu não tava agüentando mais, eu tava a ponto de explodir, de derreter mesmo, tipo assim ...". (E3)

No discurso desses trabalhadores embora a dor tenha uma causa orgânica, eles apontam ao seu repertório interpretativo que as conseqüências dos sinais e sintomas que apresentam são decorrentes da doença adquirida no desempenho do trabalho.

Tanto estudos prospectivos como estudos retrospectivos têm demonstrado que 60% a 80% da população adulta têm ou teve um período na vida com um episódio incapacitante de dor na coluna vertebral, principalmente da coluna lombar (KELSEY e cols., 1979; BIERING-SORENSEN, 1983). Este fato é demonstrado nas falas de 2 respondentes.

"... eu tô paralisado, e tô paralisado, to paralisado e ... e não tenho condição de fazer nenhuma função mais, eu tenho só dor, dor e paralisação, dor no corpo inteiro, tenho dor na coluna. ...muita dor nas costas... e dor degeralizada, tomo medicação forte o dia todo, eu fico dopado o dia todo, ... eu não consigo fazer nada, eu tenho que tomar o remédio, (...) aí eu tomo o remédio e tenho que dormir, fico a maioria do tempo dormindo, eu não posso andar, eu não posso ficar em pé muito tempo, só a poder de remédio, só dopado, só pra ficar drolorido,...(...) aí eu pego vou apagando, a cabeça dói muito, aí eu pego vou e durmo ... ". (E11)

"... acho que ficou a seqüela que não vai sair mais não, porque até hoje dói, e de primeiro logo no começo passou a dor, ... (,,,) mas agora eu voltei a trabalhar e voltou a doer de novo e sempre dói, não pára, não pára de doer as costas, na região lombar, na L1S5acho que é isso mesmo, eu não consigo agachar pra pegar um peso, quando eu levanto com o peso dói, ... (...) dói ...virar rapidamente dói também ...". (E10)

Segundo Mendes (1996), a lombalgia é uma afecção benigna, sendo a maioria das vezes de recuperação espontânea, mas que paradoxalmente, causa enormes perdas para a economia do país, elevando as taxas de absenteísmo das fábricas, transtornando a vida do próprio trabalhador e de suas famílias, provocando gastos diretos e indiretos enormes no sistema de saúde, com tratamentos controvertidos e aposentadorias precoces. Os discursos de dois entrevistados apresentam os problemas descritos pelo autor.

"... tô tomando bastante remédio se não eu não consigo dormir, são três antidepressivos que eu tomo todo dia, a cloroquina que é pros ossos, pro desgaste da coluna, e tem também o antibiótico, ta, o ortopedista me passou um antibiótico contínuo que custa cento e seis reais, só que eu não tô tomando contínuo porque ultimamente eu não tenho nem conseguido comprar ele, então eu tomei e agora dei uma parada, e tem que ver quando eu vou conseguir comprar ele, ... ". (E7)

"... tô tendo uma série de problemas, problemas devido à medicação que eu tomei,... devido à medicação que o médico me receitou errada,... aí atrapalhou o meu problema de diabetes, pressão arterial, eu sinto dormência nas pernas, tontura, e muitas dores nas costas né, e devido à cirurgia que eu fiz da hérnia de disco,... e teve decorrência também de eu ter problemas de artrose, vários problemas de saúde". (E2)

As descrições apresentadas por todos os respondentes que apresentam afecções da coluna vertebral são repletas de significados, pois relatam uma dor intensa, uma dor crônica incapacitante, com tratamentos controvertidos levando o trabalhador a longos períodos de afastamento do trabalho, quando não, a uma precoce aposentadoria por invalidez. Muitos são os problemas relatados pelos trabalhadores, apontam problemas pessoais relacionados às suas limitações físicas para desempenho de pequenas tarefas dentro de suas casas, e também dificuldades em satisfazer algumas necessidades básicas sozinhos, como por exemplo, a higiene pessoal, muitas vezes necessitando do auxílio de familiares.

Dos respondentes, um trabalhador sofreu acidente de trabalho e relata as limitações físicas que enfrenta no retorno ao trabalho.

• Limitações físicas no trabalho decorrentes do acidente de trabalho típico

"... o rendimento, né, o rendimento do serviço, porque pela profissão que eu exerço, então, talvez eu tenho um lugar que enfiar a mão dentro de uma porta, debaixo de um painel, ... entendeu, então não tem como você enfiar a mão, você tem que trabalhar com a luva, mesmo assim fica um pouco complicado , ... a conseqüência é só no rendimento do serviço, ... (...) meu dedo ainda ta sensível, né, ... (...) eu sinto dar umas pontadas, dá choque na ponta, então não tem como, entendeu, às vezes você bate sem querer em algum lugar ... (...) você sente a falta dele, né, mas isso não atrapalha não". (E12)

Observa-se, por meio deste discurso, que o trabalhador enfatiza a diminuição do rendimento na execução do seu trabalho. Relata que depois da ocorrência do acidente de trabalho com necessidade de amputação do dedo, apresenta limitações físicas para desempenhar as funções que lhe eram habituais, interpretando estas limitações pela falta do membro e pela sensação dolorosa que sente no local da lesão,

Para Araújo Júnior (2009) a incapacidade temporária compreende a impossibilidade transitória do trabalhador desempenhar suas atividades laborais, podendo impedir momentaneamente o trabalhador de desempenhar qualquer tipo de atividade ou de desenvolver especificamente determinado trabalho.

Dentre os entrevistados, uma trabalhadora relatou enfrentar problemas psicológicos relacionado ao trabalho.

Problemas psicológicos relacionado ao trabalho como principal queixa

"... era problema psicológico mesmo, eu tive um problema de cabeça, eu não sei explicar detalhadamente, foi problema no atendimento mesmo, eu começava a ficar nervosa, ansiosa, não tinha paciência mais prá atender devido aos gritos dos clientes, as pressões que as pessoas me davam lá dentro, entendeu, devido a isso tudo eu começava a ficar nervosa, ... eu tinha problema de aceleramento do coração, ficava nervosa, não falava direito com as pessoas, eu acho que os problemas que eu tive mais foram esses ... ". (E8)

No discurso desta trabalhadora evidencia-se que a respondente relaciona os seus problemas psicológicos (estresse) decorrentes a todas aquelas situações que ela estava vivenciando no desempenho do seu trabalho. Relata que sofria "pressão psicológica" no atendimento dos clientes e também das pessoas de dentro do seu ambiente de trabalho, que através de sua fala se infere ser proveniente de sua chefia.

Para Araújo Júnior (2009) os desgastes emocionais a que os trabalhadores são submetidos no ambiente laboral, em razão das pressões psicológicas para enfrentar as exigências profissionais, são fatores determinantes para a configuração do estresse ocupacional. Afirma que o estresse proporciona o aparecimento de sensações como enfado, esgotamento físico e mental, estado depressivo, dentre outras enfermidades. Alguns destes sinais e sintomas são relatados pela trabalhadora.

Em relação ao objetivo específico de compreender as razões que levam esses trabalhadores conhecerem ou desconhecerem os seus direitos, elaborou-se uma pergunta no questionário aplicado no AST com o intuito de se obter em dados estatísticos o percentual do número de sujeitos que referem conhecer os seus direitos. Os resultados encontrados dos trabalhadores que foram atendidos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador estudado são apresentados na Tabela 10, a seguir.

Tabela 10 - Distribuição de trabalhadores do AST, segundo as informações de conhecerem ou não os seus direitos à saúde e ao trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2010. (n=84)

VARIÁVEL	Freqüência	Percentual	Percentual Válido
CONHECE OS SEUS DIREITOS			
SIM	37	44,0	44,0
NÃO	47	56,0	56,0
Total	84	100,0	100,0

Fonte: Questionários aplicados pela pesquisadora no AST.

Evidencia-se que dos 84 respondentes do questionário, um percentual de 56,0% (47 trabalhadores) afirmam que desconhecem os seus direitos, sendo que os que assinalam a resposta afirmativamente perfazem um percentual de 44.0% (37 dos sujeitos).

Apesar de não ocorrer uma diferença percentual elevada entre as respostas dos trabalhadores afirmando o seu conhecimento ou desconhecimento sobre os seus direitos, ainda assim, o percentual de respondentes que afirmam não conhecerem os seus direitos é maior do que a metade dos participantes.

Para os trabalhadores do AST, foi feita uma pergunta aberta em relação ao conhecimento deles sobre os seus direitos, e encontramos os seguintes dados desses pacientes: 18 trabalhadores responderam que têm o direito de receber pelo INSS quando ficam afastados mais de 15 dias (21,43%); um percentual de 8,3% (7 sujeitos) responderam que sabem que têm que receber o salário pela empresa; 4 afirmaram que deveriam receber "pelo INSS e pela firma" (4,8%) e 8 referem que não sabem quem é que deve pagá-los pelo afastamento (7,5%). Ocorreu um percentual de 55,95 % (47 sujeitos) que referem não saber nada sobre os seus direitos.

Após a elaboração da análise estatística dos resultados apresentados pela resposta dos trabalhadores atendidos no AST do conhecimento ou não pelos sujeitos à respeito dos seus direitos, objetivou-se aprofundar estas respostas com os pacientes encaminhados ao CEREST, evidenciando-se os seguintes temas.

- Trabalhadores não sabem nada
- Trabalhadores conhecem pouco

Dos respondentes, 6 dos entrevistados afirmam que não sabem nada.

Trabalhadores não sabem nada

"não, não conheço nenhum, não conheço nenhum tipo de informação". (E9)

"não, não conheço não". (E10)

"não, não, não, ... (...) ... eu não sei não, eu não conheço não". (E11)

"não, não conheço não, isso eu não sei, não tenho entendimento não". (E1)

"eu não sei te explicar, eu não conheço não". (E4)

"não, eu nunca fui atrás disso, nunca ninguém me explicou nada". (E5)

Constata-se que metade destes trabalhadores (50,0%) afirmam que não conhecem nada a respeito de seus direitos. Para 5 dos respondentes, a negativa do não conhecimento infere uma simples constatação. Já na fala de E5, o trabalhador descreve que não tem conhecimento dos seus direitos porque nunca foi em busca desse conhecimento e acrescenta que ninguém nunca lhe explicou nada sobre o assunto. Nota-se uma desinformação por parte dos respondentes, que se infere que possivelmente seja por um acomodamento dessas pessoas na busca de informações ou porque se tornam escravizados pelo trabalho e adotam uma postura passiva frente ao seu desconhecimento, esperando talvez, que obtenham espontaneamente através das pessoas respostas que não foram em busca.

