

7

Os 20 anos da saúde do
trabalhador no Sistema
Único de Saúde do Brasil:
limites, avanços e desafios

Vilma Sousa Santana, Jandira Maciel da Silva

Sumário

7 Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios	175
Resumo	177
Introdução	177
Revisão de literatura	178
Métodos	182
Resultados e discussão	183
Conclusões	198
Agradecimentos	202
Referências	202

Resumo

Objetivos: Descrever a trajetória da incorporação da Saúde do Trabalhador no SUS, ao longo de sua história, utilizando-se as dimensões de oferta, cobertura, utilização e impacto. Apresentam-se: a situação antes do SUS e os marcos legais e institucionais.

Métodos: Estudo ecológico cuja unidade de observação foram os anos calendários entre 1988 e 2008. A literatura foi buscada no Scielo, Lilacs, Medline, Google Scholar, Fundacentro, Observatório em Saúde do Trabalhador e Capes. Utilizaram-se as palavras chave “medicina do trabalho no SUS”, “saúde do trabalhador no SUS”, “saúde do trabalhador na rede básica”. Consultaram-se também pesquisadores e gestores. **Resultados:** Verificou-se um expressivo avanço na consolidação da Saúde do Trabalhador sob a responsabilidade do sistema público de saúde do País, na perspectiva da Saúde Pública, com ênfase na prevenção, e também na promoção da saúde, em contraponto ao modelo médico-assistencial vigente antes de 1988. Este processo contou com a participação crescente da sociedade, conforme demonstrado nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. Implantaram-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, a notificação compulsória, e protocolos de procedimentos para agravos à saúde relacionados com o trabalho. A capacidade instalada, a formação de pessoal qualificado, e o escopo de ações sob a responsabilidade do SUS vêm sendo ampliados, e todas as unidades da federação estão envolvidas. **Conclusões:** É necessária a urgente superação da subnotificação de casos, e implementar o registro das atividades da Renast e, em especial, definir uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, com a garantia dos recursos necessários à execução, avaliando-se sistematicamente o seu desenvolvimento.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, serviços de saúde do trabalhador, impacto dos serviços de saúde do trabalhador.

Introdução

O trabalho, além de ser parte expressiva do cotidiano e crucial na constituição da subjetividade e da identidade social dos indivíduos e das coletividades, é fundamental para a reprodução social da humanidade ao sustentar, entre outros aspectos, a produção econômica de uma sociedade. Estudos mostram que em relação à saúde, o trabalho pode ser destrutivo, benéfico, ou ambos, podendo operar de modo distinto, de acordo com o momento histórico e com a organização dos trabalhadores¹, e que é um importante determinante no processo saúde e doença². A Saúde do Trabalhador compreende a produção de conhecimento, a utilização de tecnologias e práticas de saúde, seja no plano técnico ou político, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, sejam de origem ocupacional ou relacionada ao trabalho. É importante componente da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, distinguindo-se por suas marcantes particularidades, como os conflitos entre empregados e empregadores e tensões entre a esfera pública e privada. Daí o papel

fundamental e especial do Estado, das organizações dos trabalhadores e movimentos sociais na estruturação e desenvolvimento da Saúde do Trabalhador.

No Brasil, a Saúde do Trabalhador, entendida como campo de práticas apoiadas no modelo da Saúde Pública, se disseminou mais intensamente com o Movimento da Reforma Sanitária e se desenvolveu mais amplamente a partir da promulgação da nova Constituição do País em 1988, e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)³. A descrição desse processo de incorporação da Saúde do Trabalhador ao longo do desenvolvimento e consolidação do SUS é o que se apresenta neste estudo, utilizando-se as dimensões de oferta, cobertura, utilização e impacto dos serviços específicos, sugeridos pelos organizadores deste livro. Diante da relevância dos aspectos históricos que envolveram esse processo, para a sua adequada compreensão, apresenta-se uma revisão de literatura sobre as ações de saúde do trabalhador antes do SUS, identificando-se os marcos legais e institucionais que ocorreram entre 1988 e 2008. Todavia, como a responsabilidade institucional da Saúde do Trabalhador no País é exercida de modo compartilhado entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, as ações se desenvolvem focalmente ou em âmbito universal, ou ainda intersetorialmente. Portanto, fica difícil estabelecer um quadro completo a partir da perspectiva de uma única instituição como o SUS. Vale notar que, as já mencionadas particularidades dessa área do conhecimento repercutem também na produção, disponibilidade, abrangência e qualidade dos dados disponíveis para a análise empírica das dimensões estabelecidas, limitando, conseqüentemente, o escopo das informações apresentadas.

Revisão de literatura

Na primeira metade do século XIX, durante a Revolução Industrial teve início o primeiro serviço de Medicina do Trabalho na Inglaterra com a função de prover assistência médica aos trabalhadores⁴. Nesta mesma época, em resposta a pressões do movimento trabalhista, foi criada a “Inspetoria de Fábricas” que era um órgão estatal responsável pela verificação de como a saúde do trabalhador estava sendo protegida contra os agentes de risco e agravos⁵. Entretanto, essas atividades foram sendo apropriadas por empresas, principalmente com a organização e incorporação da Medicina do Trabalho, que assumiram a responsabilidade pelas ações de diagnóstico e tratamento, de prevenção de fatores de riscos e de proteção à saúde dos trabalhadores. Neste contexto, coube ao Estado o papel de regulador das condições e das relações de trabalho, desenvolvendo políticas centradas na inspeção dos locais de trabalho. Este modelo se reproduziu com nuances distintas em diversos países, dependendo, principalmente, do nível de forças nos enfrentamentos entre empregadores e organizações sindicais.

No Brasil, antes da criação do SUS, o cuidado à saúde dos trabalhadores era predominantemente assistencial. No início do século XX, cerca de metade das fábricas registradas no Estado de São Paulo dispunha de serviços médicos voltados para atividades

curativas⁶, custeados parcialmente pelos trabalhadores. De acordo com relatos da época, grande parte dos problemas de saúde dos trabalhadores eram as chamadas “doenças da pobreza”, consideradas como fator de comprometimento da produtividade. O crescimento do processo de industrialização e a necessidade de garantia de produtividade de parte dos empresários, juntamente com a grande mobilização dos trabalhadores, organizados em sindicatos, levaram a que esses serviços se expandissem dando origem às Caixas de Aposentadorias, precursoras dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's)⁷. Estes, além de prover atenção médica, também concediam benefícios relativos à compensação securitária. A idéia de prevenção era mínima, focalizada na realização de exames médicos admissionais⁶ para a garantia da seleção dos mais saudáveis.

Em 1943, foi assinada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que estabeleceu dispositivos sobre a garantia da Segurança e Medicina do Trabalho, tornando-os obrigatórios nas empresas de grande porte, contribuindo para a expansão desses últimos serviços. Todavia, a incorporação destes serviços foi lenta, como demonstrado em um estudo de 1954, segundo o qual dentre 3.001 fábricas apenas 4,1% contavam com médico na empresa. A análise detalhada de 43 dessas empresas do estado de São Paulo mostrou que grande parte desses serviços de medicina do trabalho estava subordinada aos setores de pessoal, com instalações precárias, oferecendo ações ainda “essencialmente curativas e clínico-assistencialistas”⁸. Na década seguinte, outro estudo com empresas relatou que apenas 72,4% tinham Comissões Internas de Prevenção dos Acidentes (Cipa's), e somente 39,2% realizavam investigação de acidentes de trabalho e adotavam medidas de prevenção⁵. As Cipa's, geralmente coordenadas por representantes do patronato, eram descritas como de papel apenas cartorial, comumente cooptadas pelos empregadores. Naquele contexto histórico, os trabalhadores tinham limitado poder de pressão devido à força das ameaças de retaliações^{6,9}.

