

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES  
PÚBLICAS**

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO  
TRABALHADOR: UMA CONTRIBUIÇÃO AO  
DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Silvia Beatriz Santos da Silva**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2013**

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR:  
UMA CONTRIBUIÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

**Silvia Beatriz Santos da Silva**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, Linha de Pesquisa em Sistemas de Gestão e Estruturas, da Universidade Federal de Santa Maria, (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

**Orientador: Prof. Dr. Luis Felipe Dias Lopes**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Silva, Sílvia Beatriz Santos da  
Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador: Uma contribuição ao desenvolvimento de Políticas Públicas em Vigilância em Saúde do Trabalhador / Sílvia Beatriz Santos da Silva.-2013.  
77 p.; 30cm

Orientador: Luis Felipe Dias Lopes  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Administração, RS, 2013

1. Saúde do Trabalhador 2. Sistemas de Informações I. Lopes, Luis Felipe Dias II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de  
Mestrado

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA  
CONTRIBUIÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

elaborada por

**Silvia Beatriz Santos da Silva**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Luis Felipe Dias Lopes, Prof. Dr. – UFSM**  
(Presidente/Orientador)

**Gilnei Luiz de Moura, Prof. Dr. – UFSM**

**Elenir Fedosse, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. – UFSM**

Santa Maria, 26 de junho de 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por mais uma conquista, pois sem a fé que tenho nele não conseguiria ter chegado a esta etapa.

Agradeço a compreensão de minha família, principalmente nas etapas mais difíceis, pois sem esse apoio também não estaria alcançando este objetivo.

Agradeço a todos os meus colegas e amigos do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, que me apoiaram no desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Agradecimento especial ao meu orientador Prof. Dr. Luis Felipe Dias Lopes, que me apoiou, e me incentivou para que não desistisse, e também agradeço a atenção dos demais professores e o pessoal do setor administrativo do Mestrado.

A todos, muito obrigada!

## RESUMO

### DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

#### SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA CONTRIBUIÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

AUTOR: SILVIA BEATRIZ SANTOS DA SILVA

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIS FELIPE DIAS LOPES

Santa Maria, 26 de junho de 2013.

As condições desfavoráveis dos ambientes de trabalho ainda persistem, sendo um dos maiores problemas identificados atualmente em algumas organizações, expondo os trabalhadores a cargas de trabalho intensas, ambientes insalubres e perigosos, alto nível de ruído proveniente de máquinas e equipamentos, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, entre outras. Sendo assim, este estudo tem como objetivo analisar os dados contidos no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), no período de 2008 a 2011, dos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS). Pretende-se, também, identificar os dados sociodemográficos e ocupacionais da população economicamente ativa, notificado através do SIST; descrever as atividades econômicas contidas no SIST no período de 2008 a 2011; calcular a taxa de incidência dos riscos nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional da Saúde/RS. A pesquisa envolveu dados secundários constantes da base de dados do SIST, oriundas das notificações do formulário padrão em papel, o RINA (Relatório Individual de Notificação de Agravos), referentes ao período de 2008 a 2011. O número de notificações totalizou 3.901. Os resultados a respeito as variáveis sociodemográficas apontaram a maior incidência do gênero masculino (74%) em relação ao gênero feminino (26%), e quanto a faixa etária a maior incidência foi entre 31 a 39 anos correspondendo a 1000 (38,2%) notificações. E com relação às variáveis ocupacionais identificou-se que o gênero masculino apresentou maior número de acidentes no trabalho (2732) e o gênero feminino ( 863) notificações, e tratando-se de doenças relacionadas ao trabalho o gênero feminino apresentou maior número de notificações sendo 156 notificações correspondendo ao gênero feminino e 150 do gênero masculino, e quanto a classificação das atividades econômicas identificou-se que o setor de serviços apresentou o maior número de notificação (1442) com relação aos outros setores de agropecuária, indústria e outras. O calculo das taxas de incidências de riscos proporcionou um melhor visualização dos agravos relacionados ao trabalho com relação as notificações e a população economicamente ativa por hum mil habitantes em cada município da 4º CRS. Apesar de todas as dificuldades encontradas com as subnotificações das informações, este estudo pode demonstrar que o Sistema único de Saúde possui melhores informações para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde do Trabalhador.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador. Sistema de informações. Políticas públicas. Vigilância em saúde.

## **ABSTRACT**

### **DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

#### **INFORMATION SYSTEM IN OCCUPATIONAL HEALTH: A CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF PUBLIC POLICY IN HEALTH WORKER**

**AUTHOR: SILVIA BEATRIZ SANTOS DA SILVA**

**ADVISOR: PROF. DR. LUIS FELIPE DIAS LOPES**

**Santa Maria, 26 de junho de 2013.**

The unfavorable conditions of work environment still persist, being them one of the greatest problems identified nowadays in some labor offices, exposing workers to intense work schedule, dangerous and unhealthy environments, high level of noise coming from machines and equipment, repetitive movements, inadequate posture, among others. That being, this study has as its objective to analyze the data found in the Worker Health Information System (SIST), from 2008 through 2011, from the Counties which are comprehended by the 4<sup>th</sup> Regional Health Office (4<sup>a</sup> CRS/RS) in Rio Grande do Sul. Other objectives are to identify the sociodemographic and occupational data from the economically active population, notified through SIST; describe the economical activities found in the SIST from 2008 through 2011; calculate the risk occurrence rates in the counties of the 4<sup>th</sup> Regional Health Office/RS. The research involved secondary data which came from the SIST database, coming from the paper pattern form notifications, the RINA (Individual Report of Grievances Notifications), referring to the period from 2008 through 2011. The number of notifications totaled 3,901. The results regarding the sociodemographic variables pointed to a bigger occurrence with the male gender (74%) in relation to the female gender (26%), and as regarding the age group, the highest incidence was between 31 and 39 years of age corresponding to 1000 (38,2%) notifications. And as regarding the occupational variables, it was identified that the male gender presented a bigger number of accidents at work (2732) and the female gender (863) notifications, and regarding diseases related to work, the female gender presented a bigger number of notifications, being 156 notifications corresponding to the female gender and 150 to the male gender, and as to classification of economical activities, it was identified that the service department presented the greatest number of notifications (1442) in relation to the other departments of agriculture, industry and others. The calculation of risk occurrence rates enabled a better visualization of the grievances related to work concerning notifications and the economically active population by one thousand inhabitants in each county of 4<sup>a</sup> CRS. Despite all the difficulties found with information sub-notifications, this study can demonstrate that the Single Health System (SUS) has better information for the development of public policies in the Worker Health.

**Keywords: Health worker. Information system. Public policies. Health surveillance.**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Notificações SIST, segundo a faixa etária e gênero, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011 .....	48
Tabela 2 - Grau de instrução, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011 .....	49
Tabela 3 - Notificações SIST, segundo o gênero e o tipo de agravo relacionado ao trabalho, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011 .....	50
Tabela 4 - Notificações SIST, segundo a relação com o trabalho, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011 .....	51
Tabela 5 - Classificação Nacional de Atividade Econômica, segundo o setor, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011.....	54

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama da vigilância em saúde .....	23
Figura 2 - Localização dos municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS .....	43
Figura 3 - Notificações SIST, segundo o gênero, na 4ª CRS/RS, período de 2008 a 2011.....	45
Figura 4 - Notificações SIST, segundo o gênero, na 4ª CRS/RS, período de 2008 a 2011.....	47
Figura 5 - Coeficiente de incidência dos agravos relacionados ao trabalho (acidentes no trabalho e doenças relacionadas ao trabalho) na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011.....	57
Figura 6 - Distribuição das notificações do SIST sobre a população economicamente ativa (PEA), segundo a situação domiciliar nos municípios da 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011 .....	59
Figura 7 - Distribuição total das notificações do SIST por população economicamente ativa (PEA), nos municípios da 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011 .....	60

## LISTA DE SIGLAS

AEPS -	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAT -	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST -	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10 -	Classificação Internacional de Doenças
CLT -	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE -	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CRS/RS -	Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul
DIEESE -	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
ECA -	Estatuto da Criança e Adolescente
FAMURS -	Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul
FAP -	Fator Acidentário Previdenciário
FIS -	Ficha Individual de Notificação de Suspeita de Agravado
FUNDACENTRO -	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
IEA -	Associação Internacional de Epidemiologia
INCA -	Instituto Nacional do Câncer
INPE -	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
INSS -	Instituto Nacional de Seguro social
IPEA -	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
NR -	Norma Regulamentadora
NTEP -	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT -	Organização Internacional do Trabalho
OMS -	Organização Mundial da Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PAVS -	Programação de Ações de Vigilância
PCMSO -	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PIB -	Produto Interno Bruto

PNSST -	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho
PNST -	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPRA -	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RAT -	Riscos dos Ambientes de Trabalho
RENAST -	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RINA -	Relatório Individual de Notificação de Agravos
RS -	Rio Grande do Sul
SAN -	Sistema de Análise de Negócios
SAT -	Seguro Acidente de Trabalho
SESMT -	Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho
SI -	Sistema de Informações
SIAB -	Sistema de Informações de Atenção Básica
SIA-SUS -	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIG -	Sistema de Informação Geográfica
SIH-SUS -	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM -	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN -	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC -	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS -	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SI-PNI -	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SisCam -	Sistema de Informações do Câncer da Mulher
SIST -	Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador
SISVAN	Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS -	Secretaria Municipal da Saúde
SUB -	Sistema Único de Benefícios
SUS -	Sistema Único de Saúde
UFMS -	Universidade Federal de Santa Maria
VISAT -	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
2.1 Concepções do trabalho e sua relação com a saúde .....	14
2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde do trabalhador .....	18
2.3 Vigilância em saúde do trabalhador .....	21
2.4 Epidemiologia na saúde do trabalhador .....	26
2.5 Sistemas de informações em saúde.....	29
2.6 Políticas públicas em saúde do trabalhador .....	34
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	41
3.1 Tipo de pesquisa.....	41
3.2 Caracterização da área de estudo .....	42
3.3 População alvo da pesquisa .....	43
3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão .....	43
3.4 Variáveis do estudo .....	43
3.5 Elaboração do banco de dados e análise estatística .....	44
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	45
4.1 Totalidade das notificações .....	45
4.2 Variáveis sociodemográficas .....	47
4.3 Variáveis ocupacionais .....	50
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64

# 1 INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa uma posição central na determinação do processo saúde/doença, não apenas dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, mas da população em geral e dos impactos ambientais que essas atividades produzem. Baptista, Nobre e Pena (2011, p. 11) afirmam que “a relação saúde e doença tem um longo percurso histórico e remete à antiguidade da história ocidental da humanidade”. Segundo os autores, os ambientes de trabalho são desfavoráveis à saúde da população desde os regimes feudais e escravistas, sendo que isso possibilitava o adoecimento e comprometimento da saúde de homens, mulheres e crianças.

Com o advento da revolução industrial, no século XVII, esse problema se agravou, pois nesse período as pessoas começaram a vender sua força de trabalho para o setor industrial que crescia intensamente (BAPTISTA; NOBRE; PENA, 2011), deixando as condições de trabalho cada vez piores, contribuindo com o adoecimento dos trabalhadores a ponto de levá-los à invalidez e à morte, devido à exposição aos riscos inerentes às atividades laborais exercidas.

Não obstante, as condições desfavoráveis dos ambientes de trabalho ainda persistem sendo um dos maiores problemas identificados atualmente em algumas organizações. Expondo os trabalhadores a cargas de trabalho intensas, ambientes insalubres e perigosos, alto nível de ruído proveniente de máquinas e equipamentos, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, entre outras (ARAUJO, 2004).

O Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) demonstra que, em 2009, foram registrados 723.452 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados pela Previdência Social. Esse número, que já é alarmante, não inclui os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais) e as empregadas domésticas. Esses eventos provocam enorme impacto social, econômico e na saúde pública no Brasil (BRASIL, 2009).

Facchini et al. (2005) referem que é necessária a identificação de problemas de saúde com as atividades de trabalho e os riscos gerados nos processos produtivos, pois, assim, definem-se prioridades e estratégias de prevenção no campo da saúde do trabalhador. Para tanto, os sistemas de informações tornam-se ferramentas fundamentais.

A propósito, é com a implantação do Sistema Único da Saúde (SUS), a partir da Lei Orgânica nº 8.080, de 1990, que se reforçou a necessidade de ampliação dos Sistemas de Informações (SI) sobre a saúde, as quais têm a capacidade de sistematizar os dados produzidos através das ações e serviços de saúde, de forma a garantir a avaliação periódica da situação da saúde no País.

Em decorrência disso, o SUS possui inúmeros SI, tendo destaque os sistemas cuja abrangência de atendimentos ambulatoriais e hospitalares são de notificações obrigatórias, a saber: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (SILVA; LAPREGA, 2005).

No campo da Saúde Pública, os sistemas de informações possuem a finalidade de identificar problemas individuais e coletivos da realidade sanitária de uma população, proporcionando subsídios para o planejamento em saúde (MORAES; SANTOS, 2001).

Em especial no campo da saúde do trabalhador, para que as ações sejam efetivas, faz-se necessário que os setores responsáveis pelo planejamento da política utilizem informações que retratem a realidade locorregional sobre a distribuição, caracterização e determinantes da morbidade e mortalidade da população trabalhadora (CORDEIRO et al., 2005).

Fachini et al. (2005) colaboram com a discussão, referindo que a falta de sistemática e padronização do tratamento e análise dos dados inseridos no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) impossibilita a visão dos gestores municipais e profissionais de saúde, no que se refere à proposição e no desenvolvimento de estratégias de intervenção nos ambientes de trabalho. Como consequência, o que se vê muitas vezes, inclusive no planejamento de políticas públicas locais em saúde do trabalhador, é um distanciamento entre a realidade dos problemas vivenciados pelos trabalhadores e a política proposta pelos gestores e/ou profissionais de saúde do setor. Segundo os autores, isso se deve, em parte, aos formulários muito extensos, à falta de informatização dos serviços e, ainda, à falta de capacitação dos profissionais.

Convém esclarecer que foi diante da inexistência de dados epidemiológicos no que tange ao processo de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, que no ano de 2000, através do Decreto nº 40.222, em cumprimento aos dispositivos constantes na Lei

Orgânica de Saúde nº 8.080, de 1990, foi desenvolvido e implantado um sistema de notificação de agravos relacionados ao trabalho, denominado Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST), cujo objetivo era o de sistematizar os dados coletados em nível estadual, regional e municipal (RIO GRANDE DO SUL, 2000), viabilizando, assim, um banco de dados epidemiológicos de forma que se possa contribuir com o desenvolvimento de estratégias de vigilância em ambientes de trabalho, bem como, com a organização de ações e serviços de atenção à saúde do trabalhador (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

No Rio Grande do Sul (RS), a estratégia de descentralização da Política de Saúde do Trabalhador para implantação de ações nesse campo esteve sob a responsabilidade dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, distribuídos em diferentes regiões do RS, cujo principal desafio, na ocasião, foi disseminar junto às equipes de saúde dos municípios a cultura da notificação dos agravos e dos acidentes relacionados ao trabalho, através do SIST, de tal forma que gradativamente fossem constituídos bancos de dados regionais que se constituíssem como ferramentas potentes para os gestores municipais e profissionais de saúde planejar ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e educação em saúde do trabalhador.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) possuem o objetivo de promoção da saúde, bem como a qualidade de vida da população trabalhadora, através de ações de vigilâncias em ambientes de trabalho, existem dois tipos de Cerest: os estaduais e os regionais (BRASIL, 2011).