Segundo Silva (2005) o trabalho dignifica o homem, apesar do sistema capitalista visar prioritariamente à produção; os trabalhadores têm então que lutar por adquirir maiores informações, em busca de melhores condições de sobrevivência, sem simplesmente viverem para trabalhar, tornando-se escravizadas e coniventes deste sistema.

Dos entrevistados, 6 respondem que conhecem pouco.

Trabalhadores conhecem pouco

"tem o INSS, você fica afastada pelo INSS, não conheço nenhum outro direito, não conheço". (E6)

"não, ... bem, direito eu conheço, só que eles não dão o direito, né, que eles falaram que eu teria que ter guardado o dedo inteiro pra eu ter indenização, pelo que eu sei isso aqui gerava uma indenização, né, e não gerou essa indenização ... não deram não, isso foi negado". (E12)

"algum direito? Eu conheço assim, que nem do INS a gente tem que recorrer, receber ... ". (E7)

"mais ou menos, a gente pode ficar afastado até você melhorar prá poder continuar o seu trabalho, acho que este é um dos benefícios que você tem, embora eu não tenha corrido atrás de todos os meus direitos quando eu fiquei doente ... eu não conheço mais nenhum direito". (E8)

Observa-se, por meio destes discursos, que estes trabalhadores que representam metade dos sujeitos entrevistados, afirmam conhecerem pouco sobre os seus direitos. Nas falas de E6, E7 e E8 evidencia-se que os respondentes conhecem apenas sobre o direito de receber benefício do INSS por estarem afastados por períodos superiores a quinze dias, mas não conseguem identificar nenhum outro direito relacionado à saúde ou ao seu trabalho. Já para E12, evidencia-se no seu discurso dúvidas em afirmar se conhece ou não algum direito e, demonstra na sua fala que foi informado por eles (empresa) de maneira "equivocada". Nota-se o inconformismo pelo trabalhador de não ter tido o seu direito à indenização atendido e o sentimento de frustração e "coisificação" do membro amputado. Os trabalhadores não possuem informações precisas sobre os seus direitos, havendo dúvidas principalmente em relação aos deveres e benefícios (ROBAZZI e MARZIALE, 1999; apud SILVA, 2005). Por outro lado, parece não existir qualquer preocupação dos empregadores em informá-los sobre esses itens (SILVA, 2005).

Dos entrevistados, todos os respondentes (12 sujeitos) relataram da importância do acesso à informação para conhecimento dos seus direitos.

Acesso à informação e o exercício dos direitos

A Constituição Brasileira de 1988 regula o princípio do direito à informação através de alguns incisos do artigo 5º, que estabelece a igualdade perante a lei e a

inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade, no capítulo sobre direitos e deveres individuais e coletivos do Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais) (ARAÚJO JÚNIOR, 2009).

Entretanto, a delimitação jurídica do direito à informação no Brasil ainda é muito precária, estando muito distante de uma situação na qual possa redefinir os próprios limites da cidadania.

Na fala de todos os trabalhadores entrevistados identifica-se que a informação é muito importante para o conhecimento dos seus direitos. Todos foram unânimes em ressaltar essa relevância, mas a razão da importância desse conhecimento apareceu com discursos diferentes em relação ao porquê desta necessidade do aprendizado do conhecimento através da informação.

Para E4, é importante o conhecimento dos seus direitos, mas não soube dizer o porquê.

"eu acho importante saber os direitos, é muito importante, eu não sei porquê". (E4)

Silva (2005) afirma que o homem deve trabalhar de modo harmônico, a sua vida e a sua saúde devem ser respeitadas no local de trabalho; esse fato implica em ele ter informações sobre os riscos das tarefas que realiza em seu labor, bem como seus direitos, deveres, responsabilidades e benefícios.

Já para E1, o conhecimento sobre os seus direitos é importante, mas se sente "perdido" por não conhecê-los.

"eu acho importante porque eu não sei, ...(...) se eu sabesse antes eu já tava por dentro de tudo e eu não sei e eu preciso ficar perguntando prá um e prá outro, então eu não sei os meus direitos e no INSS eu não sei os meus direitos." (E1)

Nessa perspectiva, Pitta (2006) defende que "informações de qualidade" e uma "comunicação de qualidade" devem ter, necessariamente, vínculo com a vida

cotidiana do cidadão, com a permanente busca de soluções para questões que determinam a existência dos próprios processos saúde-doença (seus determinantes político-sociais), devendo ter "sentido prático" na busca de qualquer grupo social ou indivíduo por uma melhor qualidade de vida e bem-estar social.

A maioria dos trabalhadores entrevistados, ou seja, na fala de 10 dos respondentes, a importância do acesso à informação sobre os seus direitos é evidenciada no sentido de prevenção. Relatam que se soubessem de seus direitos antes do advento da doença ocupacional ou do acidente de trabalho, teriam se preocupado com a guarda de documentos, saberiam melhor como agir naquela situação em que se encontravam. Alguns dos respondentes ressaltaram também que com o conhecimento teriam maior tranqüilidade para lidar com os problemas relacionados com a doença ou acidente de trabalho, principalmente com os seus afastamentos pela Previdência Social e os problemas relacionados aos seus empregadores.

"com certeza, eu acho que a partir do momento que você sabe quais são todos os seus direitos, acho que você acaba mudando um pouco mais a sua vida, entendeu, ... você tem uma certa estabilidade, se você está trabalhando e tudo é registrado, se você sabe os seus direitos você não precisa ficar com aquele medo na cabeça, aquele desespero todo, então eu acho que é importante saber sim". (E8)

"eu acho importante porque a gente pode se prevenir antes de acontecer as coisas, a gente pode se resguardar de documentos que a gente às vezes entregou pra empresa, ... a gente ficou doente e entregou os documentos pra empresa, ... entregou documentos pra empresa e não tirou uma cópia, por um motivo qualquer e depois a empresa pode falar que a gente já tinha está doença, que esse tipo de problema a gente já tinha antes de ser contratado pela empresa, e a empresa sempre se resguarda, né". (E9)

"é importante saber porquê é um direito da gente mesmo, se eu soubesse das leis eu não teria passado o que eu passei quando eu sofri o acidente ... e aí se eu soubesse dos meus direitos eu não tinha deixado acontecer essas coisas, ... eu tinha me informado melhor e tinha agido de outra forma". (E10)

"se a gente soubesse o direito que a gente tem quando sofre um acidente era importante, mas como a gente não tem informação, não tem informação nenhuma, ... (...) e por isso saber dessas informação, eu fiquei desse tipo porque não tem informação prá poder agir ... saber alguma informação, eu gostaria de saber qual o direito que eu teria, né, mas isso eu nunca tive informação sobre o meu direito". (E11)

"porque a gente não se ocupa muito nisso, pra saber o que você tem e o que não tem, eu mesmo sou leigo nesses pontos de direito, o que você tem de razão, o que você não tem, você vai lá e o que eles falam prá você, ta falado, eu mesmo não procurei saber de nada até agora, entendeu, eu não fui atrás de nada, então, com certeza é importante saber dos direitos porque que nem nessa hora que você precisa, eu nunca precisei, mas agora que eu vou precisar, mas agora vamos ver, né". (E12)

O "acesso à informação é um direito humano fundamental relacionado não somente à luta contra a corrupção e ao melhoramento do desenvolvimento, mas também à saúde, educação, qualidade de vida e outros direitos essenciais", foi o que reafirmaram os 115 participantes da Conferência Regional sobre Direito de

Acesso à Informação, realizado em Lima, no Peru, de 28 a 30 de abril de 2009 (BRANCO, 2009). Elaborado por grupos de trabalho temáticos na primeira parte da conferência, o documento foi discutido em sessão plenária coordenada pelo expresidente dos Estados Unidos Jimmy Carter. Afirmou que o "acesso à informação pode mudar o ambiente de sociedades inteiras, mas precisamos promover mais o direito de acesso, pois atualmente ele só é defendido nas Américas por poucos membros da sociedade civil, por uma elite".

O direito de acesso à informação é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XXXIII, mas que ainda não foi devidamente regulamentado por uma lei federal especializada (BRASIL, 1995).

Enquanto tal norma não é aprovada, é importante lembrar que já existe hoje um elevado número de normas esparsas que trazem dispositivos legais relativos ao direito de acesso. Algumas garantindo de forma clara e expressa seu exercício, outras, infelizmente, restringindo sua interpretação e utilização (CEPIK, 2010).

Dentre os entrevistados, 4 relataram o sentimento de decepção com relação ao empregador.

Decepção em relação ao empregador

Alguns trabalhadores trouxeram em seus discursos a decepção em relação aos seus empregadores, principalmente pelo fato de estarem muitos deles há muito tempo laborando na mesma empresa e no momento em que eles mais precisavam de apoio dos empregadores devido a todos os problemas que estavam enfrentando, tanto em relação as suas queixas de saúde, os problemas de afastamentos interrompidos ou muitas vezes negados pelo INSS, e tantos outros mais; as empresas "abandonam" o trabalhador. Segundo as falas dos próprios pacientes, há situações em que as chefias prestam informações errôneas ou até de maneira fragmentada, deixando os empregados à sua própria sorte e porque não dizer, tratando-os como se fossem "apenas problemas", problemas estes os quais eles querem se ver livres o mais rapidamente possível.