Mais tarde, nos anos 70, a atenção à saúde do trabalhador continuava polarizada pela provisão de assistência médica e a concessão de benefícios sociais, que à época, estavam sob a responsabilidade do recém criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão instituído a partir da junção dos diversos IAP's existentes na década de 60⁷. Logo depois, criou-se o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (Inamps), responsável pela assistência médica dos trabalhadores segurados e financiador da maioria da assistência médica do País (90%), seja por meio de serviços próprios, contratados ou conveniados. Oferecia ainda, ações de proteção social, através de um sistema de compensação salarial para incapacidade para o trabalho, ocupacionais ou de outras causas. Essa ampla participação na provisão de serviços assistenciais, como era de se esperar, não redundava em bons indicadores de saúde dos trabalhadores. O Brasil apresentava um grande número de vítimas de acidentes e doenças do trabalho⁶, levando o INPS a exigir maior atuação do Ministério do Trabalho na fiscalização das empresas, focalizando, especialmente, medidas de prevenção. As respostas a essa demanda se concentraram na formação de pessoal, criando-se programas de especialização para médicos do trabalho e engenheiros de segurança. Entre 1973 e 1976, formaram-se 40.000 especialistas, sendo

7.500 médicos do trabalho e 7.000 engenheiros de segurança, que se juntaram a outros profissionais, como enfermeiros do trabalho e pessoal técnico especializado. Ainda nessa época, foram criados os Centros de Reabilitação do INPS que ofereciam serviços especializados para trabalhadores com incapacidade, que em 1982, compreendiam 14 centros e 16 núcleos de reabilitação, distribuídos em todo o país⁷.

Estes avanços, todavia, contrastaram com um fato que por sua importância histórica merece menção. Nos anos 70 foi aprovado o Plano de Pronta Ação do INPS que transferia para as empresas a realização de perícias médicas, a concessão de licenças, e benefícios. Ao aderirem a essa estratégia, as empresas obtinham renúncia fiscal de 20% sobre a contribuição do Seguro Acidente do Trabalho, SAT. Antes da sua implantação, os benefícios sem afastamento representavam 39% das concessões nas clínicas da Previdência, mas aumentavam para 95% nos serviços médicos conveniados pelas próprias indústrias. Em 1975, eram 6.000 destes serviços, e a consequência mais visível e imediata desta privatização, assumida principalmente pelas empresas empregadoras, foi uma falsa redução do número e incidência de acidentes e doenças ocupacionais, do número de casos sem afastamento e do tempo de afastamento médio de trabalhadores. Estes dados foram divulgados pelo Ministro do Trabalho como resultado das medidas de prevenção que haviam sido “implementadas” pelas empresas. Mas autores como Picaluga⁹ e Possas⁶ identificaram e documentaram a grosseira manipulação dos fatos, o que causou grande repercussão na mídia e no meio acadêmico.

Mesmo as ações envolvidas no exercício da Medicina do Trabalho, pautada na assistência, não tinham um desempenho satisfatório. Exemplo disso é a constatação de que diagnósticos de doenças vinculadas às condições de trabalho, i.e., com o nexo causal ocupacional, ocorriam apenas em São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. Consequentemente, benefícios acidentários por incapacidade temporária se concentravam em acidentes típicos, que representavam 98,3% em 1971, reduzindo-se para 95,9% em 1980⁹. Na década de 80, estimava-se em mais de 4.000 o número de médicos que prestavam cuidados de Medicina do Trabalho para o INPS, contratados, credenciados ou empregados de clínicas credenciadas, ou prestando serviços a sindicatos. Vale notar a expressiva participação dos sindicatos (n=728) na prestação de assistência médica previdenciária, que abrangia cerca de seis milhões de trabalhadores⁷. Apesar de todas essas ações, permanecia uma grande insatisfação, tanto por parte dos trabalhadores quanto dos empregadores, e da própria Previdência Social, culminando em uma crise não apenas de modelo de oferta de cuidado, mas também financeira, devido ao excessivo aumento dos custos e complexidade da gestão do sistema. Ao mesmo tempo, estava em curso no Brasil um forte movimento pela Reforma Sanitária, que se opunha ao modelo fragmentado, assistencialista e excludente da Previdência Social, propondo a saúde como um direito e dever do Estado, e no qual participavam sindicatos que contribuíram com a inclusão nas discussões, dos problemas e necessidades da saúde do trabalhador. Nessa época já se reconhecia a fragilidade da divisão de competências institucionais com o Ministério do Trabalho, que tratava das condições e ambientes de trabalho, enquanto a Previdência

ficava com os aspectos periciais e de pagamento de benefícios, contando com 885 postos de benefícios e dispondo de médicos peritos em 400 deles. Enquanto isso o Ministério da Saúde provia a assistência aos trabalhadores vítimas de acidentes ou doenças do trabalho, e algumas secretarias de estado iniciavam, como em São Paulo, a atuação na prevenção por meio de estratégias de vigilância¹⁰.

A incorporação da lógica da Saúde Pública, de prevenção de riscos e de promoção da saúde com a participação dos trabalhadores, em uma perspectiva coletiva, constituindo o que se denomina como Saúde do Trabalhador, efetivou-se no país a partir da criação do SUS, em 1988. Nessa construção o Estado de São Paulo teve papel de destaque, tendo em vista que no início da década de 80 um movimento instituído pelos trabalhadores atuou na criação de serviços públicos de Saúde do Trabalhador em vários municípios do estado. Isto também ocorreu em outros Estados brasileiros, a exemplo da concepção e implantação do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Fiocruz, Cesteh/Fiocruz, que inovava com a idéia de articulação com o meio ambiente. Cabe ainda destacar a criação do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho, INST, a partir de uma cooperação técnica com a Centrale Generale dei Laboratori, CGL e a Central Única dos Trabalhadores, CUT. E também a criação, em 1980, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, Diesat, a partir de 48 entidades sindicais e seis federações de trabalhadores. Desde então, estes dois órgãos se tornaram importantes articuladores da luta pela Saúde do Trabalhador. Todas essas ações voltavam-se para a oferta de uma alternativa real de assistência pública à saúde do trabalhador, de compartilhamento das informações e de atenção aos fatores de riscos ocupacionais, inclusive a compreensão de que o interior das fábricas era de interesse público e vital para a sociedade¹¹.

Em síntese, antes da criação do SUS, o cuidado dos problemas de saúde do trabalhador era desenvolvido, disciplinarmente, pela Medicina do Trabalho, pela Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, realizada pelos respectivos especialistas, em serviços próprios de empresas e em alguns sindicatos. Também alguns estados e municípios já desenvolviam algumas ações em Saúde do Trabalhador na perspectiva da saúde pública e da saúde coletiva. Do ponto de vista institucional, o Ministério da Previdência Social ocupava-se de atividades de perícia médica e de concessão de benefícios e o Ministério do Trabalho das ações de inspeções e fiscalizações dos ambientes e locais de trabalho. A prevenção dos problemas de saúde dos trabalhadores era tímida e fragmentada, conduzida na perspectiva da Engenharia de Segurança, com pequena participação dos trabalhadores. A Reforma Sanitária incorporou a Saúde do Trabalhador nas suas propostas, dando lugar e voz a um movimento de reivindicações que ecoava tendências já em desenvolvimento em países industrializados, liderados pela Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial de Saúde.

Métodos

Este estudo compreende uma revisão de literatura e um estudo ecológico, com dados do período entre 1988 e 2008, com o objetivo de delinear a 1) oferta, 2) utilização e 3) cobertura de serviços de Saúde do Trabalhador no SUS, bem como o seu 4) impacto epidemiológico. A revisão de literatura foi realizada com busca no sistema Scielo, Lilacs e Medline, empregando-se as palavras chave “medicina do trabalho no SUS”, “saúde do trabalhador no SUS”, “saúde do trabalhador na rede básica”. Buscaram-se também referências no Google Scholar, e nos sítios da Fundacentro, Observatório em Saúde do Trabalhador, banco de teses da Capes, além de consultas a pesquisadores e gestores da Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Ceres’t’s, para a identificação de relatórios ou outros documentos não publicados. Os textos foram selecionados com base nos seguintes critérios: apresentassem dados sobre as dimensões em análise, de estudos populacionais, ainda que tenham sido realizados com amostras, e que apresentassem dados por ano calendário no período de interesse. Não foram encontrados textos que sistematizassem dados sobre oferta de atividades dos serviços ou demanda atendida, especialmente para o período até o ano 2002, quando se iniciou a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast.

Para o estudo ecológico, a população de referência foi a economicamente ativa e ocupada, PEAO, que representa o total de trabalhadores ocupados do país, limitando-se para a faixa entre 10 e 65 anos, devido à disponibilidade dos dados. Esta população representa trabalhadores no exercício de alguma atividade, excluindo-se os que se encontravam a procura de emprego. Como a grande maioria dos dados restringe-se a trabalhadores segurados, a abrangência de alguns indicadores é parcial. As fontes de dados foram a Relação Anual de Informações Sociais, RAIS, e bases disponíveis nos sítios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, MPS, MTE e MS, especificamente da Rede Interagencial de Informações para a Saúde, RIPSAs, que emprega dados da Previdência Social. A unidade de observação foi o ano calendário, e todos os dados foram agregados e censitários.