Embora se reconheça os esforços governamentais para o estabelecimento de legislações que definam a obrigatoriedade das notificações de agravos e acidentes que tenham relação com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e de uma crescente inserção dos sistemas de informação na Saúde Pública, o que se observa é que os profissionais que atuam em diferentes serviços de saúde encontram muitas dificuldades na operacionalização do SIST: a coleta dos dados, sua sistematização e a transformação em informações que contribuam para o planejamento das ações a serem desenvolvidas para o cuidado da saúde dos trabalhadores.

Diante disso, e entendendo que a mudança necessária para consolidação do SUS como Política Pública de cuidado integral à saúde da população brasileira (incluindo a população trabalhadora), e também como servidora pública do Município de Santa Maria, lotada no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Região

Centro do RS, e, ainda, tendo como atribuições: a análise do banco de dados do SIST para o desenvolvimento de estratégias de ação no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador propõe-se este estudo. Ressalta-se que na Lei 8080 (BRASIL, 1990) está prevista responsabilidade compartilhada entre educação e serviços, entre as instituições formadoras e as prestadoras de serviços em saúde. Este estudo tem como objetivo geral analisar os dados contidos no SIST, referentes aos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, informados pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST/Região Centro do RS no período de 2008 a 2011.

Os objetivos específicos são: A) identificar os dados sociodemográficos e ocupacionais da população economicamente ativa da referida região do RS notificados através do SIST; B) descrever as atividades econômicas contidas no SIST no período pesquisado; C) calcular a taxa de incidência dos riscos nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional da Saúde/RS.

O trabalho, neste primeiro capítulo, aborda uma introdução ao tema estudado, os objetivos e a estruturação do estudo, juntamente com a justificativa para sua realização.

No segundo capítulo são analisados os aspectos teóricos sobre o tema do presente estudo. Esse capítulo está estruturado em seis tópicos, que visam apresentar e discutir questões fundamentais relacionados à saúde, especialmente, à saúde do Trabalhador: Concepções do trabalho e sua relação com saúde; O Sistema Único da Saúde e a Saúde do Trabalhador; A Vigilância em Saúde do Trabalhador; A epidemiologia em saúde do trabalhador; Sistema de informações em saúde; Políticas Públicas em saúde do trabalhador.

No terceiro capítulo, apresenta-se o método utilizado deste estudo para o levantamento e análise dos dados. Assim, relaciona-se o tipo de pesquisa, a caracterização da área de estudo, a população alvo, elaboração do banco de dados, variáveis utilizadas e análise estatística.

Os resultados e discussões são apresentados no quarto capítulo, dividido em dois tópicos: variáveis sociodemográfica e ocupacionais. Por fim, o último capítulo apresenta as considerações finais deste estudo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Realiza-se uma discussão sobre a concepção de trabalho e sua relação com a saúde, destacando os fundamentos do Sistema Único da Saúde e da Saúde do trabalhador. A partir dos referidos conceitos, discute-se a importância da vigilância em saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho, bem como, os sistemas de informação em saúde como ferramentas para identificar a epidemiologia em saúde do trabalhador e, esta como subsídio para o estabelecimento de Políticas Públicas em saúde do trabalhador.

### 2.1 Concepções do trabalho e sua relação com a saúde

A etimologia da palavra trabalho vem do vocábulo latino *tripaliare*, do substantivo *tripalium*, que significava aparelho de tortura formado por três paus ou varas cruzadas, ao qual eram amarrados os condenados, assim como servia para manter presos os animais difíceis de ferrar. Deste uso, nasce a associação do trabalho com tortura, sofrimento, pena e labuta (CABRAL, 1983).

Portanto, à época antiga, nas civilizações do Egito, Grécia e Império Romano, e nos séculos da Idade Média e do Renascimento, o trabalho foi considerado como um sinal de desprezo e de inferioridade. Essa concepção atravessava assim o estatuto jurídico e político dos trabalhadores, classificando-os como escravos e servos (ALBORNOZ, 2008).

O trabalho, atualmente, passou a ser reconhecido como um “fato social determinante da própria humanização do homem (fato que o distingue do animal) elemento capaz de modificar as condições de existência da própria sociedade” (SENAC, 1997). Essa mudança conceitual tem a ver com a revolução industrial e o Sistema econômico.

Para Silva (2001, p. 218), no mundo atual “o trabalho é uma atividade específica do homem que funciona como fonte de construção, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana”, representando ao ser humano uma necessidade e razão de sua sobrevivência. Porém, Dejours (1994) afirma que não existe trabalho sem

sofrimento, pois o trabalho além de propiciar crescimento, independência pessoal e profissional, também pode causar problemas como insatisfação, apatia e irritação, ou seja, problemas de saúde.

As “frentes pela saúde”, conforme tratada por Dejours, ou as classes operárias surgiram com o advento da revolução industrial no século XIX na Inglaterra, pela luta de melhorias das condições de trabalho e de saúde, pois nesta fase o trabalhador passou a ser parte das máquinas e a doença passou a ser para o empregador uma ameaça à produtividade e ao lucro, mesmo que o custo de reposição desse trabalhador fosse baixo (MAEMO; CARMO, 2005).

A percepção coletiva de trabalhadores, na Inglaterra, com relação às condições de trabalho e à exploração econômica e social acarretaram a mobilização da sociedade para que o Estado interviesse nas relações entre empregador e empregados, visando à redução dos riscos nos ambientes de trabalho, surgindo, assim, as primeiras normas trabalhistas (em meados de 1802), na Inglaterra, com a primeira lei de proteção ao trabalhador acidentado no exercício de sua função (SANTOS, 2011).

Nesse contexto da metade do século XIX, surgiu a Medicina do Trabalho, restrita a uma abordagem clínica do trabalhador-paciente, sem a preocupação em identificar e alterar os fatores de riscos que provocavam as doenças e as mortes de trabalhadores (MAEMO; CARMO, 2005).

O fundador do primeiro serviço de Medicina no Trabalho, foi o proprietário de uma fábrica têxtil. O referido serviço surgiu na Inglaterra, no ano de 1830, ressaltava os elementos básicos do capital às finalidades de tais serviços. Esses deveriam ser dirigidos por pessoas de confiança do empresário e que o defendesse; deveriam ser centralizados, e assim, a prevenção dos casos e a responsabilidade pela ocorrência, estava transferido ao médico (MENDES; DIAS, 1991).

Os autores acima informam que esse modelo de serviços logo se expandiu para outros países com o processo de industrialização.

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

No campo das ciências da Administração, o mecanicismo sustentou a administração científica do trabalho, em que os princípios tayloristas, ampliados por Henry Ford, encontraram na Medicina do Trabalho uma aliada para a produtividade (MENDES; DIAS, 1991). Não é ao acaso que a Henry Ford tenha sido atribuída a declaração de que "o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro" (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Em 1862, ocorreu a regulamentação da Segurança e Higiene do Trabalho na França; em 1852, na Alemanha; e, em 1921, nos Estados Unidos. No Brasil, a proteção legal ao trabalhador contra acidentes e doenças é mais recente e vem se desenvolvendo ao longo dos últimos cinquenta anos (CAMPOS, 1999).

A criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, logo após o final da Primeira Grande Guerra, mudou acentuadamente o ritmo e o enfoque das normas e práticas de proteção à saúde dos trabalhadores, sendo atualmente a grande referência internacional sobre o assunto (SANTOS, 2011, p. 22).

No período de 1930 a 1945, o Brasil sofreu várias mudanças na área trabalhista, sendo que, nesse período, foi criada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), instituída pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (BRASIL, 1943). A CLT foi recebida como um avanço nas relações sociais do País e um passo para a evolução econômica (VIANA, 2001). A propósito, nos anos de 40, Ministério do Trabalho reconhece uma virada fundamental no País, que deixava de ser de uma economia agrícola para se tornar cada vez mais industrial.

No Brasil, a proteção legal somente em 1972, diante do alarmante número de acidentes de trabalho no País, o Brasil buscou regulamentar os Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), através da Portaria nº 3.237/72, com base nas recomendações da Organização Internacional do Trabalho – OIT 112, e promulgou a Portaria nº 3.214/78, que criou as Normas Regulamentadoras (NRs), previstas na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Tem-se um total de 35 normas sendo a NR 7 (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO) e a NR 9 (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA), orientam as obrigações das empresas em relação ao trabalho. As NRs contêm avanços na abordagem de um sistema de gestão de saúde e de prevenção de riscos, mas que, na prática, ainda não acontecem (ARAÚJO, 2004; MAENO; CARMO, 2005).

A publicação da Recomendação OIT nº 112 sobre melhorias das condições de trabalho e a criação, em 1966, da FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, incentivou o pensamento preventivo, tornando-se o marco inicial para a criação das Normas Regulamentadoras, com o objetivo de realizar estudos e pesquisas em segurança, higiene e meio ambiente, medicina do trabalho, inclusive capacitação técnica para empregados e empregadores. Conforme já dito, o Brasil continua longe de atender a todos os princípios da OIT, apesar de ter assinado todas as convenções (ARAÚJO, 2004).

Em meados de 1970, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária propondo uma nova concepção de saúde e de saúde pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador (MENEZES, 2007).

Um importante marco da Reforma Sanitária no Brasil foi a VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, pois esse evento contou, pela primeira vez, com intensa participação popular, trazendo para a agenda da saúde, dos atores do setor e temas sobre a necessidade da ampliação do conceito e de um novo sistema nacional de saúde (BRASIL, 1986).

Na Constituição de 1988, a saúde é tida como política de proteção social, a vigilância a saúde do trabalhador, é, então, evidenciada no artigo 200, no inciso II tem-se referida a necessidade, se: “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”. Está definido ainda que, compete ao SUS executar ações de saúde do trabalhador colaborando na proteção do meio ambiente e do trabalho (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080, regulamenta as ações do Sistema Único da Saúde – SUS, e estabelece que, sejam executadas ações na área de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (BRASIL, 1990).

## 2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde do Trabalhador

O Sistema Único da Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, instituída em 1990, e foi considerado um avanço possibilitado pela promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988, pois a saúde teve sua perspectiva ampliada, como direito da população e dever do Estado (FADEL et al, 2009).

O artigo 196 da Constituição Federal expressa que: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, que garantam o acesso universal à saúde. Neste sentido, a redução dos riscos de doenças e de outros agravos, tendo o acesso universal, e a proteção e recuperação da saúde são importantes premissas (BRASIL, 1988). No artigo 198, diz que: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizado conforme as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Lembra-se que a Lei nº 8.080, foi complementada pela Lei nº 8.142/90, a qual foi aprovada três meses após a primeira, devido aos vetos do, então, presidente Fernando Collor de Mello aos artigos que tratavam sobre questões de financiamento e controle social na saúde. Destacam-se a seguir os princípios e diretrizes presentes no Capítulo 2 – Dos Princípios e diretrizes da Lei 8080:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde
- X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a, p. 4-5)

No Capítulo I, dos objetivos e atribuições do SUS, tem –se no art 6º, campos de atuação e é no que se tem a definição de saúde do Trabalhador:

§ 3º. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I – assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III – participação, no âmbito de competências do Sistema Único de Saúde – SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990a, p. 3-4).

Souza e Machado (2011) destacam a importância da incorporação da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, expressando que o setor saúde não está limitado a apenas receber acidentados e adoecidos no trabalho, mas, sobretudo, envolvido com ações de promoção e vigilância que proporcionem a transformação dos processos e nos ambientes de trabalho que impactam negativamente na saúde do trabalhador.

Para efetivação de uma Política de Saúde do Trabalhador no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da Portaria GM/MS nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), que quatro anos depois recebeu adequação pela Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), conforme os mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL 2006a). Isso representou o fortalecimento institucional da

saúde do trabalhador no âmbito do SUS, bem como o surgimento de uma rede nacional cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de polos de assistência das regiões e microrregiões de saúde, cuja atribuição é dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Educação, Vigilância e Assistência em Saúde de Trabalhador (BRASIL, 2006b).

Um dos importantes avanços trazidos pela RENAST foi a garantia de um financiamento federal sistemático para as ações de saúde do trabalhador, traduzidos nos recursos repassados aos estados e municípios para a habilitação e manutenção mensal dos CERESTs (SOUZA; MACHADO, 2011, p. 94).

Para os CERESTs estaduais e regionais de gestão estadual, os recursos são repassados do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, e os CERESTs regionais de gestão municipal os recursos são repassados do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2005).

Os CERESTs desempenham papel fundamental no sistema de saúde, atuando como um centro articulador e organizador da política de saúde do trabalhador na sua área de abrangência, de forma intra e intersetorial, desempenhando funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde do trabalhador (BRASIL, 2006b).

Até Março de 2009, o Brasil possuía 178 CERESTs habilitados, 26 estaduais e 152 regionais (BRASIL, 2009). No Estado do Rio Grande do Sul encontra-se em funcionamento 01 Cerest Estaduais, centralizado em Porto Alegre/RS e os CERESTs Regionais nos seguintes municípios sede: Porto Alegre, Ijuí, Santa Cruz do Sul, Pelotas, Santa Maria, Palmeiras das Missões, Caxias do Sul, Erechim, Passo Fundo e Alegrete (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Vasconcellos (2007) aponta que o processo de implantação da RENAST no período de 2002 a 2010, configura-se na principal estratégia do SUS no campo da Saúde do Trabalhador.

Para que a RENAST consiga operacionalizar a Política de Saúde do Trabalhador em consonância com as especificidades e necessidades da população trabalhadora, nas diferentes regiões do País e de cada Estado, é necessário que sejam realizadas vigilâncias em ambientes e dos processos de trabalho, visando intervenções, com efeitos

educativos e disciplinares sobre o ramo de atividade que está sendo analisado (BAHIA, 2012).