"sim, eu acho, porque o patrão só quer o empregado enquanto ele dá produção, ele deixou de dar produção devido à doença, ele não presta mais, então se torna uma pessoa inválida, só que inválida pro patrão, ... não pra previdência social, ... pra previdência social ela não é inválida, e hoje é muito difícil você conseguir um emprego a partir do momento que você fica no auxílio-doença, afastado, porque qualquer empresa que você vai entrar eles vão puxar, e vai ter, e aí dificulta demais, quer disser, você se desgastou dentro de uma empresa, não teve valor nenhum, e hoje tá impedido de arrumar um emprego devido à doença". (E5)

"... eu na época confiei mais na minha gestão lá, na minha chefia, e na parte de recursos humanos da empresa, agora atualmente eu procurei meus direitos e o advogado me instruiu que eu tenho, que eu teria que ter uma ajuda financeira da empresa e que eu não tive ... disseram que eu não tinha direito e hoje a gente ta procurando junto à justiça reaver esses direitos". (E2)

"...eu vejo assim, é um problema muito difícil, você trabalha com amor, sabe, procura fazer seu serviço direito, né, e na hora que você precisa, assim, você fica meio que abandonada, ninguém te liga prá saber de nada, o INS nega o benefício, então é meio difícil, é complicado, já vai prá seis mês que eu não recebo do INS, o INS falou que eu tenho que esperar prá receber uma cartinha aqui em casa, agora, eles vão mandar marcado já a perícia ou não aceito também, depende, tem que esperar ou sim ou não, então ainda ta arriscado de ser não, ta arriscado deles não aceitar esse papel do médico do trabalhoentão, o médico do trabalho não deixa a gente voltar a trabalhar e o INS também não paga, então a gente nem pode trabalhar prá receber e nem o INS também paga, pode ser que vai vir rápido a resposta, pode ser que vai demorar de seis mês, um ano, depende, ... eles não tem assim, ... um tempo determinado prá gente, a gente vai lá e pergunta e eles não sabem responder ... ". (E7)

O homem vive grande parte de sua vida no local de trabalho, é mais exigido em seu trabalho, em seus movimentos, no uso do seu tempo, sendo condenado a ser um recurso e um apêndice da tecnologia, condições essas que impedem a satisfação de suas necessidades de segurança, reconhecimento e autorealização (SILVA, 2001; apud SILVA, 2005). Em nossa organização social, ele dedica ao trabalho aproximadamente 65% de sua vida produtiva, incluindo-se a jornada laboral, a atividade propriamente dita, a locomoção e o atendimento das necessidades relacionadas ao trabalho. Portanto, não é a terceira parte da vida mas, praticamente, a metade da existência humana que é dedicada ao trabalho profissional (MAURO et al., 2004; apud SILVA, 2005).

Outra questão importante mencionada por alguns desses pacientes, diz respeito às dificuldades financeiras e sociais que enfrentam devido ao afastamento de suas atividades habituais na empresa e o não recebimento de benefícios devido aos problemas encontrados junto ao INSS, no que diz respeito a demora de marcação das perícias médicas ou mesmo a suspensão de benefícios.

Atualmente o trabalhador que necessite agendar uma perícia no INSS devido a um acidente de trabalho vai aguardar, na capital de São Paulo, por aproximadamente 52 dias. Quem mora em outros municípios do Estado de São Paulo aguarda 21 dias e, para quem mora na Grande São Paulo, 38 dias (REVISTA CIPA, p. 46, 2010).

Quando perguntados por que meios poderiam adquirir as informações pertinentes aos seus direitos, esses trabalhadores trouxeram em seus discursos algumas possibilidades de como poderiam adquirir as informações à respeito dos seus direitos.

Meios de acesso para obtenção das informações

Foi perguntado aos entrevistados por que meios poderiam estar obtendo estas informações à respeito dos seus direitos, as quais eles afirmam serem de grande importância para o conhecimento pessoal. As falas referentes à essa questão vão desde às orientações dadas por profissionais da área da saúde, advogados, colegas da empresa, pessoas amigas, familiares que já haviam passado

também por uma situação de afastamento da empresa por motivo de doença ocupacional ou acidente de trabalho ou através do sindicato da categoria do trabalhador.

"...o que falta é ter uma pessoa que me orientasse, ter uma pessoa que orientasse meus direitos ... porque eu não sei, eu não tenho quem me oriente, seria muito ótimo se tivesse uma pessoa prá me orientar, seria muito ótimo prá nós e prá mim, como eu não conheço, ... só quero aprender os meus direitos e tudo". (E1)

"... seria bom ter alguém lá no CEREST, ninguém me orientou lá, mas seria bom, legal, positivo, ... a medida que eles explicavam alguma coisa a gente procurava entender, né, aprender alguma coisa de bom ...". (E3)

"mais informações, mais folhetos, cartilhas, sabe ...livros, jornais, explicando os direitos da gente, ... porque hoje o que você sabe sobre os seus direitos, direitos trabalhistas, muito pouco, muito pouco... sobre doença, menos ainda, menos ainda, ... não tem informativo, ... você vai num lugar, ah não, ... a Previdência Social que podia exercer essa função de esclarecer pro paciente, não, ela simplesmente ignora, prá eles não é conveniente abrir a página e falar, olha, a previdência você paga e você tem direito a isso e aguilo, e aguilo ..., não, eles se acomodam naquele cantinho, e o restante que se dane, você paga aí uma previdência prá nada, paga prá futuramente ter uma de um salário, de uma salário mínimo e aposentadoria meio, ... então você tem que antes morrer por causa de um trabalho, e o que isso vai dar, vai dar nada, e você pagou e não tem benefício nenhum" (E5)

"... a empresa mesmo deveria passar prá gente, né, muitas coisas que não passa, ou às vezes sabe e quando a gente vai atrás não quer fazer as coisas certas, eu gostaria que melhorasse as coisas, ...porque trabalhar com dor não é fácil, a gente vai atrás no serviço e fala que não, que você tem que fazer aquela função porque não tem outra" (E6)

Pitta (2006) propõe uma reflexão (e análise) sobre os "lugares" de produção e circulação do que se convenciona chamar de informações em saúde, já que ultrapassam as fronteiras e os critérios de seletividade dos sistemas de informação governamentais e não governamentais em Saúde e Ciência e Tecnologia. São cotidianamente trazidas a público segundo as lógicas de funcionamento e seletividade com que operam os jornais, TVs, rádios, sites diversos na Internet, mídias comunitárias; a própria relação médico/paciente. Estão presentes na relação dos cidadãos com os serviços públicos e privados de saúde; conversas em casa, com amigos, no trabalho.

Entretanto, observa-se nos discursos dos trabalhadores que dependendo de quem e da forma como essas informações chegam à eles, podem não estar sendo eficazes para sanarem diversos questionamentos que os afligem. Vislumbra-se, então, que cada pessoa pode, dependendo de sua formação ou de sua intenção, fornecer orientações que nem sempre estão totalmente erradas ou totalmente certas, mas que repletas de "sentidos" que cada interlocutor procura imprimir a elas.

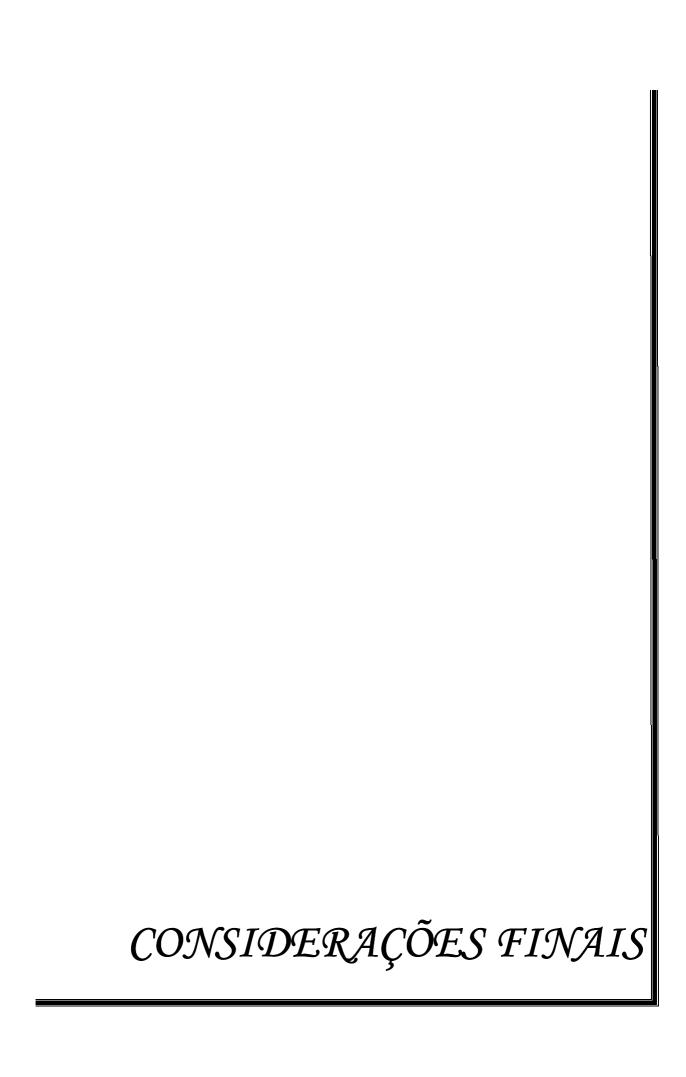
As informações são produzidas socialmente por um olhar interessado e carregado de subjetividade. São, em última análise, discursos sociais ou formas de representação do real: "modos de dizer, fazer e mostrar" um dado, um fato, um acontecimento. Cada "produtor" de informações em saúde (ou discursos sociais sobre saúde/doença e seus determinantes) procura legitimar o "seu" modo de retratar o real, o que dá concretude a uma permanente "disputa" ou tensão entre informações às vezes sobre o mesmo tema ou questão na dimensão pública, e conseqüentemente, maior ou menos visibilidade de sentidos que acabam por se tornar "dominantes" em relação a outros, a ter mais força e "poder" que outros (PITTA, 2006).

Pitta (2006) ressalta que para a consolidação da democracia brasileira se tornam imprescindíveis a participação, o direito à comunicação e o direito à informação (direito às informações em poder do campo governamental); direito de organizar informações e promover o seu acesso público; direito de acesso a fontes alternativas (não governamentais) de informação.

Algumas sugestões foram ofertadas pelos trabalhadores no que diz respeito a como suprir essa lacuna existente entre o desconhecimento por parte deles em relação aos seus direitos à saúde e ao trabalho, com o objetivo de tentar dirimir ou minimizar os problemas vivenciados por esses trabalhadores, principalmente àqueles que são referenciados para o Cerest por estarem enfrentando problemas de doenças ocupacionais crônicas, com períodos de longos afastamentos, acidentes de trabalho muitas vezes com mutilações de membros e transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Um ponto que merece destaque é que quase a totalidade da assistência médica, hospitalar e ambulatorial, para as vítimas dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inseridos ou não na economia formal, com ou sem planos privados de saúde, é realizada pelos serviços da rede pública.