Outros dados necessários para a estimativa de indicadores nas quatro dimensões de análise são raros ou inexistentes, especialmente para o longo período do estudo. Essa carência de registro é particularmente visível para as ações desenvolvidas pelas unidades do SUS, e em particular para os Ceres’t’s. Para a dimensão Oferta de Serviços, foram considerados dados sobre o número, data da implantação e região dos Ceres’t’s, estaduais, regionais e municipais, e da existência de notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, para 2008. Esses dados foram cedidos pela Cosat¹² e ainda não estão disponibilizados. Dados sobre a Utilização de Serviços de Saúde do Trabalhador no SUS se limitam a algumas unidades e anos calendários esparsos e não puderam ser utilizados. Procedimentos não são registrados com o código do diagnóstico ou especialidade médica de modo a permitir análise específica. Somente foi possível o

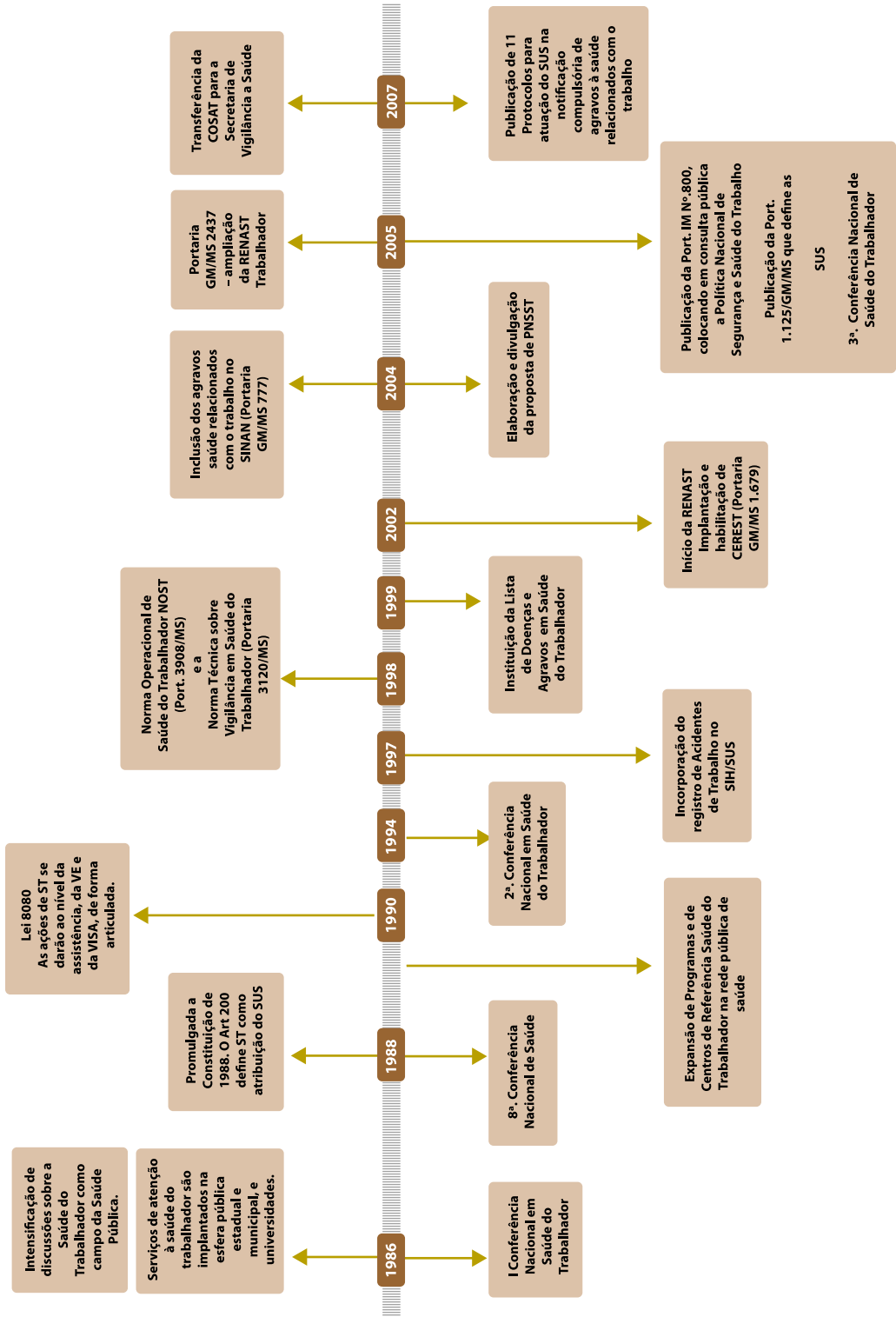
uso de alguns dados do Sistema de Internações Hospitalares, SIH/SUS, para o cálculo de medidas sobre hospitalizações por acidentes de trabalho e por pneumoconioses. Gastos correspondem aos valores registrados dos custos com hospitalizações e atendimento ambulatorial para doenças e agravos ocupacionais publicados. Resultados de estudos de base populacional com dados primários, ainda que restritos a regiões ou áreas urbanas, que estavam disponíveis foram também empregados. Para a dimensão Cobertura, não foi possível estimar indicadores específicos, pois embora os Cerest's tenham área de abrangência, esta informação não se encontra sistematizada e disponibilizada para a análise, com os respectivos números de trabalhadores e empresas existentes e cobertos por ações ou programas específicos. O Impacto foi analisado por meio da variação proporcional relativa dos indicadores de morbidade e mortalidade por acidentes e doenças do trabalho, e exposição à sílica, durante o período do estudo, ressaltando-se as limitações relativas a conclusões possíveis com esse tipo de evidência empírica.

As medidas utilizadas foram proporções, como o coeficiente de mortalidade, geral e específico, a prevalência e o coeficiente de incidência, a letalidade geral e hospitalar, e razões como a Cerest/população ocupada. A variação proporcional de medidas de morbimortalidade foi calculada para o ano calendário mais anterior e o último, em porcentual. Não foram utilizados dados individuais e privados, os dados são públicos e anônimos, ou reproduzem dados publicados de outras pesquisas, não havendo a necessidade de submissão do protocolo a Comitê de Ética em Pesquisa. A apresentação dos resultados neste estudo garante o anonimato de trabalhadores, instituições específicas e empresas.

Resultados e discussão

Na Figura 7.1 apresentam-se, em uma linha de tempo, marcos históricos para o processo de incorporação e institucionalização das ações em Saúde do Trabalhador no SUS. Já no início nos anos 80, surgiram alguns serviços de atenção à saúde do trabalhador, como os Programas de Saúde do Trabalhador, PST, e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, CRST, em vários municípios e estados do país, em universidades e sindicatos. Estes serviços realizavam ações de assistência, de vigilância e de formação/capacitação de pessoal. Em dezembro de 1986, realizou-se a 1ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, da qual participaram representações de 20 estados, e que redundou em ampla adesão ao projeto de construção do SUS por parte dos sindicatos. Apoiaram-se o princípio da saúde como direito e, a partir de um diagnóstico da situação de saúde, a elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador que apresentasse alternativas ao modo de atenção existente (Tabela 7.1). Após 1988, deu-se início ao processo de institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS com a expansão dos PST e dos CRST já existentes. Logo depois, em 1990, publicou-se a Lei nº 8080, que define a abrangência das ações em Saúde do Trabalhador no SUS, em assistência, vigilância, promoção, informação, ensino e pesquisa.

Figura 7.1 Linha do tempo das ações em Saúde do Trabalhador (ST) no SUS, 1986-2008.



