

ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Health care workers in Brazil: Reflections on the challenges and prospects

Cuidado de la salud de los trabajadores en Brasil: Reflexiones sobre los desafíos y perspectivas

Janaina Pasinato*

* Arquiteta Urbanista na JP Arquitetura; Engenheira de Segurança do Trabalho na CenterSeg - Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Trabalho; Discente do Programa de Pós Graduação em Engenharia (PPGEng) - Mestrado em Engenharia de Infraestrutura e Meio Ambiente na UPF; Discente do Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde na UFSM. <janainapasinato@bol.com.br>

Artigo Reflexivo

Palmeira das Missões - RS

2011

ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Resumo

É contemplada neste estudo a trajetória histórica da atenção dada à saúde do trabalhador no Brasil que mostra uma análise crítica do modelo até os dias atuais, apontando dificuldades, iniciativas favoráveis e diretrizes estratégicas de ajustes das ações no Sistema Único de Saúde (SUS) para dar melhor atenção à saúde da classe produtiva do país. No quadro histórico, observa-se que a classe trabalhadora, ao longo dos tempos, vem recebendo cuidados com sua saúde, na maioria das vezes, apenas como tática, a fim de obter incremento de desempenho, aumento de produtividade, diminuição de faltas ao trabalho e outra série de interesses com desígnio financeiro e capitalista. No que concerne à análise crítica observa-se que a Atenção à Saúde do Trabalhador vem sendo prestada de forma parcial, excludente e precária sem, contudo, atender satisfatoriamente as necessidades e cuidado humano de que a força trabalhadora responsável pelo movimento produtivo de um país em desenvolvimento precisa. Um vertiginoso abarrotamento no SUS tem ocorrido habitualmente e somados os atendimentos aos doentes e acidentados advindos do mercado de trabalho só faz consagrar o caos. Sugere-se investida na, sempre efetiva, iniciativa de prevenção e extinção dos acidentes e doenças do trabalho ainda na fonte, na empresa e durante o trabalho diário. Também na transformação do cuidado à Saúde do Trabalhador para o Departamento de Atenção Básica, além do fortalecimento da rede de informações e dos cuidados específicos.

Palavras-chave: Atenção, Assistência à Saúde, Saúde do Trabalhador, Trabalhadores.

Abstract

The history of attention to workers' health in Brazil is included in this study which offers a critical analysis of the model to the present day, pointing out difficulties, assertive initiatives and strategic guidelines of tweaking of the shares in the National Health System (SUS) to provide better health care for the productive class in the country. In historical context, it is observed that the working class, over time, been receiving their health care, most often, just as a tactic in order to obtain increased performance, increased productivity, reduced absences from work and another series of financial interests with design and capitalist. Regarding the critical analysis it is observed that the health care worker has been provided as a partial and precarious without excluding, however, satisfactorily meet the needs and humane care of the labor force responsible for movement of a productive country in development needs. A dizzying glut in the SUS has been habitually and summed up the care to the sick and injured arising out of the labor market does not allocate the chaos. It is suggested invested in, always assertive, initiative for the prevention and extinction of accidents and illnesses still on the source, and the company during the workday. Also in the transformation of health care worker for the Department of Primary Care, and solidification the network of information and specific care.

Key words: Attention, Health Care, Worker Health, Workers.

*“A prioridade absoluta tem de ser o ser humano.
Acima dessa não reconheço nenhuma outra prioridade.”*

(José Saramago)

Agradecimentos

Ao ser superior que me mantém em pé, seguindo adiante sempre... Minha eterna gratidão!

Dedico este trabalho àqueles que eu amo... De onde vem o apoio, a ajuda, a compreensão. Que constantemente abstêm-se da minha presença e auxílio para que eu possa desenvolver trabalhos que ajudem a realizar meu sonho de desfrutar de um mundo melhor. Amo vocês!

LISTA DE SIGLAS

ABPA	Associação Brasileira de Prevenção de Acidente.
AST	Atenção à Saúde do Trabalhador
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DAB	Departamento de Atenção Básica
DORT	Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial sobre Saúde e Trabalho
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LOA	Lei Orçamentária Anual
LTCAT	Laudo das Condições Ambientais de Trabalho
MP	Ministério Público
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OST	Observatório de Saúde do Trabalhador
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído

PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPRA	Programa de Prevenção a Riscos Ambientais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SINAN-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SSMA	Saúde, Segurança do Trabalho e Meio Ambiente
SST	Segurança e Saúde do trabalhador
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UFBA	Universidade Federal da Bahia

INTRODUÇÃO

A classe trabalhadora, ao longo dos tempos, vem recebendo cuidados com a saúde apenas como estratégica, a fim de obter melhor desempenho e produtividade, diminuir faltas ao trabalho e outros interesses com desígnio financeiro e capitalista. Desta forma, a atenção com a saúde do trabalhador vem sendo prestada de forma parcial, excludente e precária sem, contudo, atender satisfatoriamente as necessidades e cuidado humano de que a força trabalhadora responsável pelo movimento produtivo de um país em desenvolvimento carece.

Acidente de trabalho é tema recorrente entre discussões acadêmicas, órgãos governamentais e empresas, sempre visando diminuir o custo social que onera a produção de bens e de serviços. No Brasil, entre 2007 a 2009, ocorreram 2.138.955 acidentes de trabalho; 35.532 em incapacidades permanentemente e 8.158 perderam a vidas no trabalho, muitos jovens, em plena idade produtiva, cujas mortes poderiam e deveriam ter sido evitadas. Os custos, nesse período, em torno de 56.800 bilhões, foram na assistência médica, benefícios por incapacidade temporária ou permanente e pensões por morte (BRASIL, 2009)

O custo social e sofrimento imputado aos trabalhadores e famílias são incalculáveis. Apesar de estarrecedores, mostram-se apenas parte do problema, pois sua fonte é a previdência social (números de benefícios concedidos) que só alcançam trabalhadores registrados e celetistas, excluindo informais e servidores públicos (CORREIA, 2011).