Evidencia-se neste estudo que em decorrência dos motivos alegados pelos entrevistados sob a importância do conhecimento dos seus direitos, reitera-se que a capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de prevenção, promoção e educação em saúde do trabalhador e fornecer às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores, tanto na seara da saúde, direitos trabalhistas, previdenciários ou qualquer outro direito se faz míster. Ressalta-se que estas orientações sejam fornecidas por profissionais competentes e comprometidos com estas questões tão complexas que envolvem a saúde do trabalhador e mais ainda, oferecer um atendimento humanizado e resolutivo, escutando o trabalhador de maneira desprovida de preconceitos, na tentativa de minimizar todos os tipos de "dores" que esses trabalhadores/pacientes apresentam, sejam elas físicas, psíquicas, materiais ou da "alma", e que os trabalhadores possam resgatar a dignidade da pessoa humana.



Este estudo de caso objetivou compreender as informações dos trabalhadores encaminhados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto-SP sobre os seus direitos à saúde e ao trabalho.

Na fase quantitativa do estudo, com o objetivo de realizar a caracterização desses trabalhadores, os dados foram coletados através de um questionário aplicado aos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST) de uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), no período de 6 de novembro a 4 de dezembro de 2009. O número de sujeitos entrevistados foi 84 e constitui-se de trabalhadores que sofreram acidente de trabalho ou adquiriram doença ocupacional no meio ambiente de trabalho. A predominância foi do sexo masculino (72,6%). Quanto ao estado civil, não houve grande diferença percentual em relação ao número de solteiros (40,5%) e casados (39,3%). No que diz respeito à escolaridade, ocorreu um percentual próximo em relação ao ensino fundamental incompleto (29,8%) e para o ensino médio completo (32,1%). A idade média dos trabalhadores foi de 33 anos. A sua grande maioria reside no município de Ribeirão Preto-SP (92,9%). A ocupação com maior número de sujeitos foi a de auxiliar de linha de produção (11,9%) e ressalta-se um número elevado em diversidade de ocupações. No que se refere ao número de horas trabalhadas, a jornada de 8 horas é predominante (45,2%), no período diurno (91,7%), com turno de trabalho fixo (86,7%) e a maioria dos sujeitos não trabalham aos sábados, nem domingos ou feriados (53,6%). No que se refere à anotação na CTPS, a maioria (96,4%) tem o registro. Quanto ao tempo de serviço na empresa, a metade dos trabalhadores possui menos de 1 ano (50,0%). Quanto à faixa salarial, houve um predomínio de 2 a 3 salários mínimos (69,0%). A maioria dos trabalhadores não possuem outro trabalho além o da empresa onde laboram (94,0%).

Quando indagados sobre a ocorrência de riscos no trabalho para a vida e saúde, a maioria identifica afirmativamente (76,2%), sendo que 64,3% (54 dos respondentes) informaram que receberam treinamento, curso ou orientações para realizar seu trabalho. Um percentual de 73,8% (62 sujeitos) afirmaram que receberam EPIs para realizar o seu trabalho habitual.

Quanto aos motivos do encaminhamento para o AST, a maioria respondeu que foi devido a acidente de trabalho típico (69,0%) e que não havia ocorrido outro acidente anterior na mesma empresa (88,0%). Foi emitida a CAT para 45

trabalhadores (53,6%). Em relação ao período de afastamento, a maioria referiu um afastamento menor ou igual a 15 dias (75,0%). Ainda quanto à situação do trabalhador em relação ao INSS, a maioria mencionou estar afastado pela empresa (74,1%).

A fase qualitativa do estudo foi realizada com os pacientes que foram referenciados para o CEREST - Regional de Ribeirão Preto pelo AST da UBDS escolhida para esse estudo. No período destinado à coleta de dados no AST, 12 trabalhadores foram encaminhados pelo médico do trabalho para atendimento de maior complexidade. Todos eles concordaram em participar das entrevistas. Após a realização da análise de conteúdo dos discursos dos trabalhadores, e realizada a categorização foram evidenciados os seguintes temas: afastamento em função de doença ocupacional diagnosticada pelo médico do trabalho; afastamento em função de doença ocupacional devido à LER/DORT; afastamento em função de doença ocupacional devido a transtorno mental relacionado ao trabalho; afastamento em função de acidente de trabalho típico; a dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de LER/DORT; a dor crônica como principal queixa à saúde nos casos de afecções da coluna; limitações físicas no trabalho decorrentes do acidente de trabalho típico; problema psicológico relacionado ao trabalho como principal queixa; trabalhadores não sabem nada dos seus direitos; trabalhadores conhecem pouco seus direitos; acesso à informação e o exercício dos direitos; decepção com relação ao empregador e meios de acesso para obtenção das informações.

A situação atual do trabalhador brasileiro é reconhecidamente grave em relação à saúde e segurança no ambiente de trabalho. A cada dia, empregados brasileiros sofrem acidentes de trabalho, infelizmente muitas vezes com morte ou incapacidades permanentes.

Em relação às queixas à saúde, ao descreverem-nas, dez trabalhadores relataram a dor crônica como a principal queixa, sendo que para sete deles o diagnóstico foi relacionado aos problemas de dores na coluna vertebral devido às condições do trabalho e três sujeitos com diagnóstico de LER/DORT. A dor para estes pacientes associa-se às causas físicas apresentadas pelas doenças ocupacionais adquiridas no trabalho.

O caráter subjetivo da dor e as diversas queixas de etiologia psicossocial foram abordadas por uma trabalhadora que relacionou seus problemas psicológicos provenientes das condições do seu ambiente de trabalho.

Evidenciou-se neste estudo um trabalhador com problema relacionado ao acidente de trabalho típico (amputação de dedo) ocorrido dentro da empresa. O trabalhador descreve a dor associada à causa física, ou seja, pela perda de parte do membro. Entretanto, no seu discurso verificou-se que o problema da amputação não se referia somente à dor que ele sentia no coto do dedo, nem somente às limitações físicas encontradas no retorno ao trabalho relacionadas à diminuição do rendimento na execução das tarefas que deveria desempenhar de acordo com sua ocupação na empresa. O sofrimento psicológico apareceu impregnado nas falas deste trabalhador.

Ressalta-se que, até recentemente, nos ambientes ocupados predominantemente por homens, eram elaboradas estratégias de defesa específicas coletivamente concebidas para combater o sofrimento (DEJOURS, 2010).

Neste estudo, objetivou-se compreender as razões que levam esses trabalhadores conhecerem ou desconhecerem os seus direitos à saúde e ao trabalho. Concluiu-se que, após a análise dos discursos dos entrevistados, seis dos respondentes desconhecem os seus direitos e a outra metade os conhecem muito pouco. Os que relatam que conhecem um pouco à respeito do assunto, apenas descreveram como seu direito o de receber um benefício pecuniário através do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) devido ao longo período de afastamento.

A falta de informação referida pelos trabalhadores evidencia a sua vulnerabilidade enquanto cidadão e trabalhador.

Nos discursos relatados pelos trabalhadores pode-se constatar que em muitas situações os seus direitos são negados e que suas garantias mínimas nas condições favoráveis para um bom desempenho no trabalho são muitas vezes suprimidas. Será que nessas situações descritas pelos pacientes podemos dizer que ocorria uma relação harmônica entre o capital e o trabalho? Como fica a saúde do trabalhador nessas condições relatadas por esses homens e mulheres? Nesse estudo, os trabalhadores manifestaram seus mais íntimos e profundos sentimentos em relação aos seus problemas de saúde, do seu trabalho, da falta de recursos financeiros, dos abandonos, dos sofrimentos e das dores, sejam elas físicas ou mentais. O sofrimento e a dor física e mental do trabalhador são parte da história do Ocidente de longa data, nas minas de carvão da Europa em fase de sua industrialização, no traslado dos imigrantes europeus e asiáticos para o mundo americano frente à expectativa do que iria encontrar e como se adaptar à nova

realidade. Contudo, a grande dor foi a do negro escravizado submetido a trabalhos estafantes e a torturas violentas, Muitas vezes a dor física e mental eram tais que o negro envolvido pela nostalgia deixava-se morrer de fome ou sob a prática do suicídio. Tratava-se do banzo, uma gravíssima doença causada pela exacerbação do sentimento de saudade.

As questões relacionadas aos acidentes de trabalho e às doenças ocupacionais envolvem, sobremaneira, um amplo saber nas mais diversas áreas do conhecimento; das ciências biológicas, exatas e da área de humanas.

Afirma-se, portanto, que no cenário brasileiro o "direito à saúde" e o "direito ao trabalho" possuem um vasto arcabouço de normas e princípios protetivos na área da saúde do trabalhador, seja no âmbito nacional constitucional ou infraconstitucional como no internacional. Corroboro que o direito à saúde do trabalhador deve ser tratado como um direito humano e fundamental à vida.

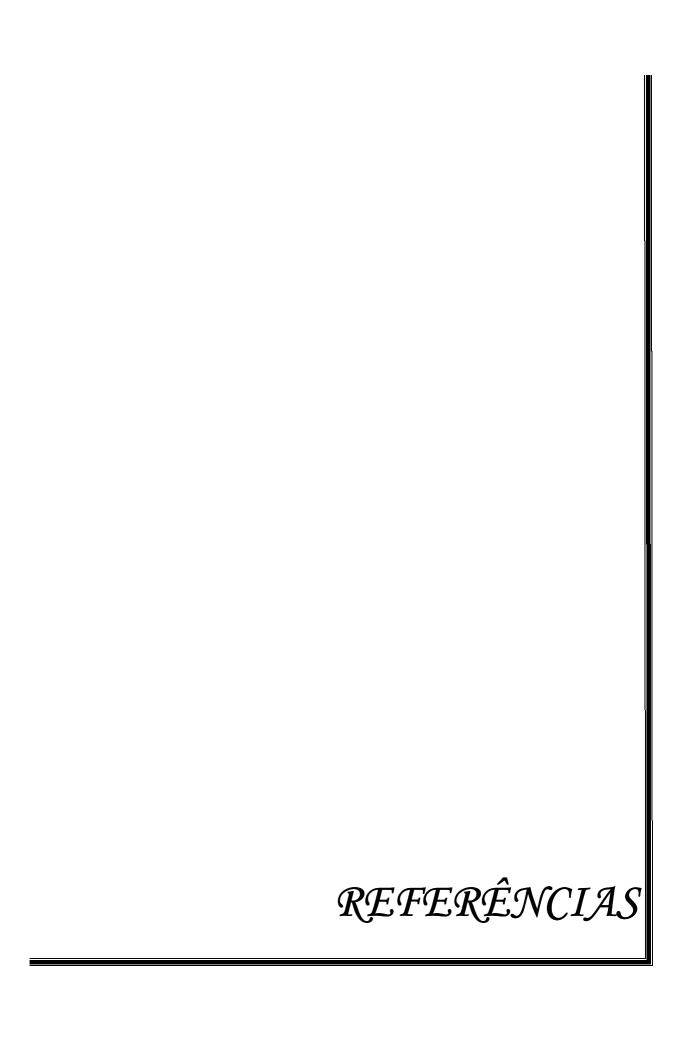
Fica evidente, entretanto, que no âmbito nacional, existem diferentes mecanismos políticos e jurídicos a serem utilizados para a efetivação das políticas públicas em saúde do trabalhador com o intuito de favorecer trabalho digno e um meio ambiente do trabalho saudável para todos os trabalhadores do nosso país, bastando para isso um pouco de vontade e coragem para ultrapassar velhos paradigmas.