Mais tarde, em 1994, realizou-se a 2ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador que abrangeu quase todas as unidades da federação, e foi coordenada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, com participação da Central Única dos Trabalhadores, a CUT. O foco da discussão continuou sendo a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, incluindo questões do meio ambiente. As propostas mais importantes, todavia, ainda eram: a unificação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, a superação da dicotomia prevenção e cura, e a adoção de processos paritários e não tripartites na tomada de decisão (Tabela 7.1). Três anos depois, publicou-se a Portaria GM/MS n. 142¹³, que ao regulamentar o preenchimento das Autorizações de Internação Hospitalar, AIH, por causas externas, incluiu um campo para Acidentes de Trabalho, dando início ao esforço de melhoria do registro de agravos ocupacionais nas estatísticas do SUS. Em 1998, publicaram-se as Portarias MS n. 3.120/98¹⁴ e 3.908/98¹⁵, que contribuíram para a organização da vigilância e das demais ações nos serviços de Saúde do Trabalhador, considerando os diversos níveis de gestão do SUS. Para melhorar a qualidade do registro e o reconhecimento dos agravos e doenças relacionadas com o trabalho, foi publicada a Port. MS n. 1.339/1999¹⁶, que instituiu a lista destas patologias. Em 2002 foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast¹⁷, posteriormente ampliada e fortalecida através da Portaria nº 2.437¹⁸. A Renast dá sequência a um conjunto de ações de saúde do trabalhador iniciadas ao longo dos anos 80. O principal objetivo desta rede é o de articular ações de saúde do trabalhador na perspectiva da intrasetorialidade, voltadas à assistência, à vigilância, e promoção da saúde, visando garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores. Tem também como objetivo articular ações intersetoriais, estabelecendo relações com outras instituições e órgãos públicos e privados, como universidades e instituições de pesquisa. A Renast está estruturada a partir da atuação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Cerest, de abrangência estadual, regional e municipal, este último, especificamente, nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo. As práticas destes centros são muito diferenciadas entre si, em função, dentre outros aspectos, do perfil de cada região. Mas todos eles desenvolvem ações de prevenção e promoção da saúde, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação física, de vigilância dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores. Essas ações são realizadas diretamente pelo próprio Cerest, como também, por meio da articulação com a rede de atenção à saúde do SUS. Recebem financiamento do Fundo Nacional da Saúde, de R\$ 30 mil mensais para serviços regionais e R\$ 40 mil mensais para as unidades estaduais. Ressalte-se que compõem ainda a Renast uma rede de serviços sentinela, de média e alta complexidade, capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

Um marco regulatório importante é a Portaria n. 777¹⁹ que dispõe sobre a notificação compulsória de 11 agravos ocupacionais e relacionados com o trabalho. São eles: acidentes de trabalho fatais, acidentes de trabalho com mutilações, com exposição a material biológico, acidentes de trabalho de qualquer tipo em crianças e adolescentes, as dermatoses ocupacionais, a perda auditiva induzida pelo ruído, às intoxicações exógenas

(por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), lesões por esforços repetitivos/distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho, pneumoconioses como a silicose e a asbestose, transtornos mentais e o câncer. Foi também em 2004, que foi elaborada e divulgada, para discussão, uma proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), fruto de um trabalho conjunto dos Ministérios da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego. O processo de construção da PNSST contou com ampla participação de vários atores sociais, tendo sido realizados seminários, oficinas e consulta pública por meio da Internet. Seu propósito principal é a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a execução de ações intra e intersetoriais de promoção, vigilância e assistência à saúde. Esta PNSST foi colocada em consulta pública em maio de 2005²⁰ não sendo até o momento conhecido o seu resultado. Já as diretrizes da Política de Saúde do Trabalhador para o SUS²¹ compreendem a implementação da atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da sociedade na gestão dessas ações.

Em novembro de 2005, realizou-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, após um amplo processo de debates conduzido em várias conferências municipais, regionais e estaduais, em todas as unidades da federação, reflexo da já então criada Renast e sua capilaridade. Este processo envolveu cerca de 100.000 pessoas em todo o País. Além disso, importante para a consolidação das ações do SUS na vigilância à saúde do trabalhador foi a transferência da Cosat em 2007, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Cosat/Dapes/SAS) para a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do mesmo Ministério da Saúde. Atualmente compõe, juntamente com a saúde ambiental, a Diretoria de Vigilância à Saúde Ambiental e de Vigilância à Saúde do Trabalhador. Embora esta nova conformação não tenha sido formalizada, abriu a perspectiva de institucionalização da vigilância dos ambientes do trabalho no SUS, que pode significar uma inflexão expressiva na direção da prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde, consolidando de fato a incorporação da Saúde do Trabalhador, em sua essência, no sistema público de saúde do País.

Em relação à participação da sociedade na formulação e pactuação das políticas do SUS em Saúde do Trabalhador, a Tabela 7.1 resume os principais eventos, as já mencionadas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST). Na 1ª CNST a participação foi de 399 delegados, a maior parte (46%) formada por profissionais de ST e outras áreas, todos representando o Estado, seguida pelos trabalhadores (40%). Na 2ª Conferência houve um crescimento de 41% no número de delegados, chegando a 563, e aumentando grandemente a participação de organizações dos trabalhadores (67%). A 3ª Conferência contou com 1.241 pré-conferências em municípios, regiões e estados, 1.500 delegados e representantes de 590 municípios²², com a maioria de participantes oriunda da economia informal ou de empregados sem vínculo formal de trabalho²³ (Tabela 7.1). Esta última CNST foi seguida por um trabalho inédito de devolução das propostas, por

meio de oficinas realizadas com o controle social em 22 estados. Infelizmente, o relatório publicado da 3ª CNST apresenta apenas as propostas aprovadas pela plenária, não tendo sido disponibilizados dados sobre participantes e contexto que poderiam, como para as anteriores, informar sobre o significado do evento em si.

Tabela 7.1 Participação e propostas principais das Conferências Nacionais em Saúde do Trabalhador no Brasil.

Especificação	Conferência		
	1ª CNST (17-23/03 de 1986)	2ª CNST (13-16/03 de 1994)	3ª CNST (24-26/11 de 2005)
Coordenação / instituições	Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência e Ministério da Educação	Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social
Temário Linhas de Discussão	Saúde como Direito; Reformulação do sistema de saúde e Financiamento do setor 1. Diagnóstico da situação de saúde 2. Novas alternativas de atenção em ST 3. Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST)	Construindo uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador 1. Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde 2. Cenário da ST em 1986 e 1993 3. Estratégias de avanço na construção da PNST	Trabalhar sim, adoecer não! 1. Políticas de integralidade e intersetorialidade 2. Desenvolvimento sustentável 3. Controle social
Descentralização Conferências Estaduais	20 estados	24 estados	26 unidades federadas
Participantes	526 (app. 700, com os convidados, membros da organização e relatores)	900 participantes	100.000
Delegados	399 (100%)	563	1.500
Profissionais ST/ e do Estado	162 (46,0%)	169 (30%)	48,7%
Sindicatos	183 (40%)	377 (67%)	Não registrado
Movimentos Sociais	Não registrado	Não registrado	Não registrado
Professores/ pesquisadores	36 (9%)	Não registrado	Não registrado
Observadores	127	323	Não registrado
Outros	Políticos (3,1%, empresários e 3% de outras categorias)	07 (3%) de empregadores	Trabalhadores informais (11,3%)
Proposições principais			
1ª	Defesa do SUS	Unificação das ações de ST no SUS	Integração entre o MS, MTE e MPS e cobertura universal integrando trabalhadores informais ao sistema
2ª	Fortalecimento do setor público	Superação da dicotomia prevenção/cura	Participação dos trabalhadores nas políticas do MTE e MPS
3ª	Ampla Reforma Sanitária	Processo paritário Estado/trabalhadores	Implantação Nexo Técnico Epidemiológico pela Previdência para inversão do ônus da prova no estabelecimento do nexo ocupacional

Fontes: Relatórios da 1ª, 2ª e 3ª. Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. Coimbra D & Milani A, 2005.