Segundo NARDI (1997) entende-se por saúde do trabalhador (ST) o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Medicina do Trabalho, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia de Segurança do Trabalho, Psicologia, entre tantas outras, que, aliado ao saber do trabalhador sobre seu trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução, estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.

Esse conceito situa-se no quadro geral das relações entre saúde e trabalho e apresentam-se como um modelo teórico de orientação às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, no seu sentido mais amplo, desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluindo as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Com isso, iniciativas na Atenção à Saúde do Trabalhador (AST), ao final da década de 70, precederam os serviços da rede pública de saúde brasileira, porem se colocaram apenas

como um passo para a redemocratização brasileira, até meados de 1980, que com movimentos sociais, sindicais e de trabalhadores, é que foi articulado um plano modelo destinado aos cuidados à saúde do trabalhador para ser implantação pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e este modelo é usado pelo Ministério da Saúde (MS) até hoje, apesar de resistências. (RENAST, 2006)

Para SPEDO (1998) o modelo de AST deveria ser coordenado pelo ministério da saúde e integrado ao de trabalho e previdência social para alcançar a articulação das ações e evitar a repetição de competências e duplicação de serviços. Porém, esse modelo de AST, partindo da hipótese que cada setor envolvido teria seu modelo de gestão, compromissos e lógicas particulares, havendo dificuldades para integrá-los na prática, e, historicamente, eles evoluíram orientados por referenciais distintos e assumiram também distintos compromissos.

Neste sentido, constata-se que, no Brasil, coexistem pelo menos três modelos de AST (de acordo com as distintas gestões dos Ministérios da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social), que se relacionam de forma "harmonicamente conflituosa", e ainda, em função da magnitude e significado das diferenças entre eles, descreve-se ser impossível qualquer integração entre os mesmos. (SPEDO, 1998)

Novas e estratégicas ações instituídas com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) de 2004 geram expectativas de mudanças positivas.

Assim, as questões do trabalho são: O que conta a história sobre o cuidado e Atenção à Saúde do Trabalhador? Como conter o prejuízo da falta de atenção e porque valorizar esta iniciativa? Como melhorar o sistema que presta atenção à saúde da classe trabalhadora?

Para tanto, este trabalho objetiva despontar o cenário histórico da atenção dispensada à saúde do trabalhador, realizando uma análise crítica do modelo adotado, apontando dificuldades e iniciativas benéficas que abastecem de novas alternativas e dão diretrizes capazes de somarem para dar maior e melhor atenção à saúde da classe produtiva do país e assim garantir o potencial desenvolvimento e maior qualidade de vida do trabalhador.

CENÁRIO HISTÓRICO DA ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR

As doenças ocupacionais, embora recebam atenção quando se manifestam no dia a dia do trabalhador, já são de conhecimento desde longínquas menções. De acordo com SOTO (1978), as primeiras referências escritas, sobre o ambiente de trabalho e seus riscos, datam de 2360 a.C., encontradas num papiro egípcio, o "Papiro Saller II", que já possuía escritos que descreviam doenças relacionadas ao trabalho, suas condições e exposição a riscos.

Em 460 a.C. Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, também falava dos Acidentes e Doenças de Trabalho (ADT) - as moléstias entre mineiros e metalúrgicos. Plínio, O Velho (antes da era Cristã) descreveu diversas moléstias do pulmão entre mineiros e envenenamento advindo do manuseio de compostos de enxofre e zinco. Galeno no séc. II fez referências a moléstias profissionais entre trabalhadores das ilhas do mediterrâneo. (PIZA, 1997).

Mas foi de George Bauer o estudo concreto de doenças que afetavam os trabalhadores. Em 1556, conhecido por seu nome latino Georgius Agrícola publicava o livro "*De Re Metallica*", onde discute os acidentes do trabalho e as doenças mais comuns entre os mineiros (AGRICOLA, 1912). Onze anos após a publicação deste livro, em 1567, surge a primeira monografia sobre as relações entre trabalho e doença, de autoria de Paracelso, (pseudônimo de *Aureolus Theophrastus Bombastus Von Hohenheim*) intitulada "Dos ofícios e doenças da montanha", onde foram realizadas numerosas observações relacionando métodos de trabalho e substâncias manuseadas, com doenças. Fala, na sua obra, da silicose e das intoxicações pelo chumbo e mercúrio sofridas pelos mineiros e fundidores de metais. (ALBERTON, 1996)

Em 1700, "*De Morbis Artificum Diatriba*", dito Tratado Sobre Doenças dos Trabalhadores, de Bernardino Ramazzini, teve notável repercussão mundial onde 50 profissões diversas e seus riscos específicos são descritos, deu contribuição que levou o autor a ser chamado de "Pai da Medicina do Trabalho" (ARAUJO & TRUJILLO, 2002).

Mais tarde, na Inglaterra, a Revolução Industrial (1760-1850) muda profundamente a história com o início da industrialização moderna e o advento da máquina a vapor, mudaram as condições de trabalho, a sociedade, suas relações e a qualidade de vida dos trabalhadores. As condições de trabalho eram péssimas, desenfreadamente ocorriam acidentes e doenças, jornada sem limites, ultrapassando dezesseis horas de trabalho por dia, os ambientes eram fechados, enclausurados e as máquinas sem qualquer proteção, não ofereciam nenhuma segurança, além da alarmante disseminação de doenças infectocontagiosas. (MENDES, 2003)

As fábricas, antes em zonas rurais próximas aos rios de que se aproveitava energia hidráulica, traziam oficinas, casas, hospedarias, capela, etc. Com o advento do vapor, elas passaram a localizar-se nos arredores das cidades onde contratavam trabalhadores, e surgiam "tenebrosas e satânicas", em grandes galpões lembrando quartéis, com chaminés, apitos e grande número de operários enfileirados. (COULON & PEDRO, 1995)

O ambiente fabril era inadequado e insalubre e as condições de trabalho eram precárias. Em galpões improvisados com péssima iluminação, abafados, quentes, úmidos e sujos, máquinas que ofereciam toda a sorte de riscos, níveis altíssimos de ruído, gases, poeiras e fumaça. A mão de obra era constituída de homens, mulheres e crianças que chegavam a trabalhar até 18 horas por dia e sujeita a castigos físicos dos patrões. Estes aspectos podem ser evidenciados nas argumentações de FREIRE (1998) quando afirma que “relações de trabalho muito autoritárias, condições de trabalho precárias, formas de exploração e degradação da força de trabalho muito intensas, (...) se refletem diretamente na saúde do trabalhador”.