Contudo, os resultados do estudo demonstram que os trabalhadores desconhecem os seus direitos e quando mencionam que os conhecem, na realidade possuem um conhecimento fragmentado e muitas vezes distorcido.

Diante do exposto, sugere-se que haja uma maior articulação entre os profissionais dos mais distintos órgãos governamentais para que se tenha uma maior eficácia no amparo às políticas públicas destinadas aos trabalhadores, posto que, diante da magnitude para se enfrentar problemas tão complexos, deve-se buscar novas formas de superar as dificuldades.

Outro ponto de suma importância diz respeito à necessidade de se realizar capacitação para todos os envolvidos com as questões referentes aos trabalhadores, para que se apliquem as medidas básicas de prevenção, promoção e educação em saúde e que tenham ao menos um conhecimento básico, mas sólido, para realizar orientações quanto aos seus direitos, de maneira a preencher as lacunas e contribuir para uma melhor atenção voltada à prevenção, à promoção e a vigilância em saúde dos trabalhadores.

Corrobora-se com as palavras de Dejours (1993, p.101) que "a saúde é a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados. É quando há o desejo".



AMERICANO, M. J. **Prevenção às LER/DORT**. s..d. Disponível em: http://www.2.uol.com.br/prevler/o_que_eh.htm . Acesso em : 23 ago. 2005.

ARAÚJO JÚNIOR, Francisco M. Doença ocupacional e acidente de trabalho: análise multidisciplinar. São Paulo. LTr, 2009.

AREGNATO, Rita C. A., MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo, Texto Contexto Enferm., Florianópolis, Out-Dez; 15(4): 679-84, 2006.

AROCHENA, J. F. L. Acidente de trabalho e riscos psicossociais. **Netlegis**. 2010. Disponível em: . Acesso em: 09 maio 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BIERING-SORENSEN, F. A prospective study of low back in a general population. **Scandinavian Journal** of **Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 15, p. 71-9, 1983.

BOTSARIS, A. O complexo de atlas e outras síndromes do estresse contemporâneo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

BRANCO, G. C. Acesso à informação, um direito essencial. **Correio Brasiliense**, Brasília, 13 maio 2009. Disponível em: http://arquivoememoria.wordpress.com/2009/05/13acesso-a-informação-um-direito-essencial. Acesso em: 20 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em URL:

http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/Constituicao/constituicao.htm

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacaolei8080 190990.htm

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142 281290.htm

BRASIL. (1990). Código de Proteção e Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078, de 11/03/1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDENCIA SOCIAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTERIO DO TRABALHO. (1993) Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Brasília: CIST, 1993. 88 p.CDD. 613.62

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1994) Relatório Final da 2ª Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão de Saúde do Trabalhador. 51 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998) Portaria Federal MS nº 3.908, de 30/10/1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998) Portaria Federal MS nº 3.947/GM/MS, 25/11/98. Aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998) Portaria Federal MS nº 3.120, de 01/07/1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAÚDE. (1999) Políticas de Saúde: metodologia de formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 16 p.. ISBN: 85-3340191-4.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999) Portaria Federal MS nº 1.339, de 18/11/1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2001) Portaria Federal MS/GM nº 737, de 16/05/01. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR (2001) Saúde do Trabalhador: Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador: Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família; 5) 63 p. ISBN: 85-334-0368-2.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. REPRESENTAÇÃO NO BRASIL DA OPAS/OMS. (2001) Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Ministério da Saúde, Representação no Brasil da OPAS/OMS; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Ildeberto Muniz Almeida et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2002) Portaria Federal MS n° 1.679, de 19/9/2002; cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 60 p. (Série Histórica do CNS; n.1) – (Série I. História da Saúde no Brasil). ISBN 85-334-0326-7.

BRASIL. (2003) Novo Código Civil. Lei nº 10.406, de 10/01/2002. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2003) Resolução CNS nº 330, de /11/2003. Resolve aplicar os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS, aprovada na 21ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 27/02/2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2002) 2ª Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador 1994: Anais. Ministério da Saúde. Brasília: Ministerio da Saúde, 2002. 284p. (Série D. Reuniões e Conferencias). ISBN 85-334-0635-.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR. (2004) Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Ministério de Estado da Saúde. (Não publicada).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005). Portaria nº 1.125, de 06/07/2005. Dispõe sobre os Propósitos da Política de Saúde do Trabalhador para o SUS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005) Portaria Federal MS/GM nº 777, de 28/4/2005. Define os procedimentos técnicos para a Notificação Compulsória de Agravos à Saúde do Trabalhador na rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005) Portaria Federal MS n° 2.437, de 07/12/2005. Amplia a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005). 3ª Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNST: "Trabalhar, sim! Adoecer, não!". Coletânea de textos. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 214 p. (Série D. Reuniões e Conferencias).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho (NOB/RH-SUS). Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3ª edição, revisada, atualizada após a 12ª Conferencia Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p. (Série Cadernos Técnicos – CNS) – (Série J. Cadernos MS) ISBN: 85-334-0827-7.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. 2ª edição, revisada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 380 p. (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-0702-5

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR – COSAT. (2006). Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Manual de Gestão e Gerenciamento. Organização David Braga Jr. Supervisão Técnica Marco Perez. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2009) Portaria Federal MS/GM nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providencias.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2009) Portaria Federal MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providencias.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out-dez. 2006.

CEPIK, Marco. (s/d). Site da Web. Disponível em: http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/view/31106 Acesso em: 17 jul. 2010.

CIPA. Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes. Ano 31, n. 367, jun., 2010.

COMITÊ TÉCNICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Texto atualizado em oficina sobre LER/DORT do Comitê Técnico do Ministério da Saúde**. s.d. Disponível em: < http://extranet.bancariosbh.org.br/novosite/detalhe.php?ID=77 > .
Acesso em: 8 jul. 2010.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO. Armando Casemiro Costa; Irany Ferrari; Melchíades Rodrigues Martins (coord.). São Paulo: LTr, 2009

COUTO, H. A. **Como gerenciar a questão das LER/DORT**: lesões por esforços repetitivos, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Belo Horizonte: Ergo. 1998.

CURSO SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA. Incorporando a saúde do trabalhador na construção das políticas públicas nacionais. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2006.

CURY, I. T. Direito fundamental à saúde. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

COSTA, L. C. da (Org.). **Caderno de saúde do trabalhador**: legislação. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer. Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2010.

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L. E.; RIGOTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 138-156.

DIMENSTAIN, G. OIT aponta globalização como responsável por depressão em trabalhadores. **Folha on-line. 2010.** Disponível em:

http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/imprescindível/semana/gd0910a15100
0.htm > Acesso em: 27 jun. 2010.

FACCHINI, L.A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, S.R.V. **Saúde mental & trabalho**: vivências subjetivas de sofrimento e prazer de profissionais de enfermagem. João Pessoa: Editora Universitária, 2006.

FONSECA, Maria H. Direito ao trabalho: um direito fundamental ao ordenamento jurídico brasileiro. São Paulo: LTr, 2009.

FUNDACENTRO. Acidentes de trabalho custam 10 por cento do PIB da América Latina. s..d. Disponível em:

http://www.fundacentro.gov.br/CTN/noticias.asp?Cod=358. Acesso em: 27 set. 2007.

GARCIA, M.; GATELL, Cr. **Actual**: historia del mundo contemporáneo. Barcelona: Vicens Vives, 1998.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, maio/ago. 2006.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostragem de domicílios**. Estatísticas do mercado de trabalho. 2008. Disponível em: http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela>. Acesso em: 05 jul. 2010.

JACQUES, C. C. Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dissertacao camila jacques.pdf> cesso em: 10 jul 2010.

KNIGHT CENTER FOR JOURNALISM IN THE AMERICAS. Acesso à informação é um direito humano fundamental, reiteram participantes de conferência hemisférica. Publicado por Rosental Alves, em 05 jan. 2009. Disponível em: http://knightcenter.utexas.edu/blog/?q=pt-br/node/3825. Acesso em : 10 jul. 2010.

KELSEY, J. L.; WHITE, A. A.; PASTIDES, H.; BISBEE JR, G. E. The impact of musculoskeletal disorders on the population of the United States. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, Boston, v. 61, n. 7, p. 959-64, 1979.

LACAZ, F.A.C. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 1994: Caderno de Textos. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 71-77.

LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 2. ed. rev., atual. e ampl. (org.) Gustavo Filipe Barbosa Garcia. São Paulo: Método, 2008. LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEGISLAÇÃO MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO (CODERP). Dispõe sobre a notificação de acidente do trabalho e doenças ocupacionasi através do relatório de atendimento aos acidentes do trabalho- RAAT e dá outras providências. Disponível em: http://www.ribeirãopreto.sp.gov.br/leis/pesquisa/imprimir.php?id=30951.

Acesso em: 10 jul 2010.

LIEBER, R.R. O princípio da precaução e a saúde no trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 124-134, 2008.

MACHADO J.M.H. Processo de vigilância em saúde do Trabalhador. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 33-45, 1997.

MACHADO, J.M.H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, 2005.

MEDEIROS, C.C.S. (org.). Saúde mental e o direito. São Paulo: Método, 2004.

MEDEIROS, C. C. S. de. (Org.). **Saúde mental e o direito**. São Paulo: Método, 2004.

MEDINA, M. C. G. **A aposentadoria por invalidez no Brasil**. 1986. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

MENDES, R. Importância da ocupação como determinante de saúde-doença: aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n. 67, v.17, p. 18-30, Jul.- Set. 1989.