Uma das principais estratégias adotadas visando à consolidação da atenção à saúde do trabalhador no SUS vem sendo a formação de profissionais. Isto tem se dado, tanto por meio do fomento de cursos de especialização em Saúde do Trabalhador, quanto do oferecimento de cursos curtos de extensão e capacitação. Em recente pesquisa²⁴, foram levantados os cursos de especialização em Saúde do Trabalhador no País, identificando-se seis cursos entre 1986 e 2006, quatro presenciais e dois a distância. Entre 2006 e 2008 foram criados 12 cursos, sendo a maioria (n=9) de natureza privada. Todavia, dentre os cursos públicos, destaca-se pela quantidade de alunos o oferecido pela Fiocruz com financiamento do MS, que titulóu 380 alunos, em 19 turmas em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde, nos estados do Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima, Paraná e Tocantins. Os cursos de especialização presenciais totalizaram 290 alunos (dados disponibilizados pela Cosat). Em alguns estados vêm sendo realizados concursos específicos para a contratação de profissionais para esta área do conhecimento, o que estimula o surgimento de candidatos para estes cursos. Todavia, ressoante-se ainda da falta de uma carreira específica no SUS para a Saúde do Trabalhador, e a falta de estabilidade dos vínculos contratuais do pessoal dos Cerest's mantidos pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Oferta e cobertura de serviços em Saúde do Trabalhador pelo SUS

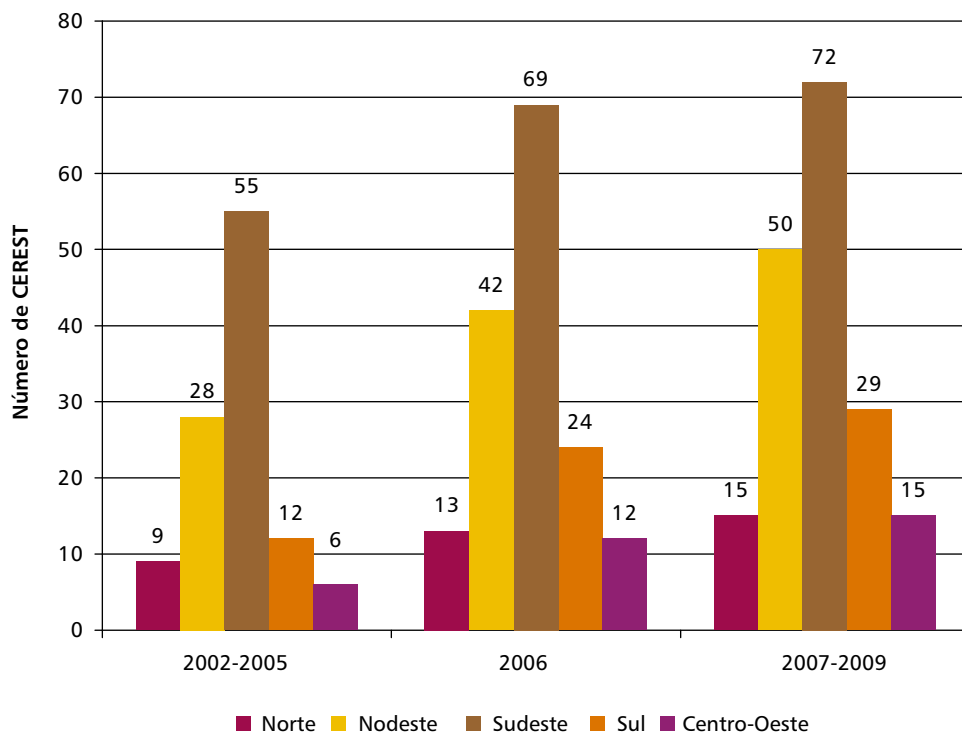
Em 2000, antes do início da Renast, a oferta de serviços de Saúde do Trabalhador no SUS compreendia serviços de referência em âmbito estadual, abrangendo todos os estados da federação, a exceção do Pará²⁵. Em alguns estados havia Núcleos de Saúde do Trabalhador, Nusat, com funções semelhantes aos atuais Cerest. Havia também redes, dos então denominados Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, CRST, e, especialmente em São Paulo havia Programas de Saúde do Trabalhador e serviços públicos de Medicina do Trabalho, dentre outros^{11,25}. No estudo de Lacaz et al²⁵ foram encontrados 183 serviços relacionados à Saúde do Trabalhador, sendo a maioria localizada na região Sudeste (51,4%), seguida pelo Nordeste (9,8%), ficando as demais com cerca de 3,3%.

A Renast teve início em 2002, quando começou a habilitação formal dos Cerest's estaduais, regionais e municipais (Figura 7.2). De acordo com o Plano Plurianual, a implantação seguiria até o final de 2007, mas se estendeu até 2008, com a perspectiva de continuar em 2009 para o cumprimento da meta de habilitação de 200 Cerest's. Para a distribuição destes 200 Cerest's foi considerada a população total do país, por macro região e por unidade da federação (Anexo VII da Portaria 2.437¹⁸). Em dezembro de 2008, os Cerest's habilitados eram 15 na região norte, 52 na nordeste, 72 na sudeste, 22 na sul, e 12 na centro-oeste. Até o final de 2008, encontravam-se habilitados 173 Cerest's em todo o País, faltando, portanto, 27, para se atingir a meta proposta. A Figura 7.2 mostra a distribuição destes 173 Cerest's por período e região, verificando-se que houve um crescimento do número dessas unidades, especialmente na região sul que passou de 12 para

29, crescimento de 142% e na região centro-oeste que passou de 6 para 15, aumento de 150%. Foram menores os crescimentos na região centro-oeste (66,7%), nordeste (78,6%) e sudeste (30%), sendo que nesta última o patamar de início já era bem elevado (n=55) passando a 72 em 2007-2008.

Alguns estados contam também com uma coordenação de Saúde do Trabalhador nas secretarias de saúde dos estados, que acumula, ou não, o cargo de direção do Cerest estadual. A região com maior número de Cerest habilitados é a Sudeste (n=72), seguida pela Nordeste (N=52), a Sul (n=22), a Norte (n=15) e a Centro-Oeste com 12. A Tabela 7.2 mostra a distribuição dos Cerest habilitados, por região e unidade da federação. Observa-se que para a população economicamente ativa ocupada (PEAO) de 89.318 mil pessoas no Brasil, estes Cerest's correspondem à razão de 0,19:100.000. Observa-se também, uma importante variação deste indicador entre as cinco macrorregiões do país, principalmente, se comparado à PEAO de cada uma. Assim, embora a regiões Norte e Centro-Oeste apresentem os menores números em relação à população ocupada, é a região Norte que apresenta a melhor relação Cerest:população ocupada, apresentando uma razão de 0,22:100.000, maior que a média nacional. Comparado ao Sudeste, a região Centro-Oeste tem pouco mais de 16% da PEAO. Entretanto, ambas têm uma razão de 0,19 Cerest para cada 100.000. A região Nordeste apresenta uma situação mais equilibrada, à medida que sendo a segunda em termos de população ocupada, apresenta a razão número de Cerest: 100.000, pouco maior que a média nacional. Já a região Sul, apresenta um quadro mais preocupante. Embora possua 16,3% da população ocupada do país, dispõe de apenas 12,8% dos Cerest's, defasagem devida, principalmente, à baixa oferta do Paraná (0,09). Quanto aos estados, o de menor razão Cerest: população ocupada é o Paraná (0,09), seguido pelo Amazonas e Amapá (0,12), Pará e Piauí (0,13), a maioria na região Norte. O Distrito Federal embora tenha baixa razão (0,09), a menor do País, tem a sua área geográfica limitada e deve ser considerado separadamente. Embora o estado que apresenta a melhor oferta seja Roraima, com uma razão de 0,52:100.000 trabalhadores ocupados, o estado de São Paulo é o que concentra o maior número de Cerest's do país, com 24,2% do total, o que parece refletir tanto a maior densidade da produção industrial brasileira, como também a sua história de precursor deste tipo de serviço público de saúde, bem como o maior dinamismo e força dos sindicatos. Todo este quadro tende a ser alterado à medida que os 27 Cerest's restantes forem habilitados.

Figura 7.2 Número cumulativo de Cerest habilitados por período e região do país.



Fonte: COSAT/SVS/MS

Tabela 7.2 População Ocupada¹, número de Cerest's regionais e estaduais habilitados, e a razão Cerest: população por unidade da Federação e região do Brasil.

Regiões e Unidades da Federação	População Ocupada em 1.000, em 2006		CEREST (2008) ²		Razão CEREST/População Ocupada 1:100.000
	N	%	N	%	
Brasil	89.318	100	173	100,0	0,19
Região Norte	6.684	7,5	15	8,7	0,22
Amazonas	1.379	1,5	3	1,7	0,21
Amapá	234	0,3	1	0,6	0,43
Acre	307	0,3	1	0,6	0,42
Rondônia	758	0,8	2	1,2	0,26
Roraima	193	0,2	1	0,6	0,52
Pará	3.148	3,5	4	2,4	0,13
Tocantins	664	0,7	3	1,7	0,45
Região Nordeste	23.432	26,2	52	28,9	0,21
Bahia	6.440	7,2	15	8,7	0,23
Alagoas	1.212	1,4	3	1,7	0,25
Ceará	3.825	4,3	8	4,6	0,21
Maranhão	2.759	3,1	4	2,4	0,15
Rio Grande do Norte	1.329	1,5	4	2,4	0,30
Sergipe	900	1,0	3	1,7	0,33
Pernambuco	3.684	4,1	9	5,2	0,24
Piauí	1.551	1,7	2	1,2	0,13
Paraíba	1.662	1,9	4	2,4	0,24
Região Sudeste	38.274	43,3	72	41,6	0,19
São Paulo	19.768	22,1	42	24,2	0,21
Minas Gerais	9.872	11,1	17	9,8	0,17
Rio de Janeiro	6.876	7,7	10	5,7	0,15
Espírito Santo	1.758	2,0	3	1,7	0,17
Região Sul	14.523	16,3	22	12,7	0,15
Paraná	5.407	6,1	5	2,8	0,09
Santa Catarina	3.247	3,6	7	4,0	0,21
Rio Grande do Sul	5.869	6,6	10	5,7	0,34
Região Centro-Oeste	6.405	7,2	12	6,9	0,19
Goiás	2.784	3,1	5	2,8	0,18
DF	1.105	1,2	1	0,5	0,09
Mato Grosso	1.368	1,5	3	0,5	0,22
Mato Grosso do Sul	1.149	1,3	3	0,5	0,26

(1) Até dezembro de 2008

Fonte: População Ocupada – dados do IBGE/Sistema Sidra; Dados sobre habilitação dos Cerest fornecidos pela Cosat/MS.