Em 1802, na Inglaterra, surge a Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes, limitando em 12 horas diárias e proibindo trabalho noturno; em 1831 é criada uma comissão de investigação sob chefia de Michael Saddler cujo relatório chocou a opinião pública por suas conclusões e seu impacto resultou, em 1833, no *Factory Act*, conhecida como a “Lei das Fábricas”, a primeira legislação realmente eficiente no campo da proteção ao trabalhador (GRAÇA, 1999).

Segundo Mendes e Dias (1991) tão críticas consequências iniciaram clamores, de órgãos governamentais inclusive, exigindo condições humanas no trabalho. É neste período que, para manter a mão de obra produtiva e tratar numerosos doentes, passou-se a manter um medico no interior da empresa, e surge assim a “Medicina do Trabalho” .

Quando desempregados, sem nenhum auxílio, passavam por situações de precariedade. Em 1844, Engels, visita a cidade de Manchester na Inglaterra, grande comunidade industrial de então, descreveu que “tantos eram os aleijados perambulando pelas ruas, desempregados e desesperados, que pareciam exércitos acabados de regressar da guerra”. (ABPA, 1995)

Primeiramente na Alemanha, em 1884, surgiram as primeiras leis sobre acidente de trabalho, com vários países da Europa nos anos seguintes, até chegar ao Brasil, pelo Decreto Legislativo n. 3.724, de 1919. A criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) pelo Tratado de Versailles instigou normas preventivas, tanto que, já na sua primeira reunião em 1919, foram adotadas seis convenções, que direta ou indiretamente visavam à proteção da

saúde, bem-estar e integridade física dos trabalhadores, ordenando jornada, desemprego, maternidade, trabalho noturno e idade mínima para admissão (FREIRE, 2011).

Entretanto, percebeu-se com o tempo, que era preciso ir além do simples atendimento médico, pois sem interferência nos fatores causais, o tratamento não teria efeito satisfatório. De acordo com Oliveira (2007) entra em cena, então, a contribuição da engenharia por intermédio da higiene ocupacional e, após, da ergonomia, cuja análise multidisciplinar conta com a participação de fisiologistas, psicólogos, arquitetos, médicos e engenheiros. Com efeito, tem início, em meados do século XX, a etapa da “Saúde Ocupacional”. Alarga-se o conceito de saúde, com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946.

De um comitê composto, entre a OIT e OMS, em 1950 surge a definição da medicina do trabalho e em 1959 a Recomendação nº 112, da OIT, definindo objetivos e funções dos serviços médicos nos estabelecimentos de trabalho, e com base nesta, o governo brasileiro amplia normas de segurança e medicina do trabalho e regulamenta a obrigatoriedade destes serviços em empresas acima de determinado porte e grau de risco. (ROCHA *et al*, 1994)

No Brasil, ficam instituídos os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA). A mudança do Capítulo V do Título II da consolidação das Leis do trabalho (CLT), por intermédio da Lei n. 6.514/77, teve o propósito de aprofundar as medidas preventivas para retirar o Brasil da incômoda posição de campeão mundial em acidentes do trabalho. Em 1978, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) publicou a consolidação das normas de segurança e medicina do trabalho (ATLAS, 2009) por intermédio da Portaria nº 3.214.

Apesar do relativo progresso normativo, as doenças e acidentes do trabalho continuaram afetando duramente a classe trabalhadora, sobretudo pelo rápido processo de industrialização. Diante desse quadro preocupante tem início a reação dos trabalhadores, reivindicando melhores condições de segurança, higiene e saúde no local de trabalho e o direito de opinar e receber informações sobre essas questões. O movimento sindical questiona a validade dos adicionais para compensar a exposição aos riscos ocupacionais e adota a bandeira de que saúde não se vende por preço algum, rotulando o adicional de insalubridade de adicional do suicídio. A Convenção da OIT n. 155 sobre SST impulsiona essa nova mentalidade, consagrando a participação ativa dos trabalhadores nas questões envolvendo segurança, saúde e ambiente de trabalho. Assim, desde o último quartel do século XX, quando os trabalhadores

passaram a reivindicar as melhorias do meio ambiente de trabalho, está em curso um novo movimento, uma nova etapa de “Saúde do Trabalhador”. (OLIVEIRA, 2007)

A saúde do trabalhador, no pensamento clássico da medicina ocupacional, era relacionada apenas ao ambiente físico, em contato com agentes químicos, físicos e biológicos causadores de enfermidades ou acidentes. Ganhou novo enfoque na década de 80, no contexto da transição democrática, e em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental (MENDES & DIAS, 1991), que se expressou na VIII Conferência Nacional de Saúde, na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, e foi decisivo na nova Constituição Federal de 1988 (MENDES, 1988). Foi o marco introdutório da ST no ordenamento jurídico, onde foi considerada como direito social, garantindo aos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. Esta nova etapa, de proteção mais ampla, focada na qualidade de vida do trabalhador, desponta para novos rumos.

A Constituição de 1988 prevê o direito do trabalhador a um meio ambiente ecologicamente equilibrado como essencial à qualidade de vida, destacando sua proteção no âmbito do trabalho. Já a expansão e reconhecimento do direito ambiental agregaram grandes benefícios para o alcance deste preceito (MENDES, 2003). Ficou estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado, em sintonia às declarações internacionais.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080 de 1990) e as leis previdenciárias (Lei n. 8.212 e 8.213 ambas de 1991) também instituíram normas de AST e o Brasil ratificou da OIT a Convenção n.161 sobre Serviços de Saúde do Trabalho (1990) e a Convenção n.155 sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores (1992) coroando assim, no plano jurídico, a implantação das ideias básicas da etapa da ST no país.