MENDES, R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995.

MILLER, M. H.; TOPLISS, D. J. Chronicupper limb pain syndrome (repetitive strain injury) in the Australian work force: a systematic cross sectional rheumatological study of 229 patients. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 15, p. 1705-12,1988.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, Set. 1993.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M.F. (1997) A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

MORAES, G. T. B.; PILATTI, L. A.; KOVALESKI, J. L. Acidentes de trabalho: fatores e influências comportamentais. **Revista CIPA**, São Paulo, n. 367, p. 94-103, Jun. 2010.

MOREIRA, C.; CARVALHO, M. A. P. **Reumatologia**: diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. Caderno de saúde do trabalhador: legislação / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador; elaborado e organizado por Letícia Coelho da Costa – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MORAES, G.T.B. et al. Acidentes de trabalho: fatores e influências comportamentais. Revista CIPA, Jun, nº 367, p. 94-103, 2010.

MOREIRA, Caio; CARVALHO, Marco Antônio P. Reumatologia Diagnóstico e Tratamento. 2ª edição, 2001.

NOGUEIRA, V. M. R. A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, dez. 2003.

NOVAES FILHO, W. Constituição da República Federativa do Brasil. 8. ed. São Paulo: LTr, 2005.

NOVAES FILHO, W. Constituição da República Federativa do Brasil, 8. ed., LTr, 2005.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional. 3 ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: LTr, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em :

< http://www.unhchr.ch/vdhr/lang/por_print.htm >. Acesso em: 11 maio 2008.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ e Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PESQUISA FAPESP. Ciência e Tecnologia no Brasil. nº 172, Junho, 2010.

PITTA, Áurea M. da R. Informação e Comunicação em Saúde: que qualidade? que pacto? (resenha revisada pela autora em 11/9/2006). Disponível em: http://recantodasletras.uol.com.br/resenhas/232177. Acesso em: 12/07/2010.

POCHMANN, M. Modernizar sem excluir. In: LOBATO, I.V.C. & FLEURY, S. (Orgs) Seguridade Social, Cidadania e Saúde. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2009. (Coleção Pensar em Saúde), (Cap. 6:100-115). ISBN 978-85-88422-10-0

REIS, H. M. dos. **Relações econômicas internacionais e direitos humanos.** São Paulo: Quartier Latin, 2005.

REVISTA ABRASCO. Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ano XXIV, setembro, 2007.

REVISTA CONSTRUÇÃO, novembro, 1999. Site da Web. http://www.ecivilnet.com/artigos/seguranca do trabalho.htm>. Acessado em: 15/07/2010.

REVISTA PROTEÇÃO, novembro, 1999. Site da Web. Acessado em 10/07/2010. http://www.ecivilnet.com/artigos/seguranca do trabalho.htm>.

REVISTA PROTEÇÃO. Revista Mensal de Saúde e Segurança do Trabalho. Ano XXIII, dezembro, 2009.

RIGOTTO, R.M. (2003) Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. Rev. Brasileira de Epidemiologia. 6(4):388-404, 2003.

ROCHA, J. C. de S. da. **Direito da saúde**. São Paulo: LTr, 1999.

ROCHA, J. C. S. Direito ambiental e meio ambiente do trabalho: papel dos sindicatos na defesa dos trabalhadores. s.d. Disponível em: http://www.sindicato.com.br/artigos/meioambi.htm. Acesso em: 9 mar. 2008.

ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

SABINO, M. O.; CORREA FILHO, H. R.; LORENZ, V. R. **Tópicos sobre a saúde do trabalhador para a atuação da promotoria**. (s/d).

SALVADOR, L. Assédio moral: doença profissional que pode levar à incapacidade permanente e até à morte. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 6, n. 59, out. 2002. Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3326. Acesso em: 19 mar. 2008.

SANTANA V; NOBRE L.C.C; WALDVOGEL B. C. Acidentes de Trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

SANTOS, E. R. **Temas modernos de direito do trabalho**. Belo Horizonte: Editora BH, 2005.

Referências 145

SANTOS, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhadas, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2009-2018, 2008.

SILVA, J. A. R. O. **A saúde do trabalhador como um direito humano**: conteúdo essencial da dignidade humana. São Paulo: LTr, 2008.

SILVA, S. M. Informações sobre direitos, responsabilidades, deveres e benefícios de trabalhadores de enfermagem de hospitais de Recife-PE. 2005. 178 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

SOUZA, N. S. S. et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 630-638, 2000.

THURLER, L. **SUS**: legislação e questões comentadas. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VILARINO, C. Seminário IBRET – Fator acidentário de Prevenção (FAP): como as empresa estão se adaptando?. Disponível em:

http://www.fea.usp.br/noticias.php?i=489. Acesso em: 18 jul. 2010.

WEIS, C. Os direitos humanos contemporâneos. São Paulo: Malheiros, 2006.

APÊNDICES

Apêndices 147

APÊNDICE 1 - Questionário para coleta de dados:

"DIREITO À SAÚDE E AO TRABALHO: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO - SP" (Variáveis Sócio-demográficas e Ocupacionais).

1- Sexo: () feminino () masculino
2- Data de Nascimento:/
3- Estado civil: () solteiro (a) () casado (a) () separado (a)
() divorciado (a) () viúvo (a) () união estável
4- Cidade onde mora: Bairro:
5- Grau de escolaridade: () Analfabeto () 2º grau completo
() 1º grau completo () 2º grau incompleto
() 1° grau incompleto () superior completo
()superior incompleto
6- Assinale o motivo pelo qual procurou atendimento no Ambulatório de Saúde
do Trabalhador desta UBDS:
() Acidente de Trabalho
() Doença Ocupacional
() Doença relacionada ao Trabalho
() Outros (Especificar):
7- Se foi acidente de Trabalho, o Sr. (a) já teve outros acidentes na mesma
empresa?
() Não () Sim Quantas vezes?
8- Ocupação/ Profissão:
9- Função que ocupa no trabalho:
10- O Sr. (a) trabalha no período: () Diurno () Noturno
11- O seu esquema de trabalho é de turno de trabalho:
() Fixo () Alternado

12	2- C	OSr.(a) é um trabalhador(a):
()	Empregado com registro na carteira de trabalho
()	Autônomo
()	Funcionário Público
()	Aposentado desde://
()	Desempregado desde://
()	Outros:
13	3- E	Em relação ao seu afastamento do trabalho:
D	ata	do Acidente/Doença Ocupacional://
()	Sem afastamento
()	Afastamento menor ou igual a 15 dias (dias)
()	Afastamento maior que 16 dias
14	1- S	Sua situação em relação ao INSS (Previdência Social):
()	Sem Benefício
()	Auxílio Doença
()	Auxílio Doença Acidentária
()	Aposentadoria
()	Não sei informar
15	5- C	Qual é o seu número de horas de trabalho por dia neste serviço?
() 4	horas
() 6	Shoras
() 8	3 horas
() 1	2 horas
() 0	outro. Especificar:
16	6- C	Quanto tempo o Sr.(a) trabalha neste serviço?
() n	nenos de 1 ano
() d	le 1 a 5 anos
() d	le 6 a 10 anos
() d	le 11 a 15 anos
() d	le 16 a 20 anos
() n	nais de 20 anos

17- Qual a sua faixa salarial, sendo que o salário mínimo nacional vigente é de
R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais)?
() 01 salário mínimo
() de 2 a 3 salários mínimos
() de 4 a 5 salários mínimos
() de 6 a 8 salários mínimos
() de 9 a 11 salários mínimos
() de 12 a 14 salários mínimos
() mais de 14 salários mínimos
18- O Sr.(a) tem outro emprego além desse trabalho mencionado?
() não
() sim. Especificar:
Se respondeu SIM na pergunta anterior, por favor responda as questões de
números 19 a 21.
19- O Sr.(a) recebe remuneração no outro trabalho?
() sim
() não
20- Qual é o número de horas por dia que o Sr.(a) trabalha no outro emprego?(horas)
21- Qual é o tipo de atividade que o Sr.(a) desenvolve neste outro trabalho?
Especificar:
22- O trabalho é essencial para a vida dos homens e mulheres não só por
oferecer recursos para a sua sobrevivência, mas também por lhe oferecer
satisfação e valorização social. Porém existem situações que o trabalho pode
agredir a saúde e a vida dos trabalhadores, porque gera condições de riscos
ocupacionais.
Com base no que foi escrito, o Sr.(a) acredita que no seu trabalho há riscos para
a sua saúde?
() sim
() não
() talvez
() prefiro não responder

Apêndices 150

23- Caso tenha respondido SIM a questão 22, o Sr.(a) poderia descrever	quais
são esses riscos que tem no seu trabalho:	
24- O Sr.(a) recebeu algum tipo de treinamento para realizar o	seu
trabalho?	
() Sim	
() Não	
() prefiro não responder	
25- O Sr.(a) sabe quais são os direitos que tem um trabalhador quando	sofre
um acidente de trabalho ou adquire uma doença ocupacional?	
() Sim	
() Não	
() prefiro não responder	
26- Se respondeu Sim na questão acima, relate algum direito que o Sr. (a)	
se lembre no momento:	
27- O Sr.(a) poderia relatar se existe algum tipo de receio para o Sr. (a)	após
ter ocorrido o acidente de trabalho ou a doença ocupacional:	

Muito obrigada pela colaboração!

Apêndice 2 - Questionário para coleta de dados: "DIREITO À SAÚDE E AO TRABALHO: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO - SP" (Variáveis Sóciodemográficas e Ocupacionais).