### **2.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador**

A Portaria MS/GM nº 3.120, de 1º de julho de 1998 (BRASIL, 1998a), que aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, compreende a Vigilância em Saúde do Trabalhador como:

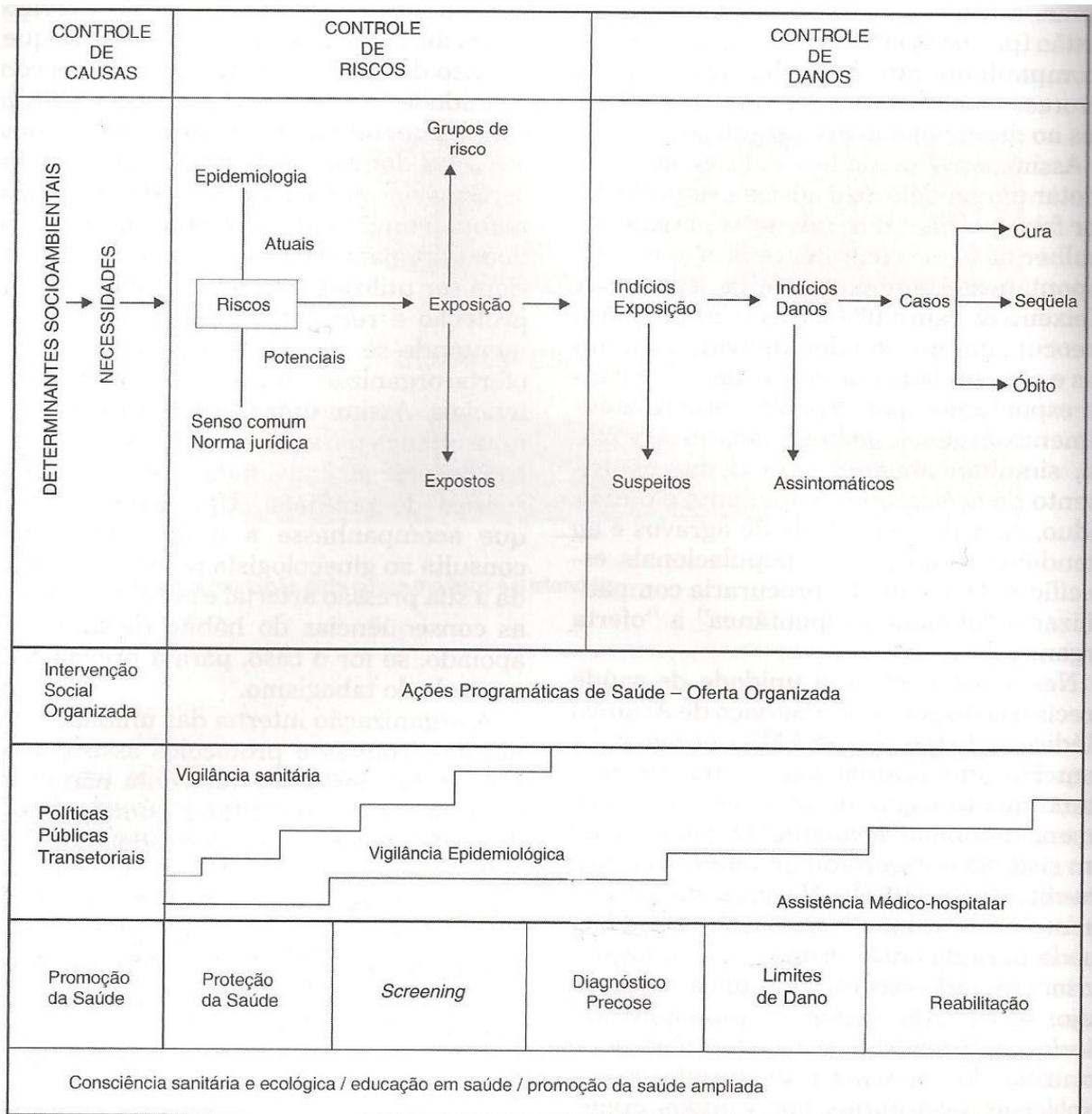
[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998a, p. 3).

Também, no mesmo ano foi publicada a Portaria nº 3.908, em 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998b), que trata sobre a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. Conforme Souza e Machado (2011), essas portarias contribuíram para a organização da vigilância e as demais ações nos serviços de saúde do trabalhador nas diversas esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal).

As ações da VISAT, que são desenvolvidas no âmbito da RENAST através de seu objeto de intervenção, articulam-se com outras instituições (Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Agricultura, Ministério do Trabalho) à medida que têm a integração com as vigilâncias (sanitárias, epidemiológicas, ambiental) e com as organizações sociais dos trabalhadores (sindicatos dos trabalhadores, associações). Portanto, essa articulação intersetorial propicia a adoção de metodologias de intervenção no desenvolvimento e implantação de estratégias de transformação dos ambientes de trabalho, com vistas à promoção da saúde (BAHIA, 2012).

Em 2005 é publicado o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2005) e nele há referência à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) destacando o seu papel importante já que serve como uma ação complementar à prestação da assistência aos trabalhadores. A VISAT se diferencia das demais vigilâncias por ter o objetivo de investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e saúde, ou seja, tem papel para além da assistência (BRASIL, 2005).

A Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, é mais uma iniciativa em relação à vigilância em saúde, ela aprova as “diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios” (BRASIL, 2009), e nela, a Vigilância em Saúde do Trabalhador é incorporada como um de seus componentes. Sabe-se a Vigilância em Saúde tem como objetivo analisar permanentemente as situações de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes riscos e danos à saúde das populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, incluindo tanto na abordagem individual como na coletiva dos problemas relacionados à saúde (BAHIA, 2012).



## Figura 1 - Diagrama da Vigilância em Saúde

Fonte: Paim (1999)

A propósito, Paim (1999) elaborou um esquema (Figura 1) como forma de demonstrar a integração de diferentes intervenções sanitárias, de caráter individual e coletivo. O autor explica que o esquema se configura em uma concepção ampla de Vigilância em Saúde, pois é possível identificar os controles de danos, de riscos e de causas, e a partir desse diagrama é possível pensar em um conjunto de ações programáticas, no desenvolvimento de oferta organizada em serviços de saúde, bem como na elaboração de políticas públicas e na intervenção social organizada sobre a situação de saúde.

Conforme o art. 2º da Portaria nº 3.252/2009 (BRASIL, 2009b), a Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

- I - vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- II - promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- III - vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;
- IV - vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;
- V - vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e
- VI - vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 2009).

A Portaria MS/GM nº 3.120/98 dispõe de princípios que norteiam as ações da VISAT, dos quais alguns convergem com princípios do SUS (universalidade, integralidade, pluriinstitucionalidade e controle social).

A universalidade garante o direito a todos os trabalhadores, independente deste fazer parte do mercado formal ou informal do trabalho (vínculo empregatício), sendo esses objetos e sujeitos da VISAT (BRASIL, 1998).

A integralidade busca a atenção integral à saúde do trabalhador, desde a assistência até a recuperação dos agravos, agregando ações no âmbito coletivo e individual, tendo como características o caráter preventivo e curativo, respectivamente (BRASIL, 1998).

Pluriinstitucionalidade, articulação cujo objetivo é a formação de redes e sistemas entre os centros de assistências e recuperação da saúde. Integram-se aqui as universidades e suas pesquisas, as instituições públicas que são responsáveis pela saúde do trabalhador, por exemplo (BRASIL, 1998).

Controle social procura congrega as organizações que representam os trabalhadores (sindicatos) em todas as etapas da VISAT, no que tange à identificação de demandas, de planejamentos, estabelecimento de prioridades, estratégia de ações, execução, acompanhamento, avaliação e controle das ações destinadas a Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1998).

Os demais princípios da VISAT são: hierarquização e descentralização e definem o papel dos municípios e distritos no desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

Ressalta-se que a interdisciplinaridade, uma forma de abordagem multiprofissional, dá ênfase no saber dos trabalhadores agregado ao saber técnico de diversas áreas do conhecimento necessárias para o desenvolvimento da ação (BRASIL, 1998). Além disso, a intervenção no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador é o objeto deflagrador de um processo contínuo e, neste sentido, a pesquisa – intervenção é muito indicada, uma vez que as pesquisas subsidiam e aprimoram a própria intervenção. Por fim, destaca-se o caráter de transformação da VISAT; ela proporciona, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, análises dos processos de trabalho (BRASIL, 1998).

Segundo Bahia (2012), a intervenção nos ambientes de trabalho, quando realizada de forma articulada com os sindicatos que representam os trabalhadores, possibilita que a análise de um único estabelecimento do setor tenha repercussão nessa categoria de trabalhadores, e que as conclusões que foram retiradas dessa intervenção sejam

utilizadas como base para o planejamento de intervenções em outros estabelecimentos do ramo, bem como apontam elementos específicos de saúde para negociação em dissídios coletivos.

De forma esquemática, a VISAT tem como objetivos:

1) Conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho e vínculo empregatício considerando:

A caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho; o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho; a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos, ergonômicos e organizacionais já conhecidos; a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho (BRASIL, 1998).

2) Intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los, atenuá-los ou controlá-los, considerando:

A fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador; a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente (BRASIL, 1998).

3) Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde;

4) Subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e

5) Estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador junto a estruturas existentes no setor da saúde.

É importante que a equipe envolvida na VISAT possua informações que permitam conhecer e analisar o perfil produtivo da situação da área de abrangência, assim como analisar os fatores de risco que afetam a coletividade dos trabalhadores.

## 2.4 Epidemiologia na Saúde do Trabalhador

A Associação Internacional de Epidemiologia – IEA (1973) conceituou epidemiologia como o “estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas”. Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 17), definem epidemiologia como a:

[...] ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação ações de saúde.

Os autores, acima citados, comparam os dois conceitos esclarecendo que o primeiro explica a distribuição e a ocorrência das doenças no conjunto da população e o segundo fornece a compreensão da importância da epidemiologia na administração e planejamento das ações relacionadas à saúde.

Segundo Pinheiro e Escosteguy (2003), no Brasil, a incorporação da epidemiologia nas atividades e serviços de saúde ainda são parciais, apesar de que a epidemiologia dispõe de instrumental apropriado para a determinação dos resultados e do impacto das medidas e intervenções em saúde, e ainda pode colaborar na elaboração de indicadores e parâmetros de avaliação de qualidade dos serviços e sua adequação à estrutura heterogênea da sociedade brasileira.

Conforme visto anteriormente, a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) assinala em vários de seus capítulos e artigos a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos, bem como para a orientação programática em saúde. Desse modo, pode-se constatar a sua importância, na prática das competências e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos principais objetivos da epidemiologia é auxiliar na prevenção e no controle das doenças, na promoção da saúde, bem como na maneira pela qual as causas de doenças podem ser modificadas (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

O aumento dos índices dos agentes tóxicos no meio ambiente e a introdução de novas tecnologias nas indústrias, na última década, têm acarretado graves consequências no âmbito da Saúde Pública. Entre os aspectos preocupantes estão o aumento crescente da população exposta, ocupacionalmente ou não, a fatores nocivos à saúde, e a evidência epidemiológica do aumento da incidência de algumas

síndromes à poluição ocupacional e ambiental (ASMUS; FERREIRA, 2006, p. 385).

Asmus e Ferreira (2006) reconhecem que a dificuldade no reconhecimento nosológico e a abordagem diagnóstica de uma doença são complexas. A maior dificuldade é o estabelecimento do nexo causal, devido à deficiência de recursos humanos e à precariedade das vigilâncias em ambientes de trabalho e meio ambiente, além de que as metodologias de intervenção não são dominadas por todos, e, ainda, pouco disseminadas na Saúde Pública.

O crescimento do campo da saúde do trabalhador explicitou que as situações de risco presentes nos ambientes de trabalho modificavam também o padrão de saúde da população em geral, visto que grande contingente desta é constituído pela própria população de trabalhadores, e também porque o processo de produção pode alterar as condições ambientais, vale dizer ecológico-sociais, que influenciam a saúde de distintos grupos humanos (CAMARA et al., 2003, 469).

Camara et al. (2003) salientam, ainda, que estudos epidemiológicos que envolvam a exposição de pessoas às situações de riscos presentes nos processos produtivos, bem como ações de vigilância para prevenção e controle dos possíveis danos para a saúde não podem ser restritos à população trabalhadora, deverão abranger também a população de maneira geral (trabalhadora ou não).

Segundo os autores é no decorrer do processo atividade humana/trabalho e no processo/sistema de produção que são suscitadas condições e situações que fazem presentes os elementos geradores de doenças (ruídos, radiações, cargas, forças, entres outras), constituindo riscos e perigos para a saúde dos trabalhadores e as demais populações a eles expostas (CAMARA et al., 2003).

Para o reconhecimento dos riscos e fatores de riscos nos ambientes e processos de trabalho, é importante o entendimento do que sejam os riscos. Um risco possui três elementos básicos: a percepção de que algo pode acontecer (possibilidade), a probabilidade de que algo aconteça e as consequências se acontecerem. O risco aqui considerado é a possibilidade de ocorrer um efeito adverso à saúde e a incerteza dessa ocorrência, distribuição no tempo ou magnitude do seu resultado adverso. Esse efeito somente existirá se houver exposição ao fator de risco ou situação de risco que tenha o potencial de causar dano à saúde do trabalhador (BAHIA, 2012).

Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010) reforçam que todas as doenças são causadas por fatores ambientais ou de risco e por fatores genéticos. Os fatores

ambientais que podem afetar a saúde da população são: fatores psicológicos (ocasionados pelo estresse, doenças relacionadas ao trabalho e às relações humanas no trabalho); os fatores acidentais (são situações de perigo, quedas, contato com máquinas e equipamentos, influência de álcool e drogas); fatores físicos (ruído emitido por uma máquina ou equipamento, temperatura, radiações, etc.); fatores químicos (produtos químicos, poeira, gases e vapores, etc.) e fatores biológicos (bactérias, vírus, parasitas, protozoários, etc.). Os fatores genéticos estão relacionados ao envelhecimento do organismo, ou seja, na medida em que o ser humano vai avançando em idade.

A característica da maioria dos agravos à saúde dos trabalhadores que é identificada nos setores produtivos ou de serviços é de que não há uma causa única à exposição aos fatores e situações de riscos identificados. Quanto aos agravos, estes são resultados principalmente das relações de produção e dos processos psicossociais que são encontrados nos ambientes de trabalho e fora deles (BAHIA, 2012).

Segundo o artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, da Previdência Social: “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente” (BRASIL, 1991).

As doenças relacionadas ao trabalho para fins de procedimentos legais utiliza como base o conceito de doença ocupacional, segundo o Ministério da Previdência, conforme a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que como reza o art. 20, incisos I e II:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Mota e Carvalho (2003) destacam que o conhecimento da saúde e dos fatores ambientais e de risco, as condições sociodemográficas e as informações dos serviços possibilitam identificar as situações de morbidade e mortalidade da população, e, por isso, evidencia-se a importância da manutenção e do acompanhamento dessas situações de saúde através dos sistemas de informações.

## 2.5 Sistemas de Informações em Saúde

A informação é condição essencial para a tomada de decisões. Nessa perspectiva, representa imprescindível ferramenta à vigilância epidemiológica, por constituir fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”, tríade que sintetiza a dinâmica de suas atividades que, como se sabe, devem ser iniciadas a partir da informação de um indício ou suspeita de caso de alguma doença ou agravo (BRASIL, 2005).

Dentre as várias definições encontradas na literatura sobre Sistemas de Informações (SI), Moraes (1994, p. 39) define que “Sistemas de Informações são instrumentos colocados a serviço de determinada política, sendo estruturados para dar resposta a determinados interesses e práticas institucionais”.

Entende-se **sistema** como o “conjunto integrado de partes que se articulam para uma finalidade comum.” Para **sistema de informação** existem várias definições, tais como:

- “conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados que atuam integradas e articuladamente com o propósito de atender às demandas para o qual foi concebido”;
- “reunião de pessoas e máquinas, com vistas à obtenção e processamento de dados que atendam à necessidade de informação da instituição que o implementa”;
- “conjunto de estruturas administrativas e unidades de produção, perfeitamente articuladas, com vistas à obtenção de dados mediante o seu registro, coleta, processamento, análise, transformação em informação e oportuna divulgação”.

Em síntese, um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), não se baseie em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas (BRASIL, 2005, p. 67).

Nesse contexto, a partir da promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988) o setor saúde tem como uma das suas diretrizes para a organização do SUS (BRASIL, 1990) o processo de descentralização em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal) (BRANCO, 1996).

Esse processo de descentralização não deve ser restrito somente às ações e serviços de saúde. Branco (1996) salienta que a informação também deve seguir esse processo, pois assim se torna um elemento imprescindível no desenvolvimento da autonomia dos municípios, já que a informação em saúde pode contribuir na identificação de problemas individuais e coletivos de uma determinada população.

Moraes (1994) explica que há uma diferença entre as definições sobre sistema de informação em saúde assumida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela

Organização Pan-Americana (OPAS). A OMS defende os Sistemas de Informações como importantes para o controle das doenças e a OPAS para o processo de tomada de decisões. De um modo ou de outro, entende-se que a possibilidade de identificar a relação de problemas de saúde com as atividades de trabalho e os riscos derivados dos processos produtivos é crucial para a definição mais adequada de prioridades e estratégias de prevenção em saúde do trabalhador (FACHINI et al., 2005). Esses autores apontam, então, que um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador é uma alternativa para a concepção e construção dos sistemas de informação em saúde.

Segundo Barbosa (2006), os Sistemas de Informações em Saúde existentes no Brasil são vinculados ao Ministério da Saúde, que totalizam cinco, são os seguintes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Na à área de saúde e segurança do trabalho, pode-se citar o Sistema Único de Benefícios (SUB), utilizado pelo Ministério da Previdência Social, que vem aperfeiçoando, nos últimos quarenta anos, os registros, o armazenamento, a produção de dados e as estatísticas em saúde e segurança do trabalho no Brasil. Foi criado pela Lei nº 5.316, em 1967, integrando os benefícios decorrentes de acidentes de trabalho aos planos de benefícios da Previdência Social, obrigando as empresas a comunicarem os casos de acidentes do trabalho em um prazo de 24 horas, através de um documento chamado Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo este um dos documentos mais antigos utilizados para o registro de acidentes no Brasil (PEREIRA, 2011).

Uma das limitações com relação à emissão da CAT é sobre a subnotificação dos acidentes ocorridos com os trabalhadores do setor informal, e também a não emissão da CAT no próprio setor formal (PEREIRA, 2011), principalmente em relação aos acidentes com afastamentos inferiores há dezesseis dias consecutivos (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011).

Ministério da Previdência criou uma nova metodologia, através da Lei nº 11.430/2006, com o intuito de reduzir os gastos da Previdência e, conseqüentemente, promover o aumento da arrecadação e reduzir as subnotificações, foi a adoção do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) (BRASIL, 2006a).

Essa metodologia, acoplada, num primeiro momento, com uma ação de cobrança diferenciada por empresa, chamada Fator Acidentário de Prevenção (FAP), estabeleceu que toda vez que houvesse incidência epidemiológica elevada de uma determinada doença em todo o Sistema Único de Benefícios da Previdência Social, haveria o enquadramento dessa doença como sendo de natureza acidentária (BRASIL, 2006d). Nesta mesma linha, o Decreto nº 6.957/2009, diz:

Considera-se estabelecido o nexo entre o trabalho e o agravo quando se verificar nexo técnico epidemiológico entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, elencada na Classificação Internacional de Doenças (CID) em conformidade com o disposto na Lista C do Anexo II (BRASIL, 2009a)

Com introdução dessa nova sistemática, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), deixou de ser uma condição para concessão de benefício acidentário, pois com a inclusão do NTEP, o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS assumiu a responsabilidade de classificar o benefício concedido como acidentário ou previdenciário (PEREIRA, 2011). No entanto, Pereira (2011) reforça que a subnotificação continua existindo em relação aos acidentes de trabalho que têm como consequência a assistência médica e os afastamentos do trabalho por menos de 15 dias.

Basicamente, o FAP mede o desempenho das empresas com relação aos afastamentos dos empregados (doença e acidente de trabalho), condicionando o aumento ou a redução da alíquota do Seguro Acidente de Trabalho (SAT) ou Riscos dos Ambientes de Trabalho (RAT), que varia entre 1%, 2% ou 3% (BRASIL, 2009), pois, segundo a OIT, apenas 3,9% dos acidentes de trabalho são registrados.

Na 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST, em 1994, houve discussão da informação da saúde do trabalhador centrada na análise dos acidentes e nas potencialidades oferecidas pela notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho, no sentido de legitimar institucionalmente e socialmente as ações de vigilância em saúde do trabalhador junto aos trabalhadores e empregadores (RABELLO NETO et al., 2011, p. 234).

Em 1999, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1.339, de 18 de novembro, instituiu a lista das patologias, com o objetivo de melhorar a qualidade do registro e do reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho (SANTANA; SILVA, 2009). E para dar sustentação ao processo de reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho no SUS foi criado o manual “Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde”, também publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2001 (BRASIL, 2001).

Ressalta-se que em 1998, foi instituído o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que identifica os agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 1998).

No entanto o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) já vinha sendo discutido e usado na década de 1990, cujo objetivo é a coleta e o processamento dos dados com relação aos agravos de notificação em todo território nacional, fornecendo informações sobre o perfil de morbidade da população e contribuindo no processo de tomada de decisão nos níveis federal, estadual e municipal (BRITO, 1993). A partir de 1998, o SINAN foi regulamentado, tornando obrigatória a sua alimentação regular (BRASIL 1998).

Para notificação no SINAN, é necessário integrar uma rede chamada Sentinela, vinculada à Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Esta rede inclui os CERESTs, hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade, e ainda os serviços de atenção básica e de média complexidade, todos credenciados como sentinelas (BRASIL, 2004a).

O Ministro da Saúde, no art. 2º da Portaria GM/777, de 2004, criou a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, que são compostas por unidade de saúde (unidades sentinelas) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho (BRASIL, 2004)

Os dados contidos no SINAN são utilizados para; 1) a verificação de diagnóstico das ocorrências dos agravos à saúde de uma determinada população; 2) a prevenção da ocorrência de eventos; 3) o fornecimento de subsídios para a detecção das causas; 4) a identificação dos riscos a que a população e as pessoas estão sujeitas; 5) o monitoramento e acompanhamento da saúde da população; 6) o planejamento das ações e intervenções em saúde; 7) a definição de prioridades de ações e intervenção; e 8) a avaliação do impacto das ações de controle desenvolvidas (RABELLO NETO et al., 2011). Salienta-se que os dados contidos no SINAN servem como fonte para a geração de vários indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c) e da Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) (RABELLO NETO et al., 2011).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de janeiro de 2011, lista todas as doenças e os agravos de notificação obrigatória, incluindo não só as doenças

transmissíveis como outros agravos, entre eles: acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; acidente de trabalho com mutilações; acidente de trabalho em crianças e adolescentes; acidente de trabalho fatal; câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT); perda auditiva induzida por ruído (PAIR) relacionada ao trabalho; pneumoconioses relacionadas ao trabalho; transtornos mentais relacionados ao trabalho (BRASIL, 2011a).

Atualmente, todos os Estados utilizam o SINAN para notificar agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória em unidades sentinelas, exceto o Rio Grande do Sul, que tem sistema de informação próprio, cujo nome é Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador – SIST, mas que exporta seus dados para a base estadual do SINAN (RABELLO NETO et al., 2011).

O SIST foi regulamentado no Estado do Rio Grande do Sul através do Decreto nº 40.222, de 02 de agosto de 2000. O decreto determina que as notificações dos agravos relacionados ao trabalho (acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho) são obrigatórias e realizadas através do Relatório Individual de Notificação de Agravado (RINA) emitido em três vias pelo serviço de saúde (público ou privado) que diagnostica o agravo; a primeira via é entregue mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde, a segunda é arquivada no próprio serviço de saúde e a terceira é entregue ao trabalhador (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

As atribuições de cada órgão, com relação às notificações no SIST (RIO GRANDE DO SUL, 2005), foram estabelecidas de acordo com o seguinte fluxo:

1. **Responsável pela política em saúde do trabalhador** – cada município indicará um responsável pelo processamento dos dados dos RINAs no banco de dados do SIST/RS, que poderá ser qualquer profissional da área de saúde do município.
2. **Agente notificador de suspeita:** podem ser agentes comunitários, sindicalistas, educadores e conselheiros de saúde. Seu papel no Sistema de Informações será notificar casos suspeitos de agravo relacionado ao trabalho, por meio de Ficha de Notificação de Suspeita de Agravado (FIS). Este documento deve acompanhar o trabalhador ao serviço de saúde e subsidia o processo de confirmação do diagnóstico do agravo.
3. **Serviço de Saúde:** Qualquer serviço de saúde (público ou privado) que prestar atendimento a um trabalhador vítima de acidente de trabalho ou com suspeita ou confirmação de doença relacionada ao trabalho deverá efetuar a devida notificação, preenchendo o Relatório Individual de Notificação de Agravado – RINA, em 3 (três) vias. O RINA deverá ser emitido mesmo que não haja necessidade de afastamento do trabalho por incapacidade. A primeira via dos RINAs será entregue mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde, a segunda via será arquivada no próprio serviço de saúde e a terceira, entregue ao trabalhador.

4. **Secretaria Municipal da Saúde (SMS):** Mensalmente, as SMSs recolherão os RINAs dos serviços de saúde do Município. As SMSs deverão proceder ao processamento das notificações no banco de dados criados para o Sistema de Informações

5. **Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador:** Os serviços especializados em saúde do trabalhador, além das atividades de assistência e vigilância aos ambientes de trabalho, também passarão a realizar ações de vigilância epidemiológica. Para este fim, deverão criar estrutura junto aos serviços de saúde do município, públicos e privados, para o recebimento de informações de toda a rede, sistematização e análise de dados de acidentes, doenças e óbitos relacionados ao trabalho através do banco de dados onde são armazenados e postos para análise dos dados digitados no SIST.

6. **Coordenação Regional da Saúde - CRS:** Cabe à CRS capacitar e assessorar os municípios para implantação do SIST/RS. Deverá processar os relatórios dos Municípios que não contam com estrutura local ou Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para a realização do SIST/RS.

7. **Núcleo central coordenadoria da política de atenção integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do estado do RS:** receberão mensalmente, das CRSs e dos CERESTs, todos os dados processados nos municípios. Periodicamente será emitido “boletim epidemiológico” com os resultados e sua análise, que serão distribuídos junto às instituições de saúde, gestores do SUS, movimento sindical, empresas, imprensa, sociedade em geral.

A notificação dos acidentes e agravos envolvendo a saúde dos trabalhadores tornou-se um importante e fundamental instrumento para que se programassem estratégias de gestão, elaboradas para melhorar a qualidade vida e de trabalho do conjunto dos trabalhadores, bem como o desenvolvimento e fortalecimento de políticas públicas em saúde do trabalhador.

## 2.6 Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador

A preocupação do Estado, nos séculos XVIII e XIX, era a segurança pública e a defesa externa de ataques de inimigos; com o passar do tempo e com a expansão da democracia esta preocupação passou a ser com o bem estar da sociedade. Com isso, foi necessário desenvolver uma série de ações com a saúde, educação e o meio ambiente, tendo como resultado a promoção do bem estar da sociedade e das séries de ações, onde os governos passaram a utilizar as políticas públicas (LOPES; AMARAL; CALDAS, 2008).

Segundo Lucchese (2002, p. 6), “as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”.

Teixeira (2002, p. 2) define que “políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”.

Lopes, Amaral e Caldas (2008) definem que as políticas públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (Federal, Estaduais ou Municipais) traçam para alcançar o bem estar da sociedade e o interesse público. Dentro desse contexto insere-se a Saúde Pública que, segundo Paim (2003), significa diretrizes e planos de ações que abrangem tanto o estudo das relações e do exercício do poder, servindo também na formulação e condução das políticas públicas.

As atuais políticas públicas de saúde no Brasil são norteadas pela Constituição Federal de 1988, pelos princípios da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e da participação da comunidade (LUCCHESI, 2002). Antes da promulgação da Constituição de 1988, a saúde pública era desenvolvida de forma fragmentada e sem integração, a assistência médica era individualizada, considerada um direito de todos os trabalhadores que possuíssem carteira assinada, ou seja, somente para aquelas pessoas que contribuíam para a Previdência Social, caracterizando esse modelo como assistencialista e não universal (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Convém lembrar que em meados do século XX anos 60 e 70, o aumento do processo de industrialização, fortaleceu a economia na área urbana, gerando uma força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Segundo Cordoni Júnior (1986), esse aumento da força de trabalho urbana fez com que o Estado começasse a atuar na saúde dos trabalhadores, já que, em 1970 foram internados 2,9% da população brasileira, por acidente de trabalho, passando para 9,7% em 1980, fazendo com que o Brasil fosse considerado, na época, como o recordista em acidentes no trabalho.

No mesmo ano que ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde ocorreu a I Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, que envolveu as seguintes instituições:

- 1) Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO);
- 2) Central Única dos Trabalhadores (CUT);

- 3) Central Geral dos Trabalhadores (CGT);
- 4) Confederação Nacional da Agricultura (CNA);
- 5) Confederação Nacional do Comércio (CNC);
- 6) Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG);
- 7) Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM);
- 8) Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT);
- 9) Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO);
- 10) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- 11) Ministério da Educação (ME);
- 12) Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS);
- 13) Ministério da Saúde (MS);
- 14) Ministério do Trabalho (MTb);
- 15) Ordem dos Advogados do Brasil (OAB);
- 16) Presidência da República – Gabinete Civil (PRGC);
- 17) Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e
- 18) União Brasileira de Engenharia e Segurança (BRASIL, 1986).

A Conferência contou com 526 participantes, sendo 399 delegados e 127 observadores. 46% dos delegados foram representantes de trabalhadores (183), 40% do Estado (162), 9% das Universidades (36), 3% de outras categorias (12), 1% dos políticos (3) e 1% das empresas (3). Compareceram 55 convidados para os debates das mesas-redondas e 75 membros da Comissão Organizadora (representantes de entidades, Secretaria Executiva, Comitê Assessor e Comissão Relatora), num total de 130 pessoas, o que faz crer que pelo menos 700 pessoas, com representatividade de grupos, ou funções definidas na Conferência, participaram direta ou indiretamente dos trabalhos (BRASIL, 1986).

Essa Conferência marcou politicamente o campo da saúde do trabalhador com a proposta de incorporar a saúde como direito de todos. Dentre as questões significativas que esta Conferência tratou, tem-se a Política Nacional em Saúde do Trabalhador, diagnóstico da situação de saúde, a segurança dos trabalhadores, bem como as novas

alternativas de atenção à saúde do trabalhador (KARINO, MARTINS e BOBROFF, 2011).

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que ocorreu no ano de 1994, trouxe como tema central “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”, representou um passo decisivo no sentido da formulação desse caso particular de política pública e também foi um momento importante de mobilização técnica e política, palco de uma acirrada disputa quanto aos espaços de atuação dos Ministérios do Trabalho e da Saúde (BRASIL, 2002).

Nos anos 90, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) concentrou esforços em um amplo processo de capacitação técnica, para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; a elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde, em especial a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade, em 2001 (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 820).

No final do ano de 2002, através da Portaria nº 1.679, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde criou a RENAST. A partir de 2003, a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como principal estratégia para a implantação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (BRASIL, 2004a).

Para isto, foi organizado um suporte técnico regionalizado para assessorar o processo de implementação da RENAST, prioritariamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Também, buscou-se ampliar e consolidar a articulação intra-setorial, no âmbito do Ministério da Saúde, em particular com a Atenção Básica; retomar o processo de discussão técnico – político de definição de uma Política de Saúde do Trabalhador para o SUS e de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, de caráter intersetorial, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 821).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho – PNSST, que se encontrava em processo de discussão desde 2004, foi publicada no ano de 2011 através do Decreto nº 7.602, no dia 07 de novembro (BRASIL, 2011a). Foi construída de forma tripartite, contribuindo para a implementação da Recomendação nº 155 da OIT, que trata sobre “a segurança e saúde dos trabalhadores”, a qual tinha sido ratificada no Brasil pelo Decreto nº 1.254, de 29 de setembro de 1994 (BRASIL, 1994).

A referida política promete integrar as ações de Segurança e Saúde no Trabalho dos três Ministérios (Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde), propondo que a segurança e saúde alcancem a todos os trabalhadores, incluindo os informais e servidores públicos, atendendo ao princípio da universalidade (BRASIL, 2011).

A PNSST traz cinco princípios que devem nortear as ações, que são os seguintes: universalidade; prevenção; prevalência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social e integralidade (BRASIL, 2011).

Uma das diretrizes da PNSST é “estruturação de rede integrada de informação em saúde do trabalhador”, pois, com a implementação de um sistema de informação, pode-se obter dados e conhecimento da realidade sobre a saúde do trabalhador no Brasil, e, assim, traçar e planejar ações a serem desenvolvidas pela gestão no SUS (BRASIL, 2011).

No ano de 2012 foi, então, instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto, cujo art. 2º afirma que:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Essa política visa à redução dos índices de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes compreendem atenção integral à saúde, a articulação intra (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2012).

O artigo 3º menciona os trabalhadores de abrangência dessa política:

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo,

avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (BRASIL, 2012).

Entre os objetivos dessa política está: 1) o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador, através da identificação das atividades produtivas e das situações de risco à saúde da população, 2) a análise das necessidades, demandas e problemas de saúde do trabalhador, 3) a intervenção nos processos e ambientes de trabalho, 4) o desenvolvimento de tecnologias de intervenção nos processos de trabalho, bem como 5) o controle e avaliação da qualidade de serviços e dos programas de saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Apesar de todo avanço das Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador, ainda se encontra homens, mulheres, idosos e, principalmente, crianças e jovens sofrendo algum tipo de agravo relacionado ao trabalho.

Os artigos 60º e 69º do Estatuto da Criança e Adolescente – ECA<sup>1</sup>, preveem o direito à profissionalização, após os 16 anos de idade, bem como a proteção do ambiente de trabalho. É proibido qualquer trabalho ao menor de 16 anos de idade (salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos), dentre as proibições estão: trabalho noturno, perigoso, insalubre ou penoso, locais que prejudicam no desenvolvimento físico, psíquico, moral e social (BRASIL, 2004b).

Os artigos 5º e 6º do ECA preveem a proteção de crianças e adolescentes contra qualquer tipo de violência, seja crueldade, discriminação, negligência, entre outras, bem como preveem a punição, tanto pela ação como pela omissão nos casos de violação desse direito fundamental, levando em conta a “condição peculiar da criança e do adolescente como pessoa em desenvolvimento” (BRASIL, 2004b).

Dados da Organização Internacional do Trabalho – OIT confirmam que existem no mundo cerca de 250 milhões de crianças entre 15 a 17 anos trabalhando, desse total 115 milhões atuam em atividades perigosas, consideradas as piores formas de trabalho infantil (OIT, 2011), no Brasil há cerca de 3,4 milhões de crianças e jovens entre 10 e 17 anos desenvolvendo atividade trabalhista (SAKAMOTO, 2012).

---

<sup>1</sup> Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, o artigo 2º da Lei nº 8,069, de 13 de julho de 1990, considera-se criança a pessoa até doze anos incompletos e adolescentes os de até dezoito anos de idade (BRASIL, 2004b).

Fonseca e Passos (2010) colaboram dizendo que nos últimos anos muitas conquistas relacionadas às políticas públicas em saúde do trabalhador foram essenciais para assegurar a segurança e saúde ocupacional, verificando-se assim que há um longo caminho para efetivação e fiscalização do seu cumprimento. Isso não abrange somente o Estado e empregadores, mas principalmente os trabalhadores que estão expostos aos riscos provenientes de seus ambientes de trabalho.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Neste capítulo são apresentados os elementos que caracterizam e especificam esta pesquisa, bem como explicitados os aspectos relacionados ao levantamento dos dados secundários provenientes do SIST, dispostos nos subitens delineamento e definição de termos; população alvo da pesquisa; coleta de dados, tratamento e análise dos dados.

Apresentam-se, assim, os caminhos que esta pesquisa percorreu, detalhando como foi realizada a investigação e o planejamento da pesquisa. Para Minayo (2007 p. 14), a metodologia da pesquisa “inclui simultaneamente a teoria da abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)”.

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

O estudo se desenvolveu através de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2007, p. 42), “a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis”. A relação das variáveis objetiva a obtenção de uma visão mais generalizada de um determinado fato.

A pesquisa é considerada quantitativa, pois foram utilizados percentuais estatísticos para mensurar as variáveis empregadas no estudo. Conforme Silva e Menezes (2001, p. 20), “pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las”.

### 3.2 Caracterização da área de estudo

A pesquisa envolveu o período de 2008 a 2011 e tratou de dados secundários constantes na base de dados do SIST, oriundas das notificações do formulário padrão (em papel) Relatório de Informações de Notificação de Agravos (RINA) que foram digitadas pelos responsáveis pela Política de Saúde do Trabalhador dos 31 municípios da 4ª Coordenadoria Regional da Saúde do Rio Grande do Sul.

Os municípios de abrangência da 4ª CRS são: 1- Agudo, 2- Cacequi, 3- Capão do Cipó, 4- Dilermando de Aguiar, 5- Dona Francisca, 6- Faxinal do Soturno, 7- Formigueiro, 8- Itaara, 9- Ivorá, 10- Jaguari, 11- Jari, 12- Júlio de Castilhos, 13- Mata, 14- Nova Esperança do Sul, 15- Nova Palma, 16- Paraíso do Sul, 17- Pinhal Grande, 18- Quevedos, 19- Restinga Seca, 20- Santa Maria, 21- Santiago, 22- São Francisco de Assis, 23- São João do Polêsine, 24- São Martinho da Serra, 25- São Pedro do Sul, 26- São Sepé, 27- São Vicente do Sul, 28- Silveira Martins, 29- Toropi, 30- Unistalda, 31- Vila Nova do Sul, conforme ilustrado na Figura 2.

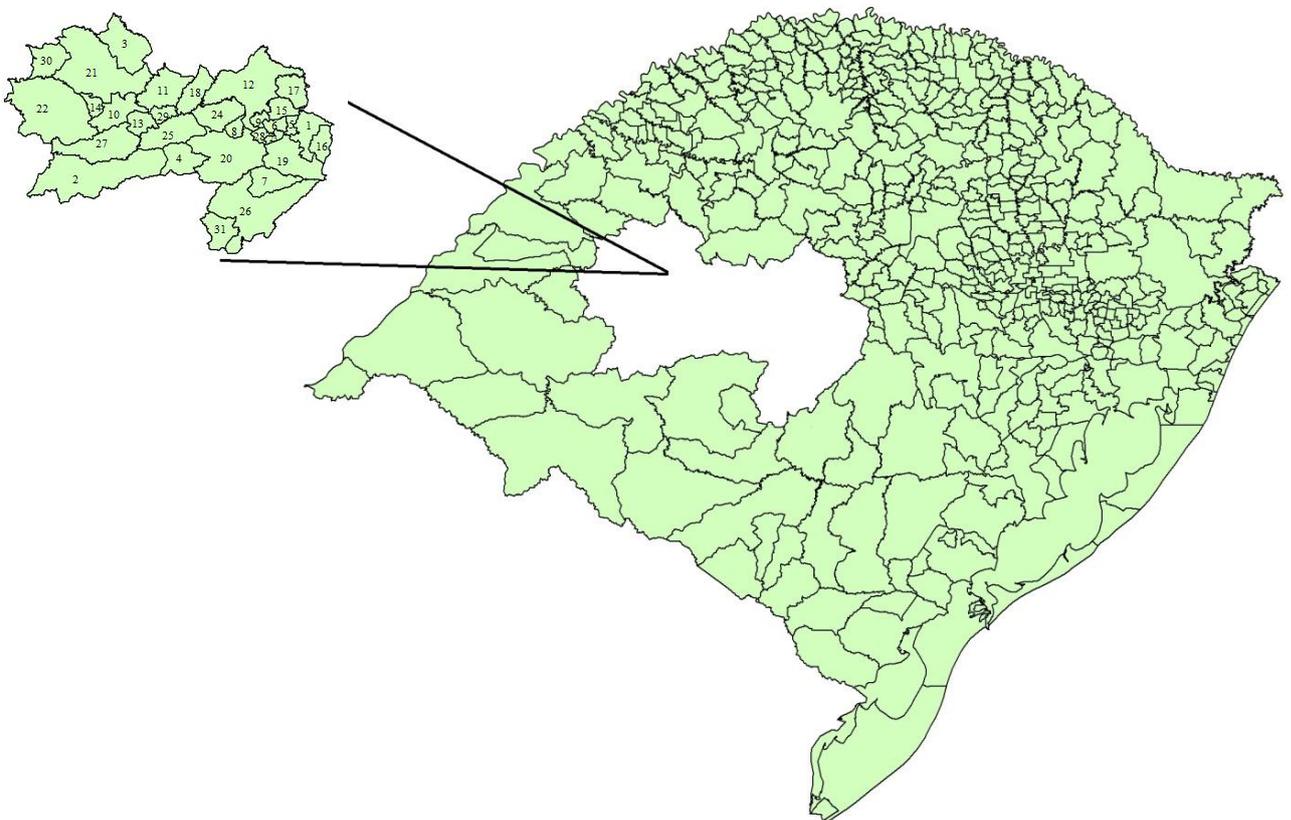


Figura 2 - Municípios que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS  
Fonte: ArcGis 9.3

### 3.3 População alvo da pesquisa

A população da pesquisa foi constituída de dados secundários, compostos de trabalhadores da rede formal e informal que sofreram algum tipo de agravo relacionado ao trabalho, notificados no SIST.

#### 3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas as notificações do banco de dados do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST/RS) que constavam as informações (variáveis) necessárias para a pesquisa. Foram excluídas as notificações que não se enquadraram na população economicamente ativa<sup>2</sup>.

### 3.4 Variáveis do estudo

As variáveis desta pesquisa são dados sociodemográficos (gênero, faixa etária e grau de instrução) e ocupacionais (tipo de agravo [ acidente no trabalho - acidente típico ou acidente de trajeto - doenças relacionadas ao trabalho]; relação com trabalho [formal ou informal]; ocupação segundo a classificação nacional de atividades econômicas [CNAE]).

Através do estudo dessas variáveis, foi possível calcular a taxa de incidência cumulativa de risco, proposta por Last (2001, apud BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010). Significando o número de pessoas com o agravo no início do período, que seria o número de notificações no SIST no período de 2008 a 2011, dividido pelo número de pessoas sem o agravo no início do período, a População

---

<sup>2</sup> Segundo o IBGE (1991), população economicamente ativa abrange todas as pessoas com mais de dez anos de idade ocupadas e desocupadas que estejam procurando trabalho.

Economicamente Ativa (PEA), multiplicada por 1000 (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010). A taxa de incidência (TI) é calculada por:

$$TI = \frac{\text{NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES NO SIST} \times 1000}{\text{POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA}}$$

Os dados do número de notificações correspondem às pessoas que foram acometidas por agravos (acidente no trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho), e o número de pessoas sem o agravo, foi retirado da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) através da população economicamente ativa de cada município, no período de 2008 a 2011.

### **3.5 Elaboração do banco de dados e análise estatística**

Os dados foram coletados no Banco de Dados do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, no período de 2008 a 2011, e armazenados no microcomputador da pesquisadora em planilhas do programa *Microsoft Excel 2003* e analisados descritivamente. A confecção do mapa foi realizada com o auxílio do Laboratório de Geotecnologias, na sala 2052, do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais da Universidade Federal de Santa Maria – INPE/UFSM.

Os resultados são apresentados em tabelas, gráficos e, em um mapa onde é apresentada a Taxa de Incidência Cumulativa de Risco, seguidos de suas discussões.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentadas as análises e discussões dos resultados obtidos, através dos dados secundários fornecidos pelo banco de dados do SIST. Inicialmente aborda-se a totalidade das notificações no SIST, no período do estudo, passando-se para o estudo das variáveis (sociodemográficas e ocupacionais) e, por fim, apresenta-se a taxa de incidência de risco por município da 4ª CRS/RS.

### 4.1 Totalidade das notificações

Mediante os dados, dos respectivos anos de abrangência deste estudo, constatou-se 3901 notificações. No ano de 2008 o número de notificações foi de 883, no ano de 2009 foi de 1.453 e os anos de 2010 e 2011 foram, respectivamente, 805 e 706 notificações.

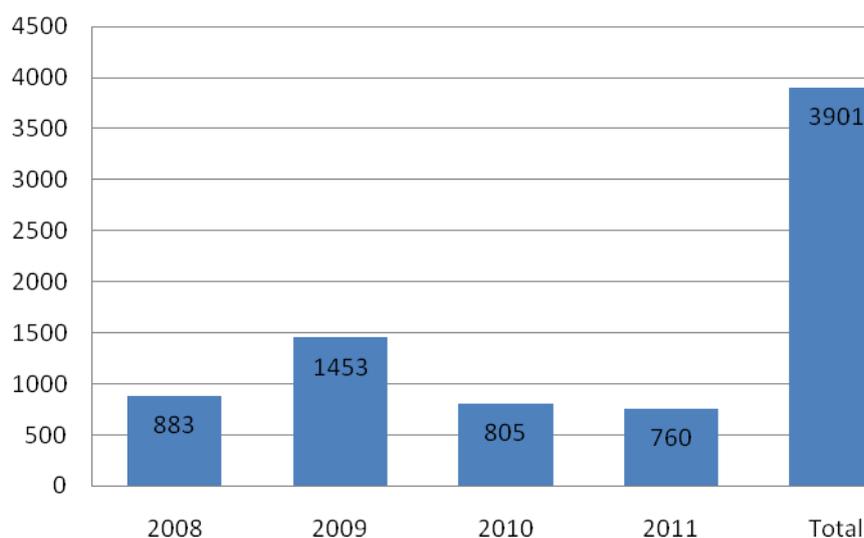


Figura 3 – Notificações no SIST/RS, 4ª CRS/RS, no período de 2008 a 2011

Segundo os Relatórios anuais do período de 2008 a 2011 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o ano de 2009 obteve o maior número de notificações, pois, neste ano, foram realizadas capacitações para os responsáveis em saúde do trabalhador dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ª CRS.

O CEREST/Região Centro/RS visando o processo de regionalização, destaque do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), no início do ano de 2009, desenvolveu atividades para tornar concreta essa meta, capacitando profissionais de saúde sobre a importância do sistema de informações em saúde do trabalhador para os processos de ação e intervenção em saúde do trabalhador.

No ano de 2008, o CEREST desenvolveu atividades educativas de divulgação do serviço e sobre os temas Saúde do Trabalhador e o papel do SUS, mas em conjunto falava-se sobre as notificações, não com muita especificidade. Nos anos de 2010 e 2011 foram desenvolvidas mais atividades de pesquisas e desenvolvimento de projetos. Como exemplos, podem-se citar o Projeto do Benzeno (demandado pelo Ministério da Saúde – MS), para pesquisar a saúde dos trabalhadores frentistas no Município de Santa Maria, e o câncer de pele e o trabalhador rural (em parceria com o Instituto Nacional do Câncer – INCA) no município de Nova Palma.

## 4.2 Variáveis sociodemográficas

Este item aborda dados relacionados ao gênero, faixa etária e grau de instrução, dando visibilidade ao tipo de trabalhadores que foram acometidos por agravos relacionados ao trabalho.

Analisando a Figura 4, constata-se a predominância das notificações com gênero masculino.

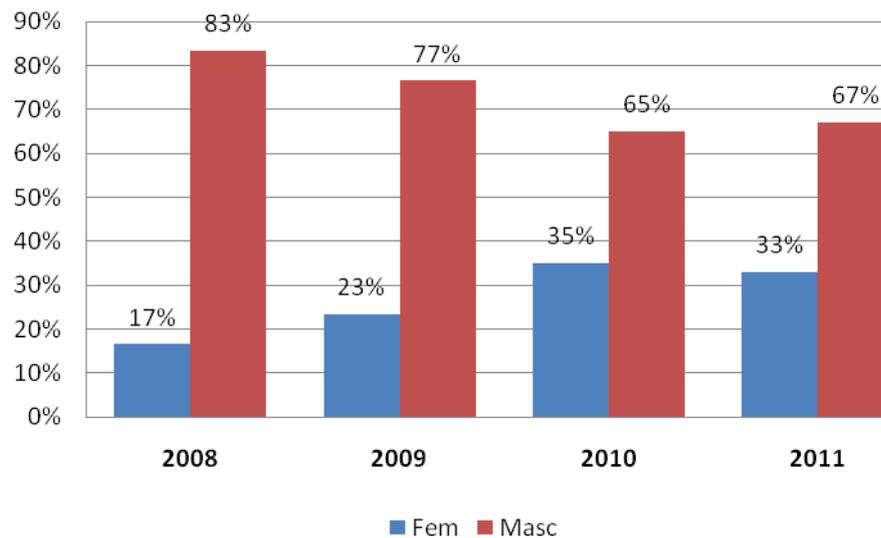


Figura 4 - Notificações SIST, segundo o gênero, na 4ª CRS/RS, período de 2008 a 2011

Dados do Sistema de Informação de Notificação e Agravos – SINAN divulgam que em 2009, dentre as notificações que ocorreram nas unidades sentinelas, verificou-se que 45% de casos ocorreram com o gênero feminino contra 55% do gênero masculino (CHAGAS, SALIM e SERVO, 2011).

Existem duas explicações possíveis para que o índice de notificações com as mulheres sejam menores com relação aos homens. A primeira é exposta por Minayo (2008) que explica que a mulher tem um menor risco de acidentar-se, fato confirmado nas informações sobre acidentes de trânsito. E a segunda “é de que os postos de trabalho que representam um maior risco para acidentes são ocupados por homens por questões culturais” (COVISA, 2008).

Quanto à faixa etária evidencia-se na Tabela 1 o predomínio da faixa etária de 31 a 39 anos, que foram 1000 notificações correspondendo a 25,6%. Na faixa etária de 40 a 49 anos foram 909 notificações correspondendo a 23,3%, seguida da faixa etária de 25 a 30 anos com 562 notificações (14,4%). Na faixa etária entre 50 a 59 anos foram notificados 550 casos (14,1%); na faixa entre 60 a 79 anos foram 177 casos, correspondendo a 4,5% das notificações; na faixa entre 15 a 19 anos foram 135 casos notificados, correspondendo a 3,5%, e, ainda, na faixa de 10 a 14 anos foram 27 (0,7%) notificações.

Tabela 1 – Notificações do SIST/RS, segundo a faixa etária, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Faixa etária/anos	Total	
	N	%
10 a 14	27	0,7
15 a 19	135	3,5
20 a 24	463	11,9
25 a 30	562	14,4
31 a 39	1000	25,6
40 a 49	909	23,3
50 a 59	550	14,1
60 a 69	177	4,5
70 ou mais	78	2
<b>Total</b>	<b>3901</b>	<b>100</b>

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS, no ano de 2010 constatou-se que a faixa etária que mais sofreu acidentes no trabalho, foi entre 25 e 29 anos e que os trabalhadores que estão mais vulneráveis às doenças encontram-se na faixa etária entre 30 e 34 anos (BRASIL, 2010).

Os dados encontrados nas notificações no SIST/RS não se distanciam dos dados da Previdência com relação ao seu percentual, pois se verificou que a maior concentração dos agravos compreende a idade entre 20 e 49 anos, correspondendo a 2.934 (75%) notificações. Segundo o Dieese (2001), essa é considerada como a idade produtiva, na qual as pessoas buscam qualificação e estabilidade no emprego e, conseqüentemente, têm maior exposição a riscos nos ambientes de trabalho.

Observa-se que apesar de todo o movimento pela erradicação do trabalho infantil, no Brasil e no mundo, os acidentes e doenças continuam ocorrendo entre crianças e adolescentes. Os dados obtidos nesta pesquisa demonstram uma realidade em que crianças e adolescentes estão sofrendo agravos; na faixa etária entre 10 e 14 anos foram notificados 27 (0,7%) agravos relacionados ao trabalho e na faixa etária entre 15 e 19 anos (3,5%) agravos.

Na Tabela 2, constata-se que o grau de instrução de maior predominância foi com trabalhadores com ensino fundamental incompleto, representando 1.560 (40%) notificações; em segundo lugar estão às pessoas com ensino médio completo obteve 839 (21,5%); em terceiro lugar 595 (15,3%) notificações de pessoas com ensino fundamental completo. Em quarto lugar - 395 (10,1%) aparecem pessoas sem escolaridade informada; pessoas com ensino superior completo foram 107 (2,7%) e com ensino superior incompleto foram 86 (2,2%) notificações, e com especialização foram 2 (0,1%) das notificações.

Tabela 2 - Grau de instrução dos casos notificados SIST/RS, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Grau de Instrução	Total	
	N	%
Não informado	395	10,1%
Analfabeto	33	0,8%
Fundamental (1º) Incompleto	1560	40,0%
Fundamental (1º) completo	595	15,3%
Médio (2º) Incompleto	284	7,3%
Médio (2º) completo	839	21,5%
Superior Incompleto	86	2,2%
Superior Completo	107	2,7%
Especialização	2	0,1%
<b>Total</b>	<b>3901</b>	<b>100,0%</b>

Uma pesquisa realizada por Lima et al. (1999), na qual os autores verificaram a associação entre as características individuais, socioeconômicas, e os acidentes do trabalho, em Pelotas no Rio Grande do Sul, mostrou que a escolaridade é uma das variáveis preditoras dos acidentes de trabalho. Constatou-se que a baixa escolaridade (inferior a quatro anos) expõe os trabalhadores a riscos cinco vezes maiores do que a alta escolaridade (mais de 11 anos).

Assim, é possível verificar a predominância de notificações com trabalhadores com ensino fundamental incompleto, supondo que pessoas que possuam menor grau de instrução podem ser pessoas que estejam mais expostas a riscos e, conseqüentemente, a acidentes.

### 4.3 Variáveis ocupacionais

Nas Tabelas a seguir são apresentadas as variáveis ocupacionais, que relaciona-se ao tipo de agravo ( Acidente no Trabalho ou Doença relacionada ao trabalho), relação com o trabalho e a atividade econômica.

Tabela 3 – Notificações no SIST/RS, segundo o gênero e o tipo de agravo relacionado ao trabalho, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Tipo de agravo/gênero	Total		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%
Acidente no trabalho	3595	92,0	863	22,1	2732	70,1
Doença relacionada ao trabalho	306	8,0	156	4,0	150	3,8
<b>Total</b>	<b>3901</b>	<b>100,0</b>	<b>1019</b>	<b>26,1</b>	<b>2882</b>	<b>73,9</b>

Segundo dados da Previdência Social, no período deste estudo nos municípios da 4ª CRS/RS foram registrados 7.208 acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, sendo que 3.722 foram acidentes típicos com Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), 579 acidentes de trajeto com CAT, 87 doenças com CAT e 2.820 acidentes sem CAT, e 30 óbitos (BRASIL, 2011b). Observa-se, mediante essas informações, que as doenças relacionadas ao trabalho são os agravos que mais subnotificam, pois no SIST elas corresponderam a 306, enquanto no sistema da Previdência as que foram dadas o nexos mediante a apresentação da CAT foram de 87 casos.

Nesses dados chama a atenção o fato de o gênero feminino possuir maior notificação por doenças relacionadas ao trabalho, o que confirma os dados da Previdência em 2010, em que foram registrados 52,8% de doenças relacionadas ao trabalho para o gênero feminino e 42,2% para o gênero masculino (GUIMARÃES, 2012).

Dados do SINAN apontam dentre as doenças relacionadas ao trabalho que mais acometem os homens as intoxicações exógenas e as perdas auditivas, enquanto que nas

mulheres ocorrerem em sua maioria as lesões por esforços repetitivos – LER, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT e os transtornos mentais (RABELLO NETO, et al., 2011).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas 3 a 4% das doenças relacionadas ao trabalho são notificados, e a Previdência Social para evidenciar esta subnotificação a partir do ano de 2007 adotou uma nova metodologia, onde o nexo é fornecido mediante o cruzamento de informações com relação à atividade econômica da empresa e o Código Internacional de Doenças – CID (PEREIRA, 2011).

Conforme observado por Fachini et al. (2005), essas informações da Previdência Social atingem apenas 1/3 da população economicamente ativa, que são os trabalhadores que possuem carteira assinada. Já segundo o SIST, as notificações abrangem a todos os trabalhadores, independente do vínculo, pois “o princípio da universalidade pressupõe a responsabilidade do SUS sobre todos os trabalhadores, independentemente de seu grau de inserção na economia ou tipo de vínculo trabalhista” (BRASIL, 2006c). Salienta-se a importância de desenvolver atividades de capacitação aos profissionais de saúde e aos agentes de saúde, para que possam qualificar as informações, para inserção no SIST.

Na Tabela 4, a relação com o trabalho é um diferencial no sistema de informação em saúde do trabalhador, pois se observa que a abrangência não é somente com trabalhadores com carteira assinada ou formal. Nos dados coletados, 1.724 notificações foram com trabalhadores celetistas, correspondendo a 44,2% e 2.177 (55,8%) correspondem a trabalhadores informais que são os autônomos, cooperativados, desempregados, empregadores, estagiários, funcionários públicos, trabalhadores do lar e outros.

Tabela 4 – Notificações no SIST/RS, segundo a Categoria profissional, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Relação com o trabalho	Total	
	N	%
Autônomo	766	19,6
Celetista	1724	44,2
Cooperativado	9	0,2
Desempregado	13	0,3
Empregador	37	0,9
Estagiário	13	0,3
Funcionário público/Estatutário	278	7,1
Outros	679	17,4

Trabalhador doméstico	325	8,3
Trabalhador do lar	57	1,5
<b>Total</b>	<b>3901</b>	<b>100</b>

As informações mostram que 1.724 (44,2%) notificações foram com trabalhadores regidos pelo regime de trabalho celetista ou CLT. As demais relações com o trabalho (autônomo, cooperativado, desempregado, empregador, estagiário, funcionário público, trabalhador doméstico, do lar e outros) totalizaram em 2.177 casos, correspondendo a 55,8% das notificações.

Costa (2010) salienta que o trabalho informal vem acompanhado da precariedade das condições de trabalho, configurando em menor amparo da legislação trabalhista e previdenciária e, ainda, maior adoecimento no trabalho ou fora dele.

Essa precariedade, segundo Mendes e Campos (2004), aumentou nos últimos anos devido ao avanço das terceirizações e da contratação de autônomos para prestação de serviços, que variam desde o trabalho em domicílio até a subcontratação em pequenas e médias empresas, em condições cada vez mais problemáticas.

Com relação às notificações geradas por agravos em funcionários públicos foram notificados 278 agravos, correspondendo a 7,1%. Cabe salientar que ainda há muita preocupação com políticas com trabalhadores de relação com o trabalho formal, talvez devido à falta de informações sobre os acidentes e doenças que afetam os trabalhadores dos serviços públicos. Em 2010, através da Portaria nº 3, foi instituída a norma operacional de saúde do servidor público federal, com o objetivo de definir diretrizes gerais para ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção da saúde dos servidores públicos federais (BRASIL, 2010).

No Brasil, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2009d), a população ocupada (10 ou mais de idade) corresponde a 90.786.019, os empregados celetistas correspondem a 57,4% dessa população, sendo que trabalhadores domésticos correspondem a 7,4%, trabalhadores por conta própria 21,2%, empregador 3,8%, não remunerados 5,8% e outros 4,4%.

Dentre os municípios da 4ª CRS/RS não foram encontradas políticas ou legislação sobre as questões de saúde e segurança aos servidores dos municípios, o que existe é regime jurídico único dos servidores públicos estatutários, que aponta somente questões com relação aos ganhos de adicionais de insalubridade e periculosidade. Isso

mostra que o desenvolvimento de políticas de abrangência regional e local aos servidores é de suma importância, já que esses são trabalhadores que se encontram expostos aos mesmos riscos que o trabalhador formal está sujeito.

Na Tabela 5, verifica-se a distribuição das notificações por setor econômico. Observa-se que a maior incidência foi no setor de serviços que totalizou 1.442 notificações, correspondendo a 37%, logo, o setor econômico da agropecuária com 1.109 notificações, correspondendo a 28,4%, e a seguir o setor de indústria com 990 notificações correspondendo a 25,4% e, por fim, outras atividades não identificadas totalizaram em 360 notificações com 9,2%. Segundo Nobre (2002), o uso de dados como ramo de atividade econômica pode ser uma aproximação na possível relação com o trabalho.

Tabela 5 - Classificação Nacional de Atividade Econômica, segundo o setor, na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Atividades Econômicas		n	%
Serviços	Alojamento e alimentação	52	1,3%
	Comércio e reparação de veículos	328	8,4%
	Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	50	1,3%
	Administração pública	60	1,5%
	Transporte, armazenagem e comunicação	98	2,5%
	Serviços domésticos	134	3,4%
	Educação, saúde e serviços pessoais	720	18,5%
Agropecuária	Agropecuária	1109	28,4%
Indústria	Construção	375	9,6%
	Indústria	615	15,8%
Outras	Outras atividades	360	9,2%
Total		3901	100,0%

### Setor de serviços

Atividades econômicas que possuíram maior número de notificações no setor de serviços foram: educação, saúde e serviços pessoais com 720 notificações, correspondendo a 18,5%; comércio e reparação de veículos com 328 notificações, correspondendo a 8,4%; serviços domésticos com 134 notificações, correspondendo a 3,4%; 98 notificações correspondendo a 2,5% na atividade de transporte, armazenagem e comunicação, seguido da administração pública com 60 notificações, correspondendo a 1,5%; alojamento com 52 notificações, correspondendo a 1,3% e outros serviços coletivos, sociais e pessoais com 50 notificações correspondendo a 1,3%.

O setor de serviços possui uma grande importância no desenvolvimento da região, principalmente no que se refere à participação na geração de emprego e renda, e corresponde a 74,19% da economia da região, segundo dados da FAMURS – Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2008),

com isso, essa importância reflete-se também no número de notificações registradas nos postos de saúde, emergências e hospitais da região, onde foram realizadas 720 notificações, correspondendo a 18,5%.

#### Setor de agropecuária

A agropecuária apresentou 1.109, correspondendo a 28,4%, pois segundo informações da FAMURS no ano de 2008 essa economia correspondeu a 25, 81% (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Conforme Schlosser et al. (2002), as características dos acidentes no meio rural sofreram modificações com o passar do tempo, onde as causas que eram de quedas, ferimentos com ferramentas, envenenamentos por agrotóxicos e animais peçonhentos, passaram para acidentes com máquinas agrícolas, aumentando, com isso, os riscos com relação à inserção dessas tecnologias no campo.

Reis e Machado (2009) salientam que os acidentes no meio rural são pouco divulgados, ao contrário do que ocorre na área urbana, e também devido ao fato da mão de obra ser basicamente familiar e a grande maioria não possuir relação formal com o trabalho, o que dificulta a solução desses problemas.

O Ministério do Trabalho, com intuito de reduzir os agravos que acometem os trabalhadores da área rural, inseriu o anexo IX na Norma Regulamentadora nº 12, aprovada pela Portaria nº 197, de 17 de dezembro de 2010, que trata sobre máquinas e equipamentos, onde especifica que as proteções, dispositivos e sistema de segurança devem ser integrados às máquinas desde a sua fabricação (BRASIL, 2010), exigindo que empresas se adaptem às regras de segurança inseridas nesse anexo.

#### Setor da indústria

A região central não possui característica de uma região industrializada, mas isso não significa que a região não possua acidentes no trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho. O que se pode observar é que esse setor obteve 990 notificações, correspondendo a 25,4%, onde 615 notificações relacionam-se à indústria, que abrange indústria da transformação e extrativistas; e 375 notificações correspondem à construção civil.

O que torna relevante salientar é o aumento da construção civil e, conseqüentemente, os acidentes do trabalho têm acompanhado esse crescimento. Segundo o Tribunal Superior do Trabalho (TST), a causa do aumento do número de acidentes se dá pela falta de cultura e ao ritmo de trabalho aos trabalhadores (BRASIL, 2013).

A Figura 5 demonstra a taxa de incidência de risco em cada município da 4ª CRS/RS, onde se trata de um indicador que sugere a intensidade com que ocorrem os agravos relacionados ao trabalho. Guimarães (2012) expressa a relação entre as condições de trabalho e o quantitativo médio de trabalhadores expostos àquelas condições e constitui a expressão mais geral e simplificada do risco.

O coeficiente é definido como a razão entre o número de novos agravos relacionados ao trabalho, notificados no SIST do período de 2008 a 2011, e a população exposta ao risco de sofrer algum tipo de acidente, são considerados no denominador apenas os trabalhadores que fazem parte da população economicamente ativa, segundo dados do IBGE (GUIMARÃES, 2012).

Segundo Guimarães (2012), esses indicadores são importantes para medir a exposição dos trabalhadores aos níveis de risco inerentes à atividade econômica, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas dos agravos e seus impactos nas organizações e na vida dos trabalhadores, além de fornecer subsídios para o aprofundamento de estudos e pesquisas sobre o assunto, permitindo o planejamento de ações nas áreas de segurança e saúde do trabalhador. O autor reforça que a análise das taxas de incidências favorecem comparações entre diferentes espaços geográficos e que é de suma importância, pois permite relativizar a variação absoluta do número de notificações em face da evolução do número de habitantes da população economicamente ativa ou ocupada.

### Mapa de Incidências dos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho - Municípios da 4ª CRS/RS

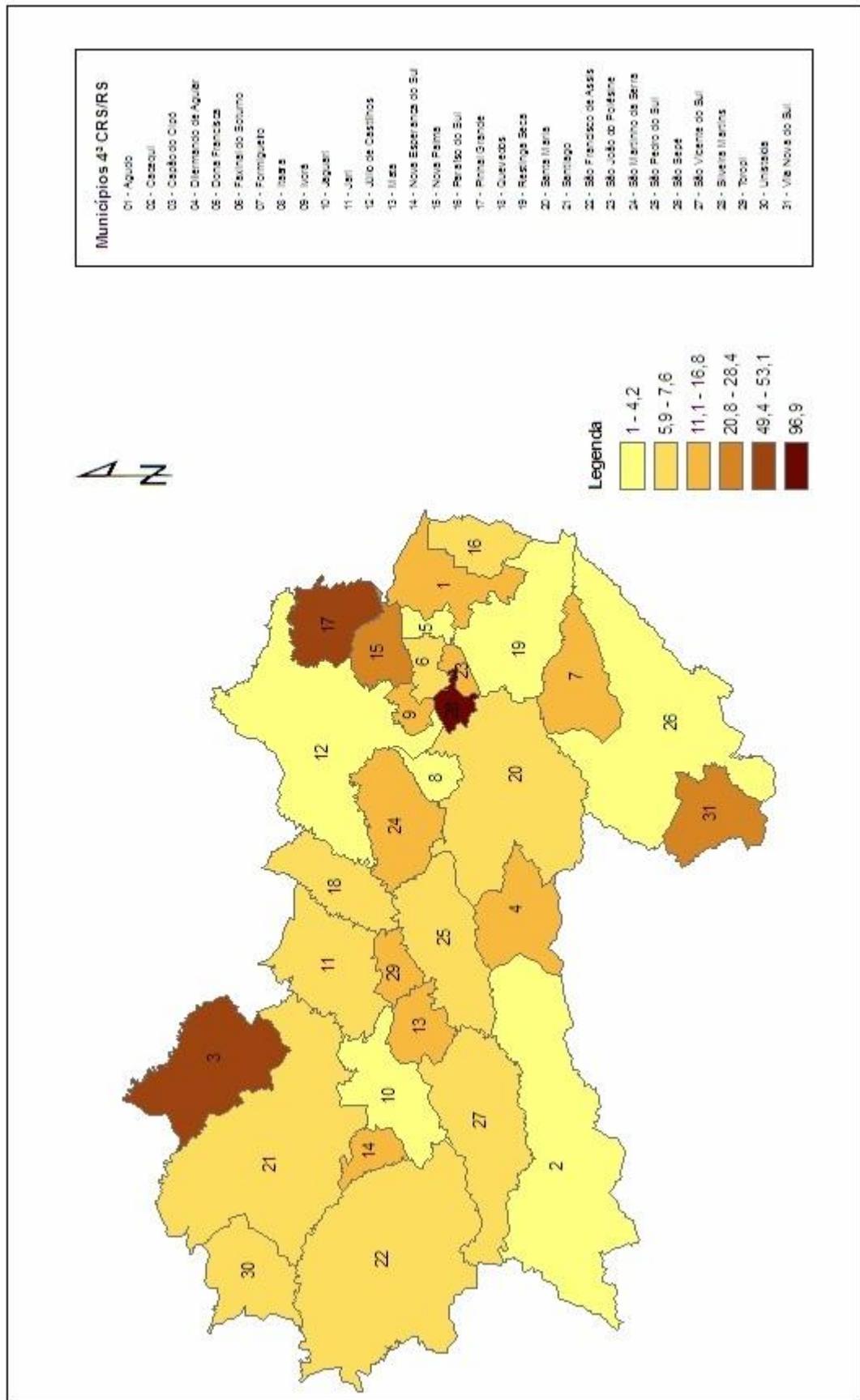


Figura 5 - Coeficiente de incidência dos agravos relacionados ao trabalho (acidentes no trabalho e doenças relacionadas ao trabalho) na 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Observando a Figura 5 e analisando as cores com maior intensidade nos municípios como Silveira Martins, Pinhal Grande, Capão do Cipó e Nova Palma, não significa que estes municípios exponham os seus trabalhadores aos riscos, mas sim são municípios em que a política de notificação está mais presente, talvez pelo comprometimento com a Política de Saúde do Trabalhador pelos profissionais de saúde, ao contrário que acontece com os demais municípios, bem maiores que estes, prevalecendo a subnotificação, talvez pela falta de informação e estrutura.

Mas como se pode observar, os municípios de Silveira Martins, Pinhal Grande, Capão do Cipó, Nova Palma, Vila Nova do Sul, superam a taxa do País e do RS. As taxas de incidências por municípios foram as seguintes:

Silveira Martins (96,9 por 1000 habitantes da PEA); Pinhal Grande (53,1 por 1000 habitantes da PEA); Capão do Cipó (49,4 por 1000 habitantes da PEA); Nova Palma (28,4 por 1000 habitantes da PEA); Vila Nova do Sul (20,8 por 1000 habitantes da PEA); Nova Esperança do Sul (16,8 por 1000 habitantes da PEA); São João do Polêsine (16,1 por 1000 habitantes da PEA); Dilermando de Aguiar (15,2 por 1000 habitantes da PEA); Agudo (15,1 por 1000 habitantes da PEA); Mata (13,9 por 1000 habitantes da PEA); Toropi (13,1 por 1000 habitantes da PEA); Ivorá (12,9 por 1000 habitantes da PEA); São Martinho da Serra (11,2 por 1000 habitantes da PEA); Formigueiro (11,1 por 1000 habitantes da PEA); São Francisco de Assis (7,6 por 1000 habitantes da PEA); São Vicente do Sul (11,1 por 1000 habitantes da PEA); Santiago (7,2 por 1000 habitantes da PEA); São Pedro do Sul (6,9 por 1000 habitantes da PEA); Unistalda (6,8 por 1000 habitantes da PEA); Jari (6,3 por 1000 habitantes da PEA); Santa Maria (6,2 por 1000 habitantes da PEA); Paraíso do Sul (5,9 por 1000 habitantes da PEA); Quevedos (5,9 por 1000 habitantes da PEA); Jaguarí (4,2 por 1000 habitantes da PEA); Itaara (3,7 por 1000 habitantes da PEA); São Sepé (3,7 por 1000 habitantes da PEA); Júlio de Castilhos (3,6 por 1000 habitantes da PEA); Restinga Seca (3,1 por 1000 habitantes da PEA); Dona Francisca (1,7 por 1000 habitantes da PEA); Cacequi (1 por 1000 habitantes da PEA).

Segundo Freitas (2013), todo o país, seja subdesenvolvido ou desenvolvido, possui uma população economicamente ativa. Essa parcela do contingente populacional representa todas as pessoas que trabalham ou que estão procurando emprego. São essas pessoas que produzem para o país e que integram o sistema produtivo. A população de idade ativa é dividida em: população economicamente ativa e não economicamente ativa

ou mesmo inativa. O que se analisou neste trabalho foi à população economicamente ativa.

Observando a Figura 6 e fazendo uma comparação entre a taxa de incidências da zona urbana e zona rural, constatou-se que as taxas de incidências na zona rural foram maiores nos anos de 2008, 2009 e 2011, do que na zona urbana, correspondendo respectivamente a 3,29 agravos por 1000 habitantes (PEA) contra 1,49 agravos por 1000 habitantes (PEA); 5,97 agravos por 1000 habitantes (PEA) contra 2,32 agravos por 1000 habitantes (PEA); 2,45 agravos por 1000 habitantes (PEA) contra 1,38 agravos por 1000 habitantes (PEA), sendo que no ano de 2010 a taxa de incidência foi maior na zona urbana correspondendo a dois agravos por 1000 habitantes (PEA) contra 0,45 agravos por 1000 habitantes (PEA) da zona rural.

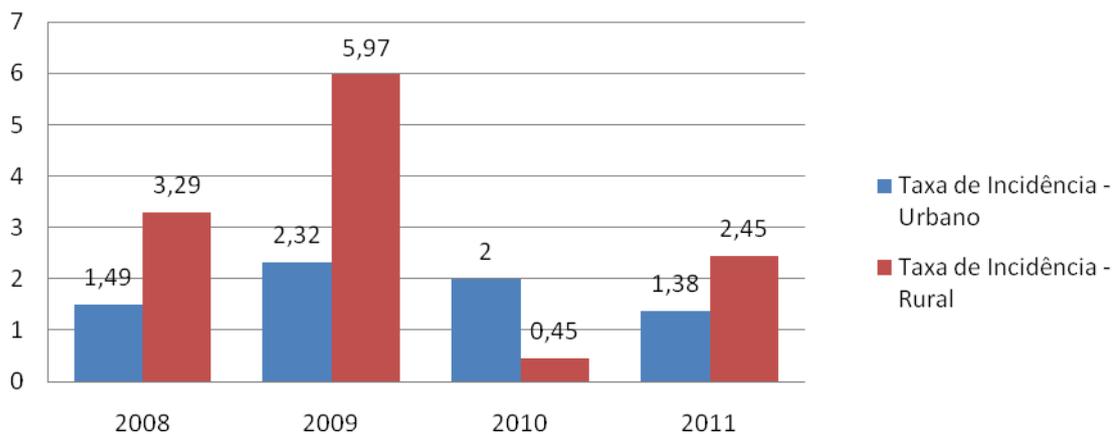


Figura 6 - Distribuição das notificações do SIST sobre a população economicamente ativa (PEA), segundo a situação domiciliar nos municípios da 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Verifica-se, no geral, quanto à Figura 6, que a taxa de incidência na zona urbana durante todo o período estudado é menor que a taxa de incidência da zona rural no mesmo período. Isso se deve, segundo Reis e Machado (2009), as atividades rurais serem consideradas como as mais perigosas entre os trabalhadores, sejam eles urbanos ou não. Segundo os autores, algumas características do ambiente rural levam-no a apresentar fatores negativos com relação à segurança do trabalho, como: ausência de uniformidade e controle sobre o local de trabalho e das próprias atividades; sobreposição

entre o local de trabalho e o lar; o emprego frequente de mão de obra familiar sem restrições de idade; incipiente atuação do Estado como legislador e fiscalizador de leis regulamentadoras dos riscos e perigos das atividades rurais.

Para demonstrar a ocorrência dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) no período de 2008 a 2011, decidiu-se estimar os coeficientes de incidências, pois, segundo Costa (2010), a Previdência Social não disponibiliza essas informações por municípios, mas somente por unidade de federação e País.

Na Figura 7 são apresentadas as taxas de incidências dos agravos relacionadas ao trabalho dos municípios da 4ª CRS/RS, onde foram notificados 3.901 agravos no período de 2008 a 2011, e a taxa de incidência total foi de 8,18 agravos relacionados ao trabalho por 1000 habitantes da população economicamente ativa (PEA).

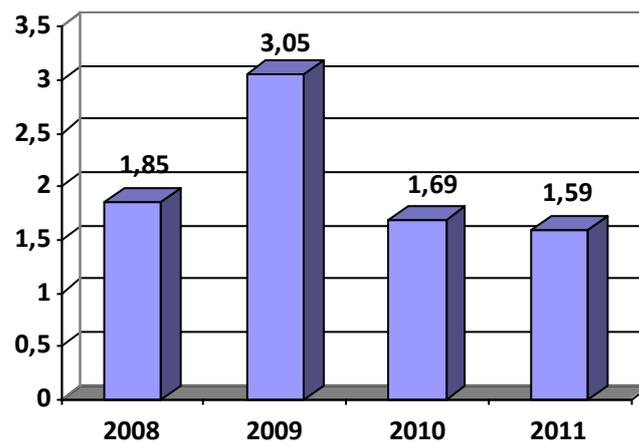


Figura 7 - Distribuição total das notificações do SIST por população economicamente ativa (PEA), nos municípios da 4ª CRS/RS, período 2008 a 2011

Comparando com a taxa de incidência da Previdência Social no Brasil no período de 2008 a 2010, em que foi utilizado o número de acidentes e a média dos vínculos empregatícios no período por 1000 vínculos, salienta-se que nessa média não estão cobertos os contribuintes individuais (trabalhadores autônomos, empregados domésticos, entre outros), os militares e os servidores públicos estatutários, onde as taxas foram respectivamente de 23, 21,6 e 19,1, e no Rio Grande do Sul a taxa foi de 29,5, 28,3 e 24,6 (BRASIL, 2010), o que demonstra que a taxa da 4ª CRS encontra-se abaixo da taxa do Brasil e do RS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou os dados contidos no SIST, no período de 2008 a 2011, junto aos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, direcionando-se à análise das variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, verifica-se uma maior incidência de notificações quanto ao gênero masculino (74%) em relação ao gênero feminino (26%). Quanto à faixa etária, verificou-se uma maior incidência de notificações entre as idades de 31 a 39 anos, ou seja, 1.000 (25,6%) notificações em relação às outras faixas etárias. Quanto à escolaridade, a predominância das notificações foi em trabalhadores com ensino fundamental incompleto, representando 1.492 (38,2%) do total de notificações, a importância destes dados estão relacionados ao fortalecimento do tema saúde do trabalhador na educação básica e na formação profissional, para a preparação dos jovens ao mercado de trabalho, bem como, as formas de prevenção e proteção no trabalho.

Quanto às variáveis ocupacionais, as notificações do SIST, segundo o gênero e o tipo de agravo relacionado ao trabalho, dão conta que em relação a acidentes no trabalho o gênero masculino apresenta um maior número de notificações (2.732) que o gênero feminino (863), porém quando se trata de doença relacionada ao trabalho o gênero feminino apresenta um número maior de notificações (156) em relação ao gênero masculino (150).

Segundo a relação com o trabalho, as informações mostram que 1.724 (44,2%) notificações foram com trabalhadores regidos pelo regime de trabalho celetista ou CLT. As demais relações com o trabalho (autônomo, cooperativado, desempregado, empregador, estagiário, funcionário público, trabalhador doméstico, do lar e outros) totalizaram em 2.177 casos, correspondendo a 55,8% das notificações, observam-se com estes dados que o SUS proporciona melhores informações para o desenvolvimento de políticas públicas, já que as informações da Previdência Social atingem somente 1/3 da população economicamente ativa, que são os trabalhadores que possuem vínculo empregatício com carteira assinada.

Mais uma vez se reitera que dentre os municípios da 4ª CRS/RS não foram encontradas políticas ou legislação sobre as questões de saúde e segurança aos servidores dos municípios, o que existe é regime jurídico único dos servidores públicos estatutários, que aponta somente questões com relação aos ganhos de adicionais de insalubridade e periculosidade. Portanto, é premente que haja o desenvolvimento de políticas de abrangência regional e local aos servidores, já que esses são trabalhadores que se encontram expostos aos mesmos riscos que o trabalhador formal está sujeito.

Quanto à classificação das atividades econômicas, verifica-se que o setor de serviços foi que apresentou maior número de notificações (1.442), segundo dados do SIST, em relação às outras atividades, como: agropecuária, indústria e outras. Esses dados confirmam o retrato da economia da 4ª CRS, que é predominantemente o setor de serviços, podendo assim ser desenvolvidas Políticas em Saúde do Trabalhador neste setor.

A visualização das taxas de incidências de risco nos municípios da 4ªCRS, calculada através do número de notificações no SIST com relação à população economicamente ativa por hum mil habitantes, pode-se observar que municípios com populações menores, possuíram a taxa de incidência maior, do que em municípios maiores populações, talvez pelos responsáveis em saúde do trabalhador destes municípios estarem mais integrados e comprometidos com a política de saúde do trabalhador, pois a taxa de incidência favorece comparações entre os diferentes espaços geográficos, conforme a evolução da população economicamente ativa de cada município, no entanto o que permite ser trabalhado com estes dados é o planejamento e desenvolvimento de políticas de vigilância em saúde do trabalhador.

Verificou-se, também que o uso dos dados contidos no SIST disponibilizou informações concretas sobre a saúde do trabalhador nessa região, o que torna extremamente importante a continuidade da implantação de sistemas de informação em todos os setores e municípios, para que se possa ter conhecimento a respeito da saúde do trabalhador, traçando e planejando ações e intervenções de vigilância nos ambientes de trabalho, e que minimizem o número de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. Salienta-se também a importância de desenvolver atividades de capacitação aos gestores e/ou profissionais de saúde, para que possam qualificar as informações, para inserção no SIST.

Este estudo gerou subsídios para o desencadeamento de Políticas Públicas em Vigilância em Saúde do Trabalhador na 4ª CRS, fornecendo oportunidades de educação continuada aos gestores e/ou profissionais de saúde, na Saúde do Trabalhador.

Dessa forma, sabe-se que há muitas dificuldades com relação à subnotificação das informações em saúde, mas pode-se observar com este estudo que a busca incessante por soluções deve contemplar aqueles que acreditam que o trabalho é não apenas uma necessidade, mas também um direito do homem, enquanto cidadão, especialmente considerando-se que o trabalho tem valor social e dignifica o ser humano e a sociedade.

Espera-se que este trabalho tenha contribuído de alguma forma para pesquisas dentro desta instituição de ensino, bem como provoque na pesquisadora motivos para pesquisas futuras em relação ao tema.

Como sugestão para um trabalho futuro, o tema Vigilância em Saúde do Trabalhador *on line* e em tempo real com o SIST, para que os gestores possam visualizar no início de sua gestão, como estão os seus municípios nos aspectos relacionados à Saúde do Trabalhador.

## REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

ALMEIDA, P. C. A.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 195-207, 2011.

ARAÚJO, M. G. **Elementos do sistema de gestão de segurança, meio ambiente e saúde ocupacional**. Rio de Janeiro: GVC, 2004.

ASMUS, C. I. R. F.; FERREIRA, H. P. Epidemiologia e saúde do trabalhador. In: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (orgs.). **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Guia de Métodos de ensino**. IEA/OPS/OMS. Publ. Cient. 266, 1973. 246p.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações Técnicas para Ações de Vigilância de ambientes e processos de trabalho/SESAB/SUVISA/DIVAST** – Salvador: DIVAST, 2012.

BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de informação em saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto/SP**. 100f. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: USP, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sistemas\\_informacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sistemas_informacao_saude.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2011.

BAPTISTA, R.; NOBRE, L. C. C; PENA, P. G. L. (orgs.). **Saúde do trabalhador na Bahia: conquistas e desafios**. Salvador: UFBA, SESAB, CESAT, 2011.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BRANCO, M. A. F. Sistema de informações em saúde em nível local. **Cadernos de Saúde Pública** 12, Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452**, de 10 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 9 ago. 1943. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8080.htm>>. Acesso em 05 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em 10 jan.2012.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1254**, de 29 de setembro de 1994. Promulga a Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981. 1994. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/112849/decreto-1254-94>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria nº 73**, de 9 de março de 1998. Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e no novo software do SINAN. Boletim de Serviço da Funasa, Brasília, 20 mar. 1998.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM nº 3.120**, de 19 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 de jul. de 1998a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.908/GM**, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). 1998b. Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908_98.htm)>. Acesso em: 5 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações, Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Caderno de saúde do trabalhador: legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1679/GM**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF. 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 777**, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre 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. 2004a. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2182.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: CONANDA, 2004a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2437/GM**, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST, no Sistema Único da Saúde – SUS e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

\_\_\_\_\_. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Manual de Gestão e Gerenciamento**. São Paulo, SP, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência. **Lei 11430**, de 26 de dezembro de 2006. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de

julho de 1992, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei nº 10.699, de 9 de julho de 2003. 2006d. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm)>. Acesso em: 13 de jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Introdução à estatística espacial para a saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Novo fator acidentário de prevenção terá impacto nos índices de acidentes e doenças do trabalho**. Informativo eletrônico do Ministério da Previdência Social: Previdência em Questão. 2007b. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_090608-100527-551.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_090608-100527-551.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistemas de Informações de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**, 2009. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989>>. Acesso em: 20 abr. 2013

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6957**, de 09 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP. 2009c. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/819004/decreto-6957-09>>. Acesso em: 12 de jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2728**, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. 2009b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria 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 providências. 2009b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>>. Acesso em: 5 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. **Impacto da crise sobre as mulheres**. Brasília: Ipea: SPM: OIT, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS: 1980-2009**. Brasília: DATAPREV, 2010. Disponível em: <[http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3\\_111202-105619-646.pdf](http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_111202-105619-646.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em: 20 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7602**, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília: Diário Oficial da União em 08 de nov. 2011. 2011a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2978, de 15 de novembro de 2011. **Amplia para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional**. Brasília/DF.2011b.

\_\_\_\_\_. Agência do Senado. **Número de acidentes na construção civil preocupa especialistas**. 11 mar. 2013. Disponível em <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/03/11/numero-de-acidentes-de-trabalho-na-construcao-civil-preocupa-especialistas>>. Acesso em 22 abr.2013.

BRITO, L. S. F. Sistema de informações de agravos de notificação – Sinan. In: SEMINÁRIO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Anais...** p.145-146. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

CABRAL, R. **Trabalho**. Verbo – Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura. 17. ed. Lisboa: Verbo, 1983.

CAMARA, V. M.; TAMBELLINI, A. T.; CASTRO, H. A., et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a

saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

CAMPOS, A. C.; **CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes**: uma nova abordagem. 2. ed. São Paulo: Senac, 1999.

CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. Saúde e segurança no trabalho no Brasil: os desafios e as possibilidades para atuação do executivo federal. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (orgs.). **Saúde e segurança no trabalho no Brasil**: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: Ipea, 2011. p. 113-132.

CORDEIRO, R.; SAKATE, M.; CLEMENTE, A. P. G. et al. Subnotificação de acidentes de trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 254-260, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000200017&script=sci\\_pdf&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000200017&script=sci_pdf&tlng=pt)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

CORDONI JÚNIOR, L. **Serviços municipais de saúde no Paraná**: tendências e perspectivas. 120p. 1986. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1986.

COSTA, Márcia da Silva. Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Cad. CRH**, v. 23, n. 58, p. 171-190, 2010.

COVISA. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde do trabalhador**: acidentes de trabalho. Município de São Paulo 2003 a 2007. Boletim n. 1, São Paulo, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Oboré, 1994.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **A situação do trabalho no Brasil**. São Paulo: Dieese, 2001.

FACCHINI, L. A.; NOBRE, L. C. C.; FARIA, N. M. X. et al. Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10,

n.4, p. 857-867, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400010&script=sci_arttext)> Acesso em: 22 dez. 2011.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L; MOIMAZ, S. A. S. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, mar.-abr. 2009.

FONSECA, A.P.L.A.; PASSOS, J.P. Saúde do trabalhador: políticas públicas no Brasil, da Proclamação da República à era Vargas. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**. 2010. UNIRIO. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1179/pdf\\_328](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1179/pdf_328)>. Acesso em: 22 abr. 2013.

FREITAS, E. **População economicamente ativa do Brasil**. Geografia humana do Brasil. 2013. Disponível em: <<http://www.mundoeducacao.com.br/geografia/populacao-economicamente-ativa-brasil.htm>>. Acesso em: 05 maio 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIMARES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as unidades da federação. Brasília: OIT, 2012. 376 p. Disponível em <[http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/relatorio\\_trabalho\\_decente\\_880.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/relatorio_trabalho_decente_880.pdf)>. Acesso em 22 abr. 2013.

IBGE. Instituto Nacional de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**: Brasil e grandes regiões. PNAD, mão de obra: 1989. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

KARINO, M. E.; MARTINS, J. T.; BOBROFF, M. C. C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 2, p. 395-400, abr./jun. 2011.

LIMA, R. C.; VICTORA, C. G.; DALL'AGNOL, M. et al. Associação entre as características individuais e socioeconômicas e os acidentes do trabalho em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 569-580, 1999.

LOPES, B.; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. **Políticas públicas**: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae, 2008.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. Disponível em: <[http://www.professores.uff.br/jorge/polit\\_intro.pdf](http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf)>. Acesso em: 08 fev. 2012.

MAENO, M; CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, R.; CAMPOS, A. C. C. Saúde e segurança no trabalho informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 209-223, jul-set. 2004.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 25: 341-349, 1991.

MENEZES, P. F. M. **Saúde do trabalhador: ratificação do capitalismo contemporâneo e sua materialidade no limite da esfera pública**. 2007. Disponível em: <<http://www.onda.eti.br/revistaintercambio/conteudo/arquivos/1801.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

MINAYO, M. C. S (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. Mortes violentas no Brasil de 1980 a 2005. **Divulg. Saúde Debate**, n. 41, p. 23-35, 2008.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe epidemiológico do SUS**. 2001.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistema de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

NOBRE, L. C. C. **Estudo referente à utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nos sistemas de informações em saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Representação no Brasil da Organização Mundial da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Perfil dos principais atores envolvidos no trabalho escravo no Brasil.** Brasília: OIT, 2011.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-67, 2003.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PEREIRA, E. S. Ministério da Previdência Social: fontes de informação para a saúde e segurança do trabalhador no Brasil. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (orgs.). **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores.** Brasília: Ipea, 2011. p. 201-232.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO R. A.; CARVALHO D. M.; BLOCK K .V. et al. (orgs.). **Epidemiologia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

RABELLO NETO, D. L. R.; GLATT, R.; SOUZA, C. A. V. et al. As fontes de informação do Sistema Único de Saúde para a saúde do trabalhador. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (orgs.). **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores.** Brasília: Ipea, 2011. p. 233-288.

REIS, A. V.; MACHADO, A. L. **Acidentes com máquinas agrícolas: texto de referência para técnicos e extensionistas.** Pelotas, RS: Universitária UFPEL, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 40.222 de 02 de agosto de 2000. Institui o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, e dá outras providências. Disponível em < [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000565\\_Decreto%20Estadual%20n%C2%BA%2040222\\_2000%20SIST.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000565_Decreto%20Estadual%20n%C2%BA%2040222_2000%20SIST.pdf)> Acesso em 02 jan 2013.

RIO GRANDE DO SUL. SES/RS – Secretaria Estadual da Saúde - RS. **Sistema de informação em saúde do trabalhador**. Porto Alegre: SES, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

\_\_\_\_\_. Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul – FAMURS. **Informações municipais**, 2008. Disponível em: <<http://www.famurs.com.br/index.php/municipios/informacoes-municipais>>. Acesso em: 01 abr 2013.

SAKAMOTO, L. (coord.). **Brasil livre de trabalho infantil**: contribuições para o debate sobre a eliminação das piores formas do trabalho de crianças e adolescentes. Repórter Brasil – Organização de Comunicação e Projetos Sociais. São Paulo: Repórter Brasil, 2012.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. p. 175-204. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2008\\_web\\_20\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2011.

SANTOS, A. R. M. O Ministério do Trabalho e Emprego e a saúde e segurança no trabalho. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (orgs.). **Saúde e segurança no trabalho no Brasil**: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: Ipea, 2011. p. 21-76.

SCHLOSSER, J. F.; DEBIASI, H.; PARCIANELLO, G.; RAMBO, L. Caracterização dos acidentes com tratores agrícolas. **Ciência Rural**, Santa Maria, RS, v. 32, n. 6, p. 977-981, 2002.

SENAC. DN. **Ética e trabalho**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 1997.

SILVA, A. S., LAPREGA M. R. Avaliação crítica do sistema de informação da atenção básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1821-1828, nov.-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/21>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, E. S. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SOUZA, C. A. V.; MACHADO, J. M. H. Ministério da Saúde: a institucionalidade da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (orgs.). **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores**. Brasília: Ipea, 2011. p. 89-112.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista Políticas Públicas**, 2002.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 421p. 2007. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

VIANA, D. Conheça a história da CLT, que modernizou a legislação em 43. **Folha de São Paulo**, 2001. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u36226.shtml>>. Acesso em: 27 nov. 2011.