Em 2002, como marco na AST, ocorre publicação da Portaria nº. 1679 que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) com a articulação entre o Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Saúde dos Estados e Secretarias Municipais de Saúde e cria os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que tem como objeto o estudo e intervenção nas relações entre trabalho e saúde tem como objetivo realizar a prevenção, a promoção e a recuperação da Saúde do Trabalhador urbano ou rural, do setor formal ou informal de trabalho.

Vigorando desde 2004, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) do MS visa redução dos acidentes e doenças do trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na

Portaria nº 1.125/2005, incluem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações. (BRASIL, 2004)

A RENAST, em 2009, é regulamentada pela Portaria nº 2.728/GM - sete anos após sua instituição - mostrando-se como uma das estratégias na garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores, onde composta pelos CEREST e por uma rede de serviços sentinela de média e alta complexidade é capaz de diagnosticar agravos à saúde pelo trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). (BRASIL, 2009)

Na síntese das etapas evolutivas da relação trabalho-saúde, observa-se que o enfoque elementar estratégico com a segurança do trabalhador, foi em afastar o risco iminente dos acidentes; posteriormente, voltaram-se à medicina do trabalho, na cura de doenças ocupacionais, mais a título de aumento de produção e redução do absenteísmo; em seguida, ampliou-se a AST com pesquisas voltadas à higiene industrial, visando prevenir doenças e garantir mais saúde; somente mais tarde, o questionamento passou para a ST, onde se abriu a visão de que está intimamente ligada à segurança do ambiente de trabalho (PASINATO & PASINATO, 2007), buscando assim o bem-estar físico, mental e social; e atualmente, segue-se na busca de aperfeiçoamento de ambos os apontamentos descritos historicamente, na obtenção coordenada entre as investidas e a efetividade tão aclamada.

DIFICULDADES E PERSPECTIVAS

O objeto da saúde do trabalhador (ST) pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989). Trabalho entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituições e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais saudáveis, num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade.

Nesse sentido, a ST aparece enquanto uma prática social instituinte e instituída dentro de um determinado modo de produção. (ALESSI et al, 1994). Nesta perspectiva, LAURELL (1985) coloca que o trabalho, como categoria social, está sujeito a múltiplos condicionantes e

condições de trabalho e suas patologias estão relacionadas a outras variáveis, como a organização do trabalho, e refletem valores e regras da sociedade.

Os acidentes de trabalho incidem numa ampla cadeia, trazendo inúmeros e diversos prejuízos tanto para o trabalhador, com seu afastamento do emprego; risco de perda do emprego; imobilização familiar para acompanhamento e auxílio no tratamento; queda no rendimento e produção e problemas emocionais gerados; quanto para a empresa, com o transporte e suporte ao acidentado; perda de horas de trabalho; diminuição de produtividade pelo trabalhador substituto; custo de demissão do substituto e retorno do acidentado; perda de produtividade, temporária ou não, do empregado recuperado do acidente. (PIZA, 1997)

Contudo, os serviços de emergência para as principais acidentes de trabalho são lesões oculares, que poderiam ser evitadas com o simples uso de óculos de proteção, mostrando que, na maioria dos casos, as empresas precisariam apenas investir em Equipamentos de Proteção Individual (EPI), treinamento e conscientização de uso ou mudanças no processo produtivo para extinguir ou reduzir tais acidentes. (BRENDLER, 2008)

De acordo com GRAÇA (2000) trata-se de um clássico exemplo daquilo a que os marxistas designam como "economia das condições de trabalho" e que hoje é considerada uma forma de "*dumping* social" (exclusão social). Uma forma de exploração que sacrifica e condena os trabalhadores a trabalhar em condições precárias que, de resto, está longe de vir a ser erradicada: pelo contrário, tenderá a agravar-se com a globalização da economia.

Ainda, segundo o Tribunal Superior do Trabalho (TST), além dos danos aos trabalhadores, resultam ainda perdas econômicas para as empresas com o custo de substituí-los, não contribuem para a Previdência e há um custo elevado para o SUS no atendimento desses trabalhadores. E, por fim, os acidentes levam a inúmeras ações de indenização, onde o impacto de algumas indenizações pode quebrar as empresas. (BRASIL/TST, 2011)

O foco da AST não deve ficar na reparação dos lesados, mas principalmente, no direito ao meio ambiente do trabalho seguro e saudável, onde o trabalhador possa ganhar seu sustento sem perder a vida, a saúde ou a qualidade de vida.

Segundo SPEDO (1998), embora tenha havido desenvolvimento no modelo atual proposto de AST para o SUS, são constatados grandes entraves como a implementação quase exclusivamente por meio de serviços especializados, sem a efetiva inclusão na rede básica de serviços de saúde; e que a vigilância em saúde nessa área ainda não foi efetivamente assumida, enquanto eixo estruturador das ações desse modelo.

Apesar dos avanços na legislação, o desafio agora é efetivar os preceitos instituídos, ou seja, tornar real o que já é legal. E nesse ponto, é lamentável constatar que as indenizações por acidente do trabalho têm sido o argumento mais convincente para motivar o empregador ao cumprimento das normas de segurança e saúde no local de trabalho. (OLIVEIRA, 2007)

A seguir são apontadas perspectivas e diretrizes para a construção e consolidação do SUS contemplando a totalidade das ações de saúde dos trabalhadores, que envolvem desde a **Prevenção; Promoção; Pesquisa, levantamento e divulgação de dados; Vigilância; Assistência e Reabilitação da saúde do trabalhador**, que ainda busca superação da desconjuntura, dificuldades e desafios antepostos ao avanço e à consolidação da ST enquanto agente de mudanças no quadro institucional da política em saúde coletiva entre nós.