1- Sexo: () feminino () masculino	
2- Data de Nascimento:/	
3- Estado civil: () solteiro (a) () casado (a) () separado (a)
() divorciado (a) () viúvo (a) () união estável
4- Cidade onde mora:Bairro:	
5- Grau de escolaridade:	
() Ensino Fundamental completo () Superior completo
() Ensino Fundamental incompleto () Superior incompleto
() Ensino Médio completo () Analfabeto
() Ensino Médio incompleto	
6- Assinale o motivo pelo qual procurou atendimento	no Ambulatório de Saúde do
Trabalhador desta UBDS:	
() Acidente de Trabalho	
() Doença Ocupacional	
() Doença relacionada ao Trabalho	
() Outros (Especificar):	
7- Se foi acidente de Trabalho, o Sr. (a) já teve	outros acidentes na mesma
empresa?	
() Não () Sim Quantas vezes, incluindo est	e acidente?
Foi preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalh	o (CAT) desse atual acidente
ou doença ocupacional? () Sim () Não	
8- Qual o motivo do acidente? (descrever também se fo	or doença ocupacional)
	
	
9- Ocupação/ Profissão:	CBO:
10. Função que ocupa no trabalho:	

11- O Sr. (a) trabalha no período:() Diurno () Noturno () Vespertino
Horário de trabalho:Horário para refeição:
Trabalha aos sábados? () Não () Sim Qual o horário?
E aos domingos? () Não () Sim E aos feriados? () Não () Sim
12- O seu esquema de trabalho é de turno de trabalho:
() Fixo () Alternado
13- O Sr.(a) é um trabalhador(a):
() Empregado com registro na carteira de trabalho
() Autônomo
() Empregado sem registro na carteira de trabalho
() Funcionário Público
() Trabalhador Informal
() Outros:
14- Em relação ao seu afastamento do trabalho:
Data do Acidente/Doença Ocupacional://
() Sem afastamento
() Afastamento menor ou igual a 15 dias (dias)
() Afastamento maior ou igual a 16 dias (dias)
15- Sua situação em relação ao INSS (Previdência Social) ou outro Instituto de
previdência:
() Sem Benefício
() Auxílio - Doença
() Auxílio - Doença Acidentária
() Aposentadoria
() Não sei informar
() Afastamento pela Empresa (afastamento igual ou menor que 15 dias)
16- Qual é o seu número de horas de trabalho por dia no emprego atual?
() 4 horas
() 6 horas
() 8 horas
() 12 horas

() outro. Especificar:
17- Há quanto tempo o Sr.(a) trabalha no emprego atual?
() menos de 1 ano
() de 1 a 5 anos
() de 6 a 10 anos
() de 11 a 15 anos
() de 16 a 20 anos
() mais de 20 anos
18- Qual a sua faixa salarial, sendo que o salário mínimo nacional vigente é de R\$
465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais)?
() menos de 01 salário mínimo
() 01 salário mínimo
() de 2 a 3 salários mínimos
() de 4 a 5 salários mínimos
() de 6 a 8 salários mínimos
() de 9 a 11 salários mínimos
() de 12 a 14 salários mínimos
19- O Sr.(a) tem outro emprego além desse trabalho mencionado?
() não
() sim. Especificar:
Se respondeu SIM na pergunta anterior, por favor, responda as questões de números 20 a 22.
20- O Sr.(a) recebe remuneração no outro trabalho?
() sim
() não
() prefiro não responder
21- Qual é o número de horas por dia que o Sr.(a) trabalha no outro emprego?(horas)
22- Qual é o tipo de atividade que o Sr.(a) desenvolve neste outro trabalho?
Especificar:

Apêndices 154

23- O trabalho é essencial para a vida dos homens e mulheres não só por oferecer

recursos para a sua sobrevivência, mas também por lhe oferecer satisfação e
valorização social. Porém existem situações que o trabalho pode agredir a saúde e a
vida dos trabalhadores.
Com base no que foi escrito, o Sr.(a) acredita que no seu trabalho tem riscos
(perigos) para a sua saúde e sua vida?
() sim
() não
() talvez
() prefiro não responder
24- Caso tenha respondido SIM a questão 23, o Sr.(a) poderia descrever quais são
esses riscos (perigos) que tem no seu trabalho:
25- O Sr.(a) recebeu algum tipo de treinamento, curso ou orientações para realizar o
seu trabalho?
() sim
() não
() prefiro não responder
26- Foram fornecidos equipamentos de proteção individual (EPIs) para o Sr. (a)
trabalhar nas suas funções habituais?
() não
() sim
() não sei informar
() prefiro não responder
27- Se o Sr. (a) usa esses EPIs (equipamentos de proteção individual) poderia citar
quais são eles:

Apêndîces ______155

28- O Sr.(a) sabe quais são os direitos que tem um trabalhador quando sofre um
acidente de trabalho ou adquire uma doença ocupacional?
() sim
() não
() prefiro não responder
29- Se respondeu Sim na questão acima, relate algum direito que o Sr. (a) se lembre
no momento:
30- O Sr. (a) poderia relatar se existe algum tipo de receio (medo) para o Sr. (a)
após ter ocorrido o acidente de trabalho ou a doença ocupacional:

Muito obrigada pela colaboração!

Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário)

Você está convidado (a) a participar de uma pesquisa que será realizada nesse Ambulatório em Saúde do Trabalhador (AST), nessa UBDS. Esse estudo está sendo desenvolvido por mim, Regina Helena von Atzingen, enfermeira especialista em Saúde do Trabalhador, sou aluna do curso de Mestrado (EERP-USP), com orientação da Profa. Dra. Carla Aparecida A. Ventura, e tem o objetivo geral identificar os conhecimentos dos trabalhadores que são encaminhados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) - Regional de Ribeirão Preto-SP sobre os seus direitos à saúde e ao trabalho.

Para isso, nós precisamos nos encontrar para o preenchimento do instrumento de pesquisa e orientação, sendo um questionário contendo perguntas, que será aplicado por mim ou pessoa devidamente treinada, logo após a sua consulta com o médico do trabalho nesse ambulatório e, o tempo para respondê-lo será de aproximadamente 15 (quinze) minutos.

Informo que o que o Sr. (a) relatar será utilizado apenas para essa pesquisa, a sua identidade e os dados da pesquisa serão mantidos em segredo, o resultado final poderá ser publicado em revistas e/ou apresentados em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando da mesma. Você também poderá deixar de participar a qualquer momento, sem que seja prejudicado (a) por isso. Se houver algum tipo de desconforto ou alterações emocionais devido ao estudo, você poderá contar com o apoio de atendimento nela equine multiprofissional do Cerest (médico do trabalho, enfermeiro e psicólogo)

aterialimento pela equipe multiproi	issional do Ocicsi	(medico do trabalho, emermeno e	psicologo).
Através desse estudo, es	peramos identifica	ar os conhecimentos dos pacientes	sobre os seus
direitos à saúde e ao trabalho, co	m o objetivo de pr	opor melhorias para a promoção d	a saúde mental
desse trabalhador. Ribeirã	o Preto,de	de 2009.	
Após ter conhecimento s	obre como poder	rei colaborar com essa pesquisa,	concordo com
minha participação, não tendo sof	rido nenhuma pres	ssão para tanto.	
Eu,		, concordo com minha ¡	participação no
estudo e estou ciente de que esto	ou livre para qualq	uer momento desistir de colaborar	, sem nenhuma
espécie de prejuízo. Recebi uma	cópia desse docu	umento que vai assinado pela peso	quisadora e por
mim e tive oportunidade de discuti	lo com a pesquis	adora.	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Assinatura da pesquisado	ra	Assinatura do paciente	

Regina Helena von Atzingen

Endereço: Avenida Costábile Romano, 2542

Ribeirão Preto-SP CEP: 14096-030 Fones: (16) 9705-5749, (16) 3629-2305

e-mail: regina atz@hotmail.com

Obrigada pela colaboração.

Apêndices 157

Apêndice 4 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

PERGUNTAS:

- 1- Qual o motivo do seu encaminhamento para o Cerest?
- 2- Conte-me como foi esse acidente ou doença do trabalho?
- 3- Quais os seus problemas de saúde que são conseqüência do seu acidente ou da doença do trabalho?
- 4- O Sr(a) conhece algum direito que o trabalhador tem quando sofre um acidente de trabalho ou adquire uma doença do trabalho?
- Se responder SIM na questão anterior:
- 5- Poderia contar-me quais os direitos que o Sr(a) conhece?
- 6- Por que meios o Sr(a) conseguiu saber sobre os seus direitos?
- Se responder NÃO à questão nº 4:
- 7- O Sr(a) acha importante saber sobre os seus direitos? Por quê?
- 8- O que o Sr(a) acha que falta para conhecer os seus direitos?

Apêndices 158

Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista

Você está convidado (a) a participar de uma pesquisa que será realizada nesse Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – Regional de Ribeirão Preto-SP. Esse estudo está sendo desenvolvido por mim, Regina Helena von Atzingen, enfermeira especialista em Saúde do Trabalhador, sou aluna do curso de Mestrado (EERP-USP), com orientação da Profa. Dra. Carla Aparecida A. Ventura, e tem o objetivo geral identificar os conhecimentos dos trabalhadores que são encaminhados ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) - Regional de Ribeirão Preto-SP sobre os seus direitos à saúde e ao trabalho.

Para isso, nós precisamos nos encontrar para realizar uma entrevista que será gravada com sua autorização e os dados coletados por esta entrevista será apenas utilizado por citações de sua fala de maneira anônima, ou seja, a sua identidade e os seus dados serão mantidos em segredo. Serão feitas algumas perguntas que você responderá se quiser, ficando à vontade para interromper a entrevista quando assim o desejar. A entrevista será realizada por mim aqui no Cerest, em uma sala onde a sua privacidade e as respostas serão mantidas em segredo e, terá duração aproximada de 45 a 60 minutos, ou seja, em torno de uma (01) hora.

Informo que o que você relatar será utilizado apenas para essa pesquisa, o resultado final poderá ser publicado em revistas e/ou apresentados em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando da mesma. Você também poderá deixar de participar a qualquer momento, sem que seja prejudicado (a) por isso. Se houver algum tipo de desconforto ou alterações emocionais devido ao estudo, você poderá contar com o apoio de atendimento pela equipe multiprofissional do Cerest (médico do trabalho, enfermeiro e psicólogo).

Através desse estudo, esperamos identif	ficar os conhecimentos dos pacientes sobre os seus
direitos à saúde e ao trabalho, com o objetivo d	e propor melhorias para promoção da saúde menta
desse trabalhador. Ribeirão Preto,de	de 2009.
Após ter conhecimento sobre como po-	derei colaborar com essa pesquisa, concordo com
minha participação, não tendo sofrido nenhuma p	oressão para tanto.
Eu,	, concordo com minha participação no
estudo e estou ciente de que estou livre para qua	alquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma
espécie de prejuízo. Recebi uma cópia desse do	ocumento que vai assinado pela pesquisadora e por
mim e tive oportunidade de discuti-lo com a pesq	uisadora.
	