Desses resultados fica evidente que a implantação dos Cerest's redesenha o mapa das desigualdades regionais na oferta de serviços em saúde do trabalhador, superando-a, atingindo uma distribuição adequada, com pequenas diferenças no sentido de um viés de maior oferta para o Nordeste, região tradicionalmente carente de serviços e com piores indicadores

de saúde. Notar que não se dispõe de dados sobre a infraestrutura, capacidade instalada e pessoal dos Cerest's, ou as ações que estão sendo desenvolvidas, mas é sabido que diferem grandemente, o que limita as inferências sobre acesso, cobertura, resultados e adequação da oferta para as demandas regionais respectivas. Estas informações são requeridas pela sua importância para estimar desigualdades e programar a oferta de cuidados mais equânime e adequada. Estudos sobre a avaliação da implantação da Renast, ou mais especificamente dos Cerest, sua cobertura, adequação da oferta e impacto, são necessários para dar conta dessas e outras questões. Após a 3ª CNST, a Cosat²⁶ realizou um inquérito com 53 representantes de Cerest's e verificou que contavam com uma média de 18 profissionais por unidade. Dentre os que forneceram dados sobre as atividades, 17,2% referiram não dispor de sistema de informação, embora 34% mencionassem a realização de serviços de vigilância.

Na Tabela 7.3 mostram-se dados sobre a existência de notificação compulsória no Sinan, de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho, por tipo de agravo, nas unidades da federação. Verifica-se que mais da metade dos estados estava notificando acidentes de trabalho fatais (70,8%), com mutilação (66,7%) ou material biológico (83,3%), as intoxicações exógenas (62,5%) e as Lesões por Esforços Repetidos (62,5%). Os agravos que estavam menos contemplados na notificação foram os cânceres ocupacionais (16,7%), as doenças mentais (25,0%), a perda auditiva induzida pelo ruído (29,2%) e as pneumoconioses (37,5%). Notar que esta informação não permite compreender o estado da implantação da notificação, pois não dispomos de dados sobre o número de unidades sentinela, a cobertura dos casos, ou a qualidade dos dados, como o índice de subnotificação, por exemplo.

De acordo com recente relatório, em 2007²⁶, primeiro ano em que se contabilizaram os registros da lista de agravos de notificação compulsória, foram notificados 55.878 casos para acidentes e doenças relacionadas com o trabalho. Entretanto, é necessário questionar a qualidade dessa notificação, que deve ser antecedida de estratégias rigorosas de identificação de casos, com o adequado reconhecimento donexo causal ocupacional. Vale mencionar que protocolos para o atendimento dessas enfermidades, no SUS, foram elaborados e amplamente divulgados, alguns deles sendo objeto de cursos visando à capacitação dos profissionais envolvidos para realizar as ações respectivas. Até 2008, foram editados os protocolos para os acidentes de trabalho, câncer ocupacional, expostos ao chumbo metálico, ao benzeno, pneumoconioses, perda auditiva induzida pelo ruído, dermatoses ocupacionais e trabalho infantil. Tudo isto representa um avanço expressivo no âmbito da organização das práticas de Saúde do Trabalhador do SUS. Ressalte-se que a implantação da notificação está restrita a serviços sentinela, e não em todas as unidades do SUS, uma inconsistência em se tratando da universalidade implícita na compulsoriedade do registro. Por outro lado, pode-se afirmar que o número de casos notificados no SUS, em 2007, é ainda muito pequeno considerando que os dados da Previdência Social, restritos apenas aos trabalhadores segurados do INSS e aos casos com afastamento maior que 15 dias, correspondeu para o mesmo período, a 653.090 casos²⁷. Estudos realizados em todo o mundo demonstram que as estatísticas de acidentes de trabalho são subnotificadas. De acordo com Driscoll et al.²⁸, as razões para a subnotificação da morbimortalidade dos

agravos ocupacionais e relacionados com o trabalho podem ser atribuídas a problemas relacionados com a definição, a identificação e o próprio registro do fenômeno. Assim estariam envolvidos aspectos relativos à dificuldade na compreensão do que é fator de risco, suas circunstâncias de ocorrência e a relação com o trabalho, limitando o estabelecimento donexo ocupacional no processo de diagnóstico. Por outro lado, muitas vezes tanto o diagnóstico como o nexos são realizados, não se desdobrando na notificação do caso. Tal situação deve-se a fatores de ordem política, jurídica, conflitos de interesses econômicos, estigma e, a negligência de profissionais de saúde, empregadores e até mesmo de trabalhadores²⁹.

Infelizmente não estão disponíveis registros sobre a oferta de serviços pelos Cerest's, sua articulação com a rede de serviços do SUS, seus programas e capacidade instalada, de modo que se possa avaliar o crescimento e nível de adequação das respostas às demandas em Saúde do Trabalhador. É importante destacar que durante a Expoepi-2008 foi lançado o Painel de Informações em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador, Pisast, que entre outros aspectos, abre a possibilidade para esses registros, fundamentais para a transparência e prestação de contas à sociedade das ações desenvolvidas pelos Cerest's. Além disso, a Cosat vem iniciando a tarefa de sistematizar a coleta desses dados, organizando um sistema de informações que permita documentar a atuação e evidenciar os resultados da Renast na melhoria da saúde dos trabalhadores no País.

Tabela 7.3 Notificação no Sinan de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e relacionadas com o trabalho (Portaria GM/MS 777/2004), por unidade da federação e tipo de agravo, em 2008.

Agravos relacionados ao trabalho	UF (N=27)		Códigos das UF que notificaram*
	n	%	
Acidentes de trabalho fatais	18	66,7	AP , BA, CE ,DF, ES, MG, MT, PE, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE, TO, SP
Acidentes de trabalho com mutilação	18	66,7	AP, BA, CE, DF, ES, MG, MT, PE, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE, TO, SP
Acidentes com material biológico	20	77,8	AL, AM, AP, BA, DF, ES, GO, MG, MT, PB, PE, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE, TO, SP
Acidentes de trabalho com crianças e adolescentes	13	48,1	ES, AP, BA, CE, ES, MG, MT, RN, RR, RS, SC, TO, SP
Dermatoses ocupacionais	11	48,1	BA; ES; MG; MT; PR; RJ; RN; RR; RS; TO, SP
Intoxicações exógenas por substâncias químicas incluindo agrotóxicos, gases e metais pesados	16	59,3	AL, AP, BA, CE, ES, MG, MT, PE, PR, RJ, RN, RR, RS, SC, TO, SP
Lesões por Esforços Repetidos	16	59,3	AL, AP, BA, CE, ES, MG, MT, PE, PR, RJ, RN, RR, RS, SC, TO, SP
Pneumoconioses	10	37,0	ES, MG, MT, PE, RJ, RN, RR, RS, TO, SP
Perda auditiva induzida pelo ruído ocupacional	8	29,6	AP, BA, ES, MG, MT, RN, RR, SP
Transtornos mentais relacionados ao trabalho	7	25,9	ES, MG, MT, PR, RN, RS, SP
Câncer relacionado ao trabalho	5	18,5	ES, MT, PB, RN, SP

* Estes dados são para pelo menos uma unidade sentinela onde tenha ocorrido notificação.
Fonte: Cosat, 2008¹².

Utilização de serviços

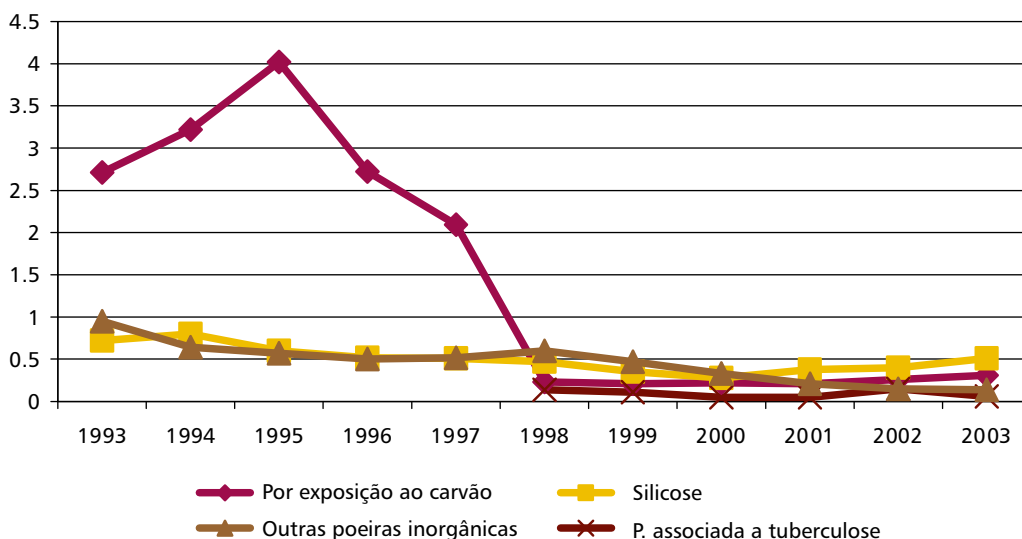
Dados sobre a utilização dos serviços de saúde do SUS em Saúde do trabalhador ainda são incipientes, devido, em grande parte, à limitação da informação em relação ao usuário do SUS, no que se refere ao vínculo ocupacional e à relação do agravo de saúde com o trabalho. Isto é observado em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde do SUS, ou seja, atenção primária, média e alta complexidade. Verifica-se também, a ausência de relatórios e publicações relativos às atividades feitas pelos Cerest e pelas unidades sentinelas. Alguns dados limitam-se à proporção de registros de diagnósticos realizados na demanda atendida, composta exclusivamente por casos, o que limita as inferências populacionais, em especial a generalização dos achados, possível com medidas epidemiológicas. Com dados populacionais, um dos poucos estudos a descrever a utilização de serviços por trabalhadores acidentados foi realizado em Salvador, com dados longitudinais de uma amostra de 2.907 trabalhadores entre 18 e 65 anos com registros colhidos em 2000, 2002 e 2004. Dos 628 casos de acidentes de trabalho (lesões, traumas e intoxicações) identificados, abrangendo todos os tipos e graus de gravidade, estimou-se que 49,5% receberam atendimento, seja em serviços públicos ou privados³⁰. Dos que receberam tratamento, a procura foi maior para unidades do SUS, responsáveis pelo atendimento de 71,0% dos casos, enquanto planos de saúde privados atenderam apenas 15,1%. Trabalhadores com menor nível de escolaridade tenderam a procurar mais frequentemente o SUS: a proporção de atendidos neste sistema, entre os que tinham 1º grau completo ou incompleto foi 76,5%, maior do que a estimativa de 50% entre aqueles que tinham mais do que o nível secundário completo. Os casos atendidos no SUS eram de trabalhadores mais pobres (77,5%) e que tinham mais comumente trabalho informal (82,7%) em comparação com os que receberam atendimento em outro serviço. A proporção de participação do SUS nos atendimentos não variou com o tipo do acidente, se de trajeto ou típico. O grau de satisfação com o atendimento recebido, medido pela nota atribuída pelo acidentado, foi em sua maioria alto, acima de 8,0, tanto entre os clientes do SUS quanto dos outros serviços. Todavia, foi maior entre os que procuraram os serviços privados (60,5%) em comparação com o SUS (48,2%).

Alguns estudos analisaram a magnitude de agravos e doenças ocupacionais na demanda atendida de serviços. Estimativas da proporção de acidentados do trabalho, em serviços de emergência do SUS, dentre os casos de trauma, variaram entre 15 e 18,7% sem a inclusão dos acidentes de trajeto³¹, a 31,6% para os típicos e de trajeto conjuntamente³². Em outro estudo conduzido com todos os casos atendidos durante um mês em unidades de emergência e pronto atendimento de Salvador, dentre as 6.544 vítimas de causas externas, 1.514 (23,1%) eram vítimas de acidentes de trabalho²⁹. O SUS é o principal responsável pelo atendimento hospitalar no país e os registros das admissões compõem um sistema específico de informações, que em 1998, passou a incluir dados sobre a natureza ocupacional da patologia causadora da internação, especificamente para aquelas causadas por causas externas. Com base nesse sistema, verificou-se que dentre as 12.248.632 hospitalizações

registradas em 1998, 0,35% foram registradas como acidentes de trabalho. Este percentual se reduziu para 0,34% em 1999 e 0,32% em 2000. Todavia, com esses mesmos dados, pôde-se estimar um aumento da razão óbito/hospitalização por acidentes de trabalho no SUS, de 1,2 em 1998, 1,4 em 1999 e 1,7:100 em 2000, menores do que a estimativa de 2,2 para o ano de 1994³³. Em um estudo conduzido com acidentados de trabalho atendidos em serviços de emergência do SUS (n=406), a letalidade geral foi estimada em 0,7%, aumentando para 5% entre aqueles que permaneceram internados após as primeiras 24 horas²⁹. Nesse último estudo, o nível de gravidade dos casos foi analisado com o Index of Severity Score, ISS, verificando-se que a maioria era de casos leves ou moderados (77,1%). Em nível crítico de gravidade foram 2,2%, enquanto 2,7% tiveram sequelas que levaram à incapacidade permanente. A permanência média no hospital foi de 3,2 dias em leito comum e de 8,4 dias em Unidade de Tratamento Intensivo²⁹.

Um outro estudo sobre o coeficiente de hospitalizações, realizado por Castro et al.³⁴, avaliou a evolução temporal de internações por pneumoconioses no Brasil. Observou-se, no geral, uma queda entre 1993 e 2003, de todos os tipos dessas pneumopatias, com maior declínio para as pneumoconioses associadas com a exposição ao carvão, de 4,0 para 0,31/1.000.000 de habitantes, correspondendo a uma redução de 92,2%. A partir de 1998 e até 2003, a tendência foi de estabilização da prevalência de hospitalizações por pneumoconioses de todos os tipos (Figura 7.3).

Figura 7.3 Prevalência de hospitalizações por tipo de pneumoconioses no Brasil, 1993



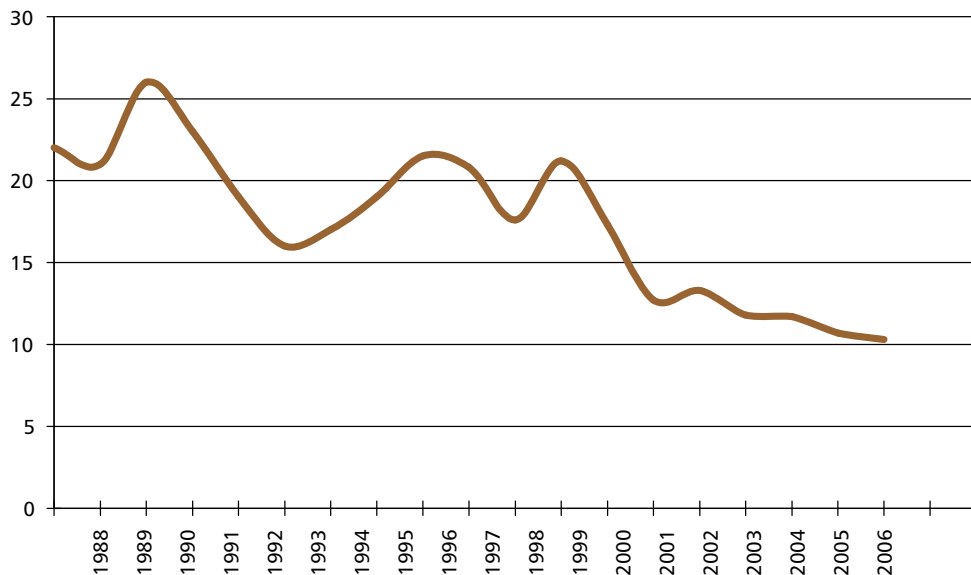
Fonte: Castro HA, Gonçalves K, Vincentin G. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1993-2003. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2007;10(3): 391-400

Dados sobre atendimentos ambulatoriais de acidentes e doenças do trabalho na rede SUS são ainda mais raros. Analisando os procedimentos do SUS, estimaram-se em 165.616 os atendimentos ambulatoriais com acidentes de trabalho em 1998, que se elevaram para 186.296 em 1999, atingindo 272.619 em 2000. Este incremento nos atendimentos de 64,6% foi igual à porcentagem de variação nos gastos correspondentes para o mesmo período, sendo, respectivamente, de R\$ 422.301,40, R\$ 475.054,8 e R\$ 695.196,89³⁵. As hospitalizações também representaram gastos crescentes, especificamente, de R\$ 16.098.308,40, em 1998, R\$ 17.944.315,59, em 1999, e R\$ 18.978.859,73, em 2000, correspondendo a um crescimento de 17,8% no período, respectivamente³⁵.

Impacto

O coeficiente de mortalidade por acidentes de trabalho caiu de 22/100.000 trabalhadores segurados em 1988 para 17,8 em 1997, ou seja, uma queda de 19,0%. Na década seguinte, dados até 2006, apontam para um decréscimo da ordem de 10,3/100.000, variação percentual de - 45,0% (Figura 7.4). Este declínio corresponde especialmente a uma redução para o sexo masculino, como pode ser visto na Figura 7.5 com diminuição do valor de 24,5/100.000 em 1997 para 16 em 2006, ou seja, um declínio de 34,7%. Já entre as mulheres esta queda correspondeu a 16,8%, respectivamente, de 1,9 a 1,58. Isso revela importantes diferenças de gênero que devem ser consideradas no planejamento de intervenções de prevenção.

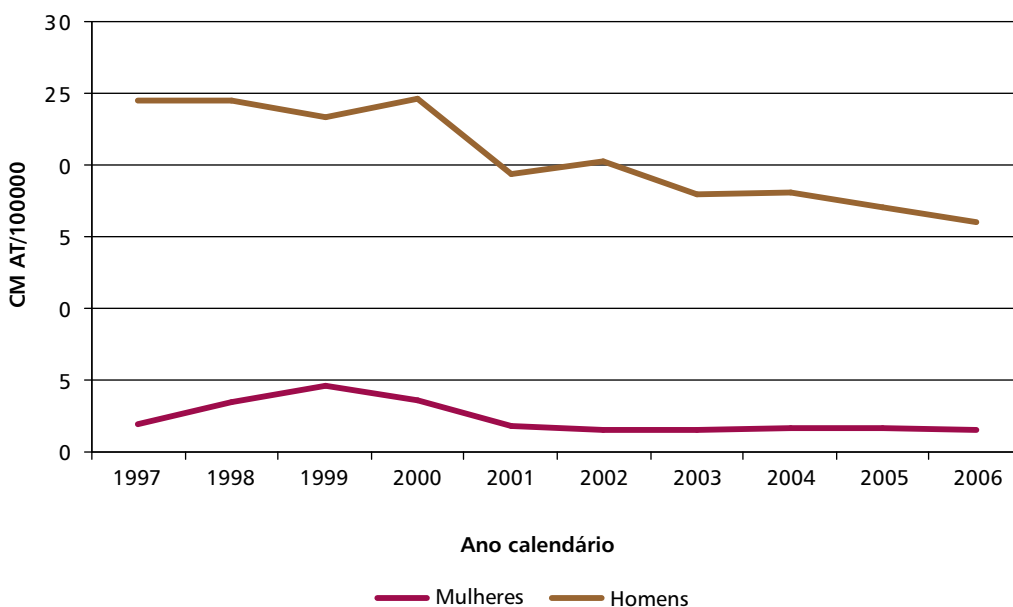
Figura 7.4 Coeficiente de Mortalidade por Acidentes de Trabalho por 100.000 trabalhadores segurados, entre 1988 e 2006.



Fonte: Ripsa.

Em relação à gravidade dos acidentes de trabalho, nota-se que a incidência de acidentes que deixaram trabalhadores com incapacidade permanente vem caindo no período de estudo, entre 1988 e 2006, com variação de 0,98/1.000 para 0,31x1000 trabalhadores segurados, uma variação negativa de 67,3% (Figura 7.5).

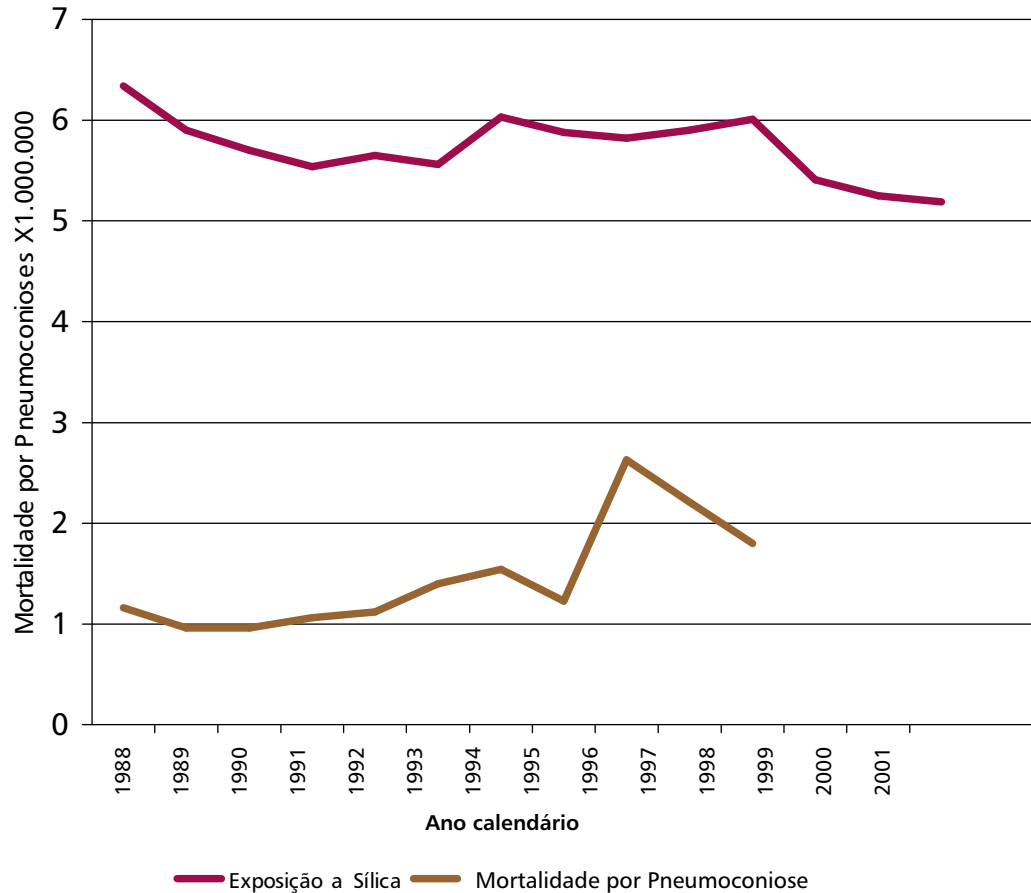
Figura 7.5 Coeficiente de Mortalidade de Acidentes de Trabalho por 100.000 segurados, de acordo com o sexo, 1997-2006.



Fonte: Ripsa.

A mortalidade por pneumoconioses, no entanto, que se encontrava em estabilidade entre 1988 e 1992, passou a se elevar, especialmente em 1995, quando então passou a declinar³⁶. Isso não vem se acompanhando por uma redução da prevalência da exposição à sílica³⁷, em geral, de acordo com os dados da Figura 7.6.

Figura 7.6 Coeficiente de Incidência de Incapacidade Permanente por Acidentes de Trabalho, 1988-2006.



Fonte: Ribeiro, 2004 e Castro et al., 2003.

Conclusões

Os 20 anos de implantação e consolidação do SUS também representam 20 anos de uma trajetória bem sucedida de transformação das práticas de atenção à saúde do trabalhador, que foi reinventada a partir da lógica da saúde pública, incorporada e institucionalizada como um componente da Política Nacional de Saúde, com o papel central do Estado, tanto como regulador quanto de executor das ações. É, portanto, um momento de comemoração, especialmente ao se considerar a situação antes de 1988. Assim, o Estado vem corrigindo, ainda que parcialmente, seu