Problema principal da **prevenção** desta abordagem está no fato dos empresários não investirem em prevenção, acabando por incidir de forma onerosa ao SUS como mostra o estudo coordenado por Vilma Sousa Santana, do Programa Integrado de Saúde Ambiental e do Trabalhador da Universidade Federal da Bahia (UFBA) de 2008, relatando que mais de 70% dos trabalhadores que precisaram de tratamento médico por acidentes de trabalho na capital baiana em 2000, 2002 e 2004 foram atendidos pelo SUS. Juntos, empresas e planos de saúde (empresariais) custearam menos de 20% dos tratamentos realizados, enquanto 5,3% deles foram pagos pelos próprios trabalhadores. (BRENDLER, 2008)

Confirmando que o poder público tem arcado com os custos gerados por acidentes em ambientes privados. A coordenadora defende que os custos deveriam ser de quem provoca o acidente ou doença ocupacional, mas como existe a universalidade da atenção à saúde pelo SUS, fica o conflito. Como o custo não é arcado pelo provocador, há manutenção nos padrões de não eliminação dos riscos, nem proteção, os acidentes ocorrem e quem paga a conta não é o empregador, nem o plano de saúde, é o SUS. Subentendendo-se a não motivação para que empresas tenham responsabilidade sobre a prevenção dos acidentes e doenças do trabalho.

Para TODESCHINI (2008) uma estratégia eficaz é o mecanismo criado pelo MPS para incentivar a prevenção, pelo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) que identifica empregadores com demasiados casos de acidentes, onde são criadas alíquotas de contribuição maiores do que aquelas aplicadas às empresas que protegem seus trabalhadores. Outro, ainda, seria do ressarcimento dos gastos na saúde dos funcionários devolvidos pelo empregador para o SUS, o que também estimulariam impropriadamente a prevenção.

Uma boa gestão do SUS como meio de melhoria do desempenho operacional tem seu mérito, porém mostram-se necessárias outras medidas para, essencialmente, minimizar a demanda de atendimentos advindos da falta de gestão em Saúde, Segurança do trabalho e Meio Ambiente (SSMA) dentro de empresas públicas e privadas.

A PNSST fundamenta estrategicamente a prioridade das ações de prevenção sobre as de reparação e elenca os seguintes instrumentos de execução da Política:

- Eliminar as políticas de monetarização dos riscos;
- Adequar os critérios de financiamento e concessão da aposentadoria especial;
- Estabelecer política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho e que invistam na melhoria das condições de trabalho
- Criar linhas de financiamento subsidiado à melhoria das condições e ambientes de trabalho, máquinas, equipamentos e processos seguros, especialmente às pequenas e médias empresas;
- Incluir requisitos de Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) para outorga de financiamentos públicos e privados;
- Incluir requisitos de SST nos processos de licitações públicas;
- Reorganizar os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), de modo à adequá-los aos objetivos da PNSST;
- Instituir a obrigatoriedade de publicação de balanço de SST para as empresas, a exemplo do que já ocorre com os dados contábeis. (BRASIL/PNSST, 2004. Pág. 11)

Usando-se assim a vantagem de uma eficaz gestão em SSMA como forma de prevenção, ainda na fonte - na empresa, no ambiente de trabalho e atividade diária - dos acidentes e doenças que refletem e sobrecarregam de forma trágica e dispendiosa sobre o SUS e demais sistemas públicos do estado brasileiro.

Na **promoção** da ST, a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizada em 2005, em Brasília, convocada pelos ministérios MPS, MS e MTE, permitiu que os gestores e a sociedade civil organizada refletissem sobre o mundo do trabalho e seus impactos sobre a saúde das populações. As discussões articularam-se em torno de três eixos:

- I. Integralidade e transversalidade da ação do Estado em Saúde do Trabalhador;
- II. Incorporação da Saúde do Trabalhador nas políticas de desenvolvimento sustentável;
- III. Efetivação e ampliação do controle social em Saúde do Trabalhador. (BRASIL/MS, 2005)

Das discussões, foram elencadas 362 resoluções para orientar o planejamento e execução de ações que promovam melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores definindo as responsabilidades atribuídas a cada nível de governo e contígua a estas ficou estabelecida a interface com a PNSST que mostram prioridades imperativas.

Das mais memoráveis destaca-se a ação de Reestruturação da Formação em SST e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST que prevê:

- Referenciais curriculares na formação de profissionais em SST, de nível técnico e superior;
- Incluir conhecimentos básicos em SST no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, especialmente na formação profissional e cursos para empreendedores;
- Incluir disciplinas em SST, obedecendo aos interesses desta Política, no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração.
- Desenvolver amplo programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em SST, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem.
- Incluir trabalhadores e representantes de movimentos sociais, controladores das ações, nos processos de educação continuada. (BRASIL/PNSST, 2004. Pág. 12)

Outras estratégias apontadas são validas na promoção da SST (BRASIL/MS, 2007):

- Estabelecer políticas de saúde ambiental, autossustentáveis, centradas na produção e comercialização de produtos e prestação de serviços que previnam danos aos trabalhadores.
- Os governos federal e os estaduais devem proceder a cobrança junto às empresas, dos custos despendidos com o atendimento e a recuperação de trabalhadores lesionados por acidente de trabalho ou condição inadequada de trabalho (LER/DORT, etc.).
- Garantir que os recursos necessários para a efetivação das ações em ST no âmbito do SUS, estejam inseridas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) nas três esferas de governo, na Programação Pactuada e Integrada (PPI), no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no Plano Diretor de Investimento (PDI), considerando a população flutuante de trabalhadores, efetivando parcerias com empresas para que garantam atendimento e monitoramento da ST de forma preventiva.
- Efetivar as políticas e as normas de AST, fomentar e programar ações de promoção, pesquisa e prevenção através do mapeamento e controle dos riscos ocupacionais, como o Laudo das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT), Programa de Prevenção a Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) para planejamento de ações visando à adequação e melhoria do ambiente de trabalho.
- Garantir que todos os recursos advindos de multas aplicadas pela área da SST sejam destinados a um fundo específico para financiar projetos da área da SST com controle social.
- Implantação estadual da Comissão Permanente de Investigação das Condições de Trabalho e Meio Ambiente, composta pelo Ministério Público (MP), Delegacia Regional do Trabalho (DRT), entidades sindicais e demais entidades e instituições que integram o controle social.

No âmbito da **Pesquisa, Levantamento e Divulgação de Dados**, as informações do SUS sobre doenças e acidentes de trabalho, são escassas e pouco consistentes e decorrem de falhas nos sistemas de informação para vigilância e controle desenvolvidos pelo MS. Adoção de ações para efetiva incorporação de dados de acidentes e doenças do trabalho nos sistemas de informação do MS como o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH) mostram-se uma solução (LACAZ, MACHADO & PORTO, 2002).

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) indica ainda que o desenvolvimento de métodos e sistemas apropriados para registro e análises de acidentes e doenças de trabalho deve cobrir, inclusive, a economia informal, além da capacitação das equipes de vigilância epidemiológica através do VIGISUS, no sentido de informar os agravos relacionados com o trabalho, além de incluir nos Sistemas e Bancos de Dados às informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos no PNSST (CIST, 2005).

Para LACAZ, MACHADO e PORTO (2002) o MPS também apresenta dados inconsistentes porque, de acordo com a CIST, a partir de 1995 os benefícios previdenciários para pensões por acidente de trabalho passaram a ter seus valores calculados da mesma forma que os benefícios não acidentários e, com isso, muitos benefícios de acidentes de trabalho fatais acabaram sendo concedidos poupando-se a abertura do processo de acidente de trabalho na agência do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), pois em muitas agências sequer é perguntado ao familiar se a morte se deu por acidente de trabalho, e assim não há o registrado. Tal negligência torna os dados do MPS ainda mais afastados da realidade. Para tanto, recomendam-se ao Grupo Executivo Interministerial sobre Saúde e Trabalho (GEISAT) providências ao INSS, a fim de tornar obrigatório o registro de acidentes de trabalho fatais e acesso direto pelo SUS às informações dos sistemas existentes no MPS.

As leis que regulamentam a intervenção em saúde e segurança no trabalho são dispersas e antagônicas, acrescentando que os ministérios MS, MTE e MPS apresentam normas legais próprias que, muitas vezes, são dispares. Então, indica-se ao GEISAT, que toda a regulamentação sobre SST seja elaborada e publicada interministerialmente (LACAZ, MACHADO & PORTO, 2002).

Também importante ao sistema de informações em SST é o Observatório de Saúde do Trabalhador (OST), iniciativa do MS que foi construído em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil, e visa propiciar o mais amplo acesso às informações e análises sobre a ST.

O OST se deu com a promessa de receber uma maior e mais ampla participação de gestores, técnicos, trabalhadores e demais setores envolvidos à saúde dos trabalhadores para o aprimoramento do controle social a avaliação de políticas na área. Desta forma, facilitando formular, acompanhar, e implantar ações em ST no SUS, em todos os seus níveis de atenção, bem como a produção de estudos e pesquisas (BRASIL/MS, 2011).

Também se mostrava na tentativa de atender uma demanda da sociedade organizada, que manifestava a necessidade de definir e implementar indicadores de saúde, de gestão e de impacto do processo de implantação da PNSST. A intenção seria otimizar o uso dos diversos dados disponíveis, sistematizando as fontes existentes na área, disponibilizando-as e promovendo um intercâmbio de informações e experiências e colaborando na tomada de decisões para o alcance da eficiência, equidade e da qualidade dos serviços.

Porém esta iniciativa parecia não passar de boa intenção, pois foi constatado no mês de junho de 2011, inclusive por acesso ao site divulgador, que o abandono do sistema havia se instaurado desde 2007, pois não havia informações disponíveis, nem tampouco a participação de gestores, técnicos e demais envolvidos.

Entretanto, obstante a este, o OST mostrou uma recente e vigorosa retomada nas suas atualizações e vislumbra seu vigoroso fortalecimento, fato este que merece reconhecimento e louvor pela importância que exerce no controle social a avaliação de políticas na área.

Importante ressaltar a efetiva promoção de estudos e pesquisas em SST, visando seu estímulo e articulação a instituições de pesquisa e universidades para a execução destes, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico - científico na área, além de garantir recursos públicos para linhas de financiamento para estes.

No amago do principal problema relacionado à **Vigilância** em Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) segundo TEIXEIRA e COSTA (2003) estão a carência e o isolamento das ações de vigilância epidemiologia e ambiental aos locais de trabalho desenvolvidas pelo SUS - primeiro decorrente da falta de incorporação de ações rotineiras de vigilância a acidentes, doenças e ambientes de trabalho, seguido da pouca articulação entre os Ministérios MS, MTE, MPS - para tanto mostra-se como recurso eficiente a incorporação de ações relativas à SST às

vigilâncias, além da integração e cooperação entre Ministérios à formulação de planos de ação e programas conjuntos, com ênfase ao processo de trabalho a ser desenvolvido para tais.

No alcance de uma efetiva **Assistência à Saúde do Trabalhador**, entende-se que as ações de ST - incluindo a assistência aos acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais, assim como vigilância epidemiológica e ambiental nos locais de trabalho - devem ser incorporadas em todos os níveis do SUS desde o básico, até os de maior complexidade. Porém se mostra essencial inserir com urgência a AST ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) do MS.

Hoje, integram o DAB os segmentos de Alimentação e Nutrição, Acompanhamento e Avaliação, Gestão da Atenção Básica, Hipertensão e Diabetes, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Saúde Bucal, Saúde na Escola, Saúde da Família e Saúde Indígena (BRASIL/MS/SAS, 2011).

As Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) argumentam, porém, que faltam recursos suficientes para a vigilância e assistência dos acidentes de trabalho, já que não há repasse do Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) recolhido pelo MPS, ao SUS. O SAT recolheu em 1996, a quantia de R\$ 2,1 bilhões e nada foi repassado ao SUS, mesmo sendo este responsável pelo atendimento de quase a totalidade desses acidentes. Existe ainda uma proposta do MPS, de privatização do SAT, porém a forma de repasse ao SUS não está contemplada. (LACAZ, MACHAD & PORTO, 2002). Dá-se, contudo, proeminência à regulamentação do repasse ao SUS dos recursos oriundos do SAT.

No que tange os Protocolos de AST, que objetivam atender às suspeitas de agravos à saúde relacionados ao trabalho, incluindo procedimentos compreendidos entre o primeiro atendimento até a notificação, o MS tem uma série de publicações dando recomendações e parâmetros para o diagnóstico, tratamento e prevenção, que compreende somente: Anamnese Ocupacional; Acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes; Câncer Ocupacional; Dermatoses; Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos; Efeitos à saúde provocados pela exposição aos agrotóxicos; Exposição a materiais biológicos; Expostos ao chumbo metálico; LER, DORT e dor; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); Pneumoconioses; Risco químico (atenção à saúde dos trabalhadores expostos a benzeno) (BRASIL/MS, 2011).

Série esta que se mostra insignificante e limitada, diante de tantos e tamanhos riscos existentes e conexos, além de não considerar amplamente os diversificados parâmetros e

processos de diagnóstico, tratamento e prevenção destes. Uma revisão e ampliação dos Protocolos de Atenção à Saúde do Trabalhador se apresenta imprescindível.

Dia a dia, durante suas atividades laborativas, trabalhadores expõem-se a riscos e agentes causadores de acidentes ou doenças, onde a maioria encontra-se exposta a baixos níveis os quais, em longo prazo, podem ser fatais apesar de pouco evidentes ou manifestadas no curto prazo. (PASINATO & PASINATO, 2007). Ademais, quando o trabalhador é exposto baixo nível, os danos acarretados a saúde demoram a surgir, e a doença ainda em estágio inicial passa despercebida ou simplesmente é ignorada. Com tempo resulta numa possível doença crônica, que quando diagnosticada, possui sintomas advindos de inúmeras causas.

Assim, para obter um diagnóstico ou nexos específicos de doença profissional torna-se por demais complexos, pois a comprovação desta relação de causa e efeito, entre trabalho e doença, neste caso, se torna praticamente impossível (STELLMAN & DAUM, 1975). Neste ensejo, a máxima usada de que é melhor prevenir que remediar se faz óbvia e redundante, considerando o fator irreversível para a **Reabilitação** da ST em alguns casos.

Relata BERNARDO (2006) que, apesar do desejo de trabalhar, os incapacitados por acidentes ou doenças do trabalho percebem suas limitações no mercado de trabalho em relação à idade e escolaridade, acrescidas da incapacidade e estigma trazido por esta. Pelas dificuldades de inserção no mercado de trabalho, a aposentadoria por invalidez aparece como a alternativa mais visível. No processo de reconhecimento de suas limitações ao trabalho, os beneficiários revelam percorrer penoso caminho burocrático, tratados com constante descaso. Os serviços oferecidos não os reabilitam, e, por vezes, são até inadequados às suas sequelas.

Frequentemente a Reabilitação da ST é usada como estratégia visando restringir a concessão do benefício previdenciário tornando a inserção do trabalhador ao mercado de deficitária, mostrando desrespeito a este, cuja limitação deve ser enfrentada como problema social (BERNARDO, 2006) onde a reabilitação profissional deve ser aplicada levando em conta cada caso específico e com o devido cuidado e atenção a efetividade de bons resultados.

Ao MS e secretarias estaduais e municipais de saúde resta buscar parcerias com outros setores para desenvolver a PNSST, com ênfase a promoção e intersetorialidade, especialmente com o MPS para melhoria da qualidade do atendimento dos peritos do INSS. Também implantar CISTs conjuntamente aos CEREST para discussão permanente com representantes do INSS, para gerenciar ações de reabilitação e reinserção ao mercado, entre outros, de pessoas com transtornos mentais e depressivos, visando ao atendimento digno e humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS já sofre um abarrotamento vertiginoso habitual e quando agregados os atendimentos aos acidentados e doentes vindos do mercado de trabalho só fazem consagrar o caos. O orçamento público também sofre grande impacto com os números assombrosos de acidentes e doenças do trabalho. O desperdício dos recursos financeiros do Estado - com o número de inválidos, dependentes do INSS e SUS – desvia recursos que deveriam ser investidos em campanhas de conscientização, educação, promoção da saúde, prevenção de acidentes e doenças ocupacional e assim, impossibilita a reversão do ciclo do conjunto de efeitos negativos dos infortúnios.

Certamente uma boa gestão do SUS como meio de melhoria do desempenho operacional do sistema tem seu mérito, porém fazem-se necessárias outras medidas para, principalmente, minimizar a demanda de atendimentos provenientes da falha, ausência ou negligência na gestão em Saúde, Segurança e Meio Ambiente Ocupacional pelas empresas públicas e privadas, reguladores e fiscalizadores.

O foco principal sempre estará em conter acidentes e doenças advindas do mercado de trabalho na sua fonte geradora, para não refletirem, como se tem visto, de forma trágica e dispendiosamente sobre o SUS e demais sistemas públicos do estado brasileiro. Não seria então, no mínimo, mais eficiente empenhar esforços e recursos para a prevenção e a extinção dos males ainda na fonte, na empresa e durante o trabalho habitual diário? Este estudo mostra que sim, e que valorizar e respaldar os serviços de Saúde, Segurança e Meio Ambiente Ocupacional mostra-se essencial ao fazer cumprir efetivamente o dever empresarial de prevenção dos riscos profissionais, promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores. Além de manter a qualidade de vida e segurança de que todo trabalhador tem direito e ter sua saúde preservada antes da perda irreversível, irreparável e principalmente impagável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABPA-Associação Brasileira de Prevenção de Acidente. **Programa de Treinamento em Prevenção de Acidentes para componentes da CIPA**. 1995.

AGRICOLA, G. **De Re Metallica**. 1912. Acesso em: 19 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.archive.org/details/georgiusagricola00agrich>>

ALBERTON, Anete. **Uma Metodologia para auxiliar no Gerenciamento de Riscos e na seleção de alternativas de investimentos em Segurança**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. (Dissertação, Mestrado em Engenharia de Produção).

ALESSI, N.P. et al. **Saúde e trabalho no sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ARAUJO-Alvarez JM, TRUJILLO-Ferrara JG. **De morbis artificum diatriba 1700-2000**. Salud Publica Mex 2002; v.44: 362-370.

ATLAS. **Segurança e medicina do trabalho**. 64ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

BASILE, Juliano. **Presidente do TST vê "com preocupação" andamento das obras do PAC e da Copa**. Brasília: Valor Econômico. 2011. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/arquivo/885529/presidente-do-tst-ve-com-preocupacao-andamento-das-obras-do-pac-e-da-copa>>. Acesso em: 03 maio 2011.

BERNARDO, Lilian Dias. **Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**. Dissertação de mestrado pela Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Disponível em:<<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. **Lei n. 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 das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 29 out. 2010.

_____. **Lei n. 8.212, de 24 julho 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8212cons.htm>. Acesso em: 30 out. 2010.

_____. **Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991**, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8213cons.htm>>. Acesso em: nov. 2010.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2009**. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1032>>. Acesso em: 02 Jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório final.

_____. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. 1986. Relatório Final

_____. Ministério da Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde**. 1994. Relatório Final.

_____. Ministério da Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde**. Relatório Final. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. (Série B. Textos Básicos de Saúde, vol. 7). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)**. Brasília: Ministérios do Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 20 ago. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1147>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: Jun. 2010.

_____. **Observatório de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/strabalhador/default.cfm>>. Acesso em: Jul. 2011.

_____. Tribunal Regional do Trabalho. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho de Minas Gerais**. Acesso em 20 mai. 2010. Disponível em: <http://www.mg.trt.gov.br/escola/download/revista/rev_75/Sebastiao_Oliveira.pdf>. Acesso em: 02 Jul. 2010.

BRENDLER, Adriana. **Estudo mostra que SUS tratou maioria de acidentados do trabalho em Salvador**. Brasília: Agência Brasil. 2008. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2008-01-22/estudo-mostra-que-sus-tratou-maioria-de-acidentados-do-trabalho-em-salvador>> Acesso em: Jul. 2010.

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador. Conselho Nacional da Saúde. **Segurança e medicina no trabalho**. 2005. Acesso em: 02 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/seguranca-e-medicina-no-trabalho/16540/>>

COSTA DIAS, E. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J.T; ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. **Isto é trabalho de gente?: Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

CORREIA, Daniele. **28 de abril - dia mundial em memória das vítimas de acidentes de trabalho**. DIESAT - Departamento intersindical de estudos e pesquisas de saúde e dos ambientes de trabalho, 2011. Disponível em: <<http://diesat.blogspot.com/2011/04/28-de-abril-dia-mundial-em-memoria-das.html>> Acesso em: 01 mai. 2011.

COULON, Olga Maria A. Fonseca, PEDRO, Fábio Costa. **Dos Estados Nacionais à Primeira Guerra Mundial**. CP1-UFMG, 1995.

FREIRE, Silvia. **Seguro de Acidentes de Trabalho Alemão**. Unicamp. Disponível em: <http://www.proreabilitacao.com.br/?p=pc_silvia1>. Acesso em: 07 mai 2011.

GRAÇA, L. **Europa: Uma Tradição Histórica de Protecção Social dos Trabalhadores. Parte 1** [*Workers' Social Protection in Europe: A Historical Tradition. Part 1*] Lisboa: 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos25.html>> Acesso em: 07 jan. 2011.

GRAÇA, L. **Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional?** Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (C/A-Cadernos Avulsos, 1), 1999.

LACAZ, F.A.C.; MACHADO, J.M.H.; PORTO, M.F.S. **Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil**. *Relatório de Pesquisa*. 2002. Disponível em <<http://www.opas.org.br/sausedo/trabalhador/arquivo/sala187.pdf>> Acesso em: Dez 2009.

LAURELL, A.C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendência e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985.

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

MENDES, R.; DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Rev. Saúde Pública, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENDES, René (Org.). **Patologia do Trabalho**. 2ª ed. Atual. E ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

MENDES, R.; COSTA DIAS, E. **Saúde do Trabalhador**. In: ROUQUAYROL, M. Z. - Epidemiologia e Saúde. 4º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994 São Paulo, Atlas, 1988.

FREIRE, L. M. B., **O serviço social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva na empresa**. In: A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez Editora. p.167-194. 1998.

NARDI, Henrique Caetano. **Saúde do Trabalhador**. In: CATTANI, A. D. (org.) (1997) Trabalho e tecnologia, dicionário crítico. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, p. 219-224, 1997.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. **Histórico**. In: Curso para Engenheiros de Segurança do Trabalho. São Paulo: Fundacentro, v.1, p.9-15, 1981.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Estrutura normativa da segurança e saúde do trabalhador no Brasil**. Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg., Belo Horizonte, v.45, n.75, p.107-130, jan./jun. 2007.

PASINATO, Janaina; PASINATO Roberta. **Plano Eficaz: Manuseio de drogas quimioterápicas necessita normas de segurança**. Revista Proteção, ago. 2007, n.188, Pag. 100-110.

PIZA, Fábio de Toledo. **Informações básicas sobre saúde e segurança no trabalho**. São Paulo: CIPA, 1997.

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. Brasil: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>> Acesso em: Dez. 2010.

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

SANTOS, Isabela Soares. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

SPEDO, Sandra Maria. **Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Campinas, SP: [s.n.], 1998. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000188437>> Acesso em: Fev. 2011.

SOTO, José Manoel Gama. **O problema dos acidentes do trabalho e a política prevencionista no Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.6, n.21, p. 23-28, jan./fev./mar. 1978.

STELLMAN, Jeanne M.; DAUM, Susan M. **Trabalho e Saúde na Indústria: Riscos Físicos e Químicos e Prevenção de Acidentes**. v.1-3. São Paulo: E.P.U. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. e EDUSP – Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

TODESCHINI, Remígio. **Políticas públicas em saúde e segurança do trabalhador na previdência social: como vencer a guerra dos acidentes, doenças e mortes no trabalho**. Brasília: Informe de Previdência Social, Ministério da Previdência Social, mai. 2008, vol. 20, n. 05. Disponível em: <http://www.inss.gov.br/arquivos/office/4_091104-163134-878.pdf > Acesso em: Fev. 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; COSTA, Ediná Alves. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas**. Texto preliminar. Brasília: 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 26 de Março de 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf> Acesso em: jul. 2011.