Assinatura da pesquisadora	Assinatura do paciente
Regina Helena von Atzingen	
Endereço: Avenida Costábile Romano, 2542	

Obrigada pela colaboração.

Ribeirão Preto-SP CEP: 14096-030

Fone:(16) 9705-5749 e-mail: regina atz@hotmail.com

ANEXOS

PORTARIA № 2.728, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009

Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto nos arts. 198 e 200 da Constituição;

Considerando o art. 6º da Lei № 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a <u>Portaria № 777/GM</u>, de 28 de abril de 2004, que estabelece os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a <u>Portaria № 1.172/GM</u>, de 21 de junho de 2004, que define competências e financiamento na área de vigilância em saúde;

Considerando a necessidade de adequação da <u>Portaria Nº 2.437/GM</u>, de 7 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS, aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde;

Considerando a <u>Portaria Nº 648/GM</u>, de 28 de março de 2006, que define as responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal na gestão de seus sistemas de saúde e na organização e execução das ações de atenção básica;

Considerando a <u>Portaria № 399/GM</u>, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a <u>Portaria № 699/GM</u>, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão;

Considerando a <u>Portaria Nº 3.085/GM</u>, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando a <u>Portaria Nº 3.332/GM</u>, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando a <u>Portaria Nº 204/GM</u>, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria № 1.956/GM, de 14 de agosto de 2007, que define que a gestão e

a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Ministério da Saúde, sejam exercidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e

Considerando a <u>Portaria № 3.176/GM</u>, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão, resolve:

- Art. 1º Dispor sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área.
- § 1º As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação.
- § 2º A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.
- § 3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo:
- I estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- II inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- III implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;
- IV instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e
- V caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.
- § 4º A orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador está estabelecida nos Anexos a esta Portaria.
- Art. 2º Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios.
- § 1º Os Municípios Sentinela devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em

todos os níveis de atenção do SUS.

§ 2º Os critérios de definição dos Municípios Sentinela serão objeto de ato normativo do Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS.

Art. 3º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a gestão federal da RENAST, com a participação dos níveis estadual, distrital e municipal de gestão do SUS.

Art. 4º Compete à Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a coordenação técnica da RENAST.

Art. 5º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem adotar as providências necessárias à implementação de ações em Saúde do Trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde.

Parágrafo único. Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo, bem como as diretrizes operacionais contidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Art. 6º As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital e municipais e nas respectivas Programações Anuais.

Parágrafo único. Deverão ser consideradas nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, na forma do caput, ações e indicadores para:

- I organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade;
- II inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais;
- III qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e
- IV promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial.
- Art. 7º O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores

urbanos e rurais.

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal.

- § 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes.
- § 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- § 4º Os CERESTs não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quanto do privado.
- Art. 8º Definir que o controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, se dê por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na <u>Lei Nº 8.142</u>, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos.
- Art. 9º Estabelecer que, após o cumprimento dos procedimentos para habilitação dos novos CERESTs, de acordo com a <u>Portaria Nº 598/GM</u>, de 23 de março de 2006, deva ser encaminhada à SVS, por meio de ofício do Gestor, cópia da publicação da resolução da CIB que aprovou a implantação do CEREST.
- § 1º A implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor estadual do SUS, por meio de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no prazo de noventa 90 (noventa) dias após o recebimento do recurso.
- § 2º No Distrito Federal, a implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor distrital do SUS.
- Art. 10 Estabelecer que o incentivo de implantação, voltado para a estruturação do CEREST, e os repasses mensais corram por conta do Programa de Trabalho 10.302.1220.8585, do orçamento do Ministério da Saúde.
- § 1º O incentivo de implantação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) será pago em uma só vez no ato da habilitação.
- § 2º Os recursos deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no bloco de gestão do SUS e no

bloco de financiamento da média e alta complexidade, conforme o caso, e serão aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

- § 3º Os recursos destinam-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CERESTs, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especificados na Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.
- § 4º A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital, municipais e respectivas Programações Anuais.
- Art. 11 Classificar os CERESTs a serem habilitados, segundo os valores de manutenção abaixo:
- I municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais; e
- II estaduais, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.
- Art. 12. Caberá à SVS publicar portaria constando os CEREST que foram habilitados.
- Art. 13. Verificado o descumprimento do prazo para implantação do CEREST, a SVS adotará as seguintes providências:
- I oficiará ao gestor do SUS responsável e à CIB, para justificar o fato, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da correspondência;
- II manifestará, em 30 (trinta) dias, seu entendimento sobre a justificativa apresentada;
- III não enviada a justificativa ou não aceita, a SVS solicitará ao Fundo Nacional de Saúde a suspensão do repasse mensal das parcelas subsequentes e comunicará a decisão aos responsáveis; e
- IV verificada a adequação, serão retomados os repasses.
- Art. 14. A comprovação da aplicação do incentivo e aos repasses mensais deverá constar do Relatório Anual de Gestão, apresentando os resultados na forma da regulamentação específica do SUS.
- Art. 15. Os critérios de acompanhamento do funcionamento da RENAST, bem como o fluxo da informação, serão instituídos em ato normativo específico e pactuados na CIT.
- Art. 16. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde expedir os atos normativos específicos relativos a esta Portaria.
- Art. 17. As atribuições e a composição de pessoal dos CERESTs serão explicitadas no Manual da RENAST, a ser elaborado em 90 (noventa) dias a partir da publicação desta

Portaria.

Art. 18. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19. Fica revogada a <u>Portaria Nº 2.437/GM</u>, de 7 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União 236, de 9 de dezembro de 2005, Seção 1, página 78.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

Funções do Ministério da Saúde na gestão da RENAST

- O Ministério da Saúde, na gestão nacional da RENAST, deve atuar na definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político, financeiro e técnico, com as seguintes incumbências:
- I elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela CIT;
- II coordenar a RENAST com a participação das esferas estaduais e municipais de gestão do
 SUS;
- III elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;
- IV inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência,
 Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental;
- V assessorar os Estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitados;
- VI definir acordos e cooperação técnica com instituições afins com a Saúde do Trabalhador para capacitação e apoio à pesquisa na área;
- VII definir rede de laboratórios de análises químicas e toxicológicas como referências regionais ou estaduais;
- VIII definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional;
- IX definir o financiamento federal para as ações de Saúde do Trabalhador, garantindo repasses regulares fundo a fundo;
- X realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e
- XI promover a articulação intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da

Previdência Social, do Meio Ambiente e outros, com vistas a fortalecer o modelo de atenção integral a saúde dos trabalhadores.

ANEXO II

Funções das Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal na gestão da RENAST As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal devem definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências:

- I elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar na CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo;
- II conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo;
- III contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações nãogovernamentais;
- IV inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- V executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;
- VI implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB;
- VII assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo;
- VIII definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber;
- IX realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;
- X articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em

Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

- XI implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas;
- XII estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;
- XIII estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador;
- XIV pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;
- XV propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria Nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, a ser aprovada pela CIB;
- XVI propor os fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB;
- XVII propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e
- XVIII participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal.

ANEXO III

Funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da RENAST

- As Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências:
- I realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e

incluídas no Plano Municipal de Saúde;

II - atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;

- III articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- IV informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;
- V capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- VI inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- VII executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;
- VIII definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município;
- IX tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário;
- X estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;
- XI propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado no nível municipal;
- XII realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e
- XIII participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e

social junto às demais Secretarias do Município.

ANEXO IV

Distribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

REGIOES		CERESTs Habilitados	CERESTs Habilitados	CERESTs Habilitados	CERESTs a	
/ESTADOS/	POPULAÇAO	até	até	até	ser	TOTAL
DF		jul/05	dez/06	mar/09	habilitados	
NORTE	13.504.612	9	4	2	4	19
Rondônia	1.431.776	1		1	-	2
Acre	586.945	1			1	2
Amazonas	2.961.804	1	1	1	-	3
Roraima	346.866	1			1	2
Amapá	516.514	1			1	2
Pará	6.453.699	2	2		1	5
Tocantins	1.207.008	2	1		-	3
NORDESTE	48.845.219	28	14	12	2	56
Maranhão	5.803.283	2	1	1	1	5
Piauí	2.898.191	1	1	2	-	4
Ceará	7.654.540	4	1	3	-	8
Rio Grande do Norte	2.852.800	2	2		-	4
Paraíba	3.494.965	2	1	1	-	4
Pernambuco	8.084.722	4	5		-	9
Alagoas	2.887.526	2		1	1	4
Sergipe	1.846.042	1		2	-	3
Bahia	13.323.150	10	3	2	-	15
SUDESTE	74.447.443	55	14	3	10	82
Espírito	3.201.712	3			2	5

Santo						
Minas	18.343.518	12	2	3	2	19
Gerais						
Rio de	14.724.479	5	5		6	16
Janeiro						
São Paulo	38.177.734	35	7		-	42
SUL	25.734.111	12	5	6	6	29
Paraná	9.797.965	3		3	4	10
Santa	5.517.718	3	4		_	7
Catarina						,
Rio Grande	10.408.428	6	1	3	2	12
do Sul						
CENTRO-	13.238.067	6	3	5	-	14
OESTE						
Mato	2.000.000	1	1	1	-	3
Grosso						
Mato						
Grosso do	2.140.620	2	1		-	3
Sul						
Goiás	7.000.000	2	1	2	-	5
Distrito	2.097.447	1		2	_	3
Federal					_	3
TOTAL	174.632.932	110	40	28	22	200
						(*)

^(*) A ampliação por Estados e Distrito Federal dar-se-á mediante o pleito pactuado nas CIBs, aprovados pelo Ministério da Saúde, com destaque para a capacidade instalada no Município e na região da implantação dos novos serviços.

MARÇO 2009: 178 CERESTs Habilitados - 26 estaduais e 152 regionais.

COMITÊ DE ÉTICA







Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of CEP-EERP/USP - 253/2009

Ribeirão Preto, 09 de novembro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado APROVADO AD REFERENDUM pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 06 de novembro de 2009.

Protocolo:

nº 1093/2009

Projeto:

O DIREITO À SAÚDE E AO TRABALHO: UM ESTUDO DE

CASO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO

TRABALHADOR-REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

Pesquisadores:

Carla Aparecida Arena Ventura Regina Helena Von Atzingen

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,
Louis La Sommeto

Profa Dra Lucila Castanheira Nascimento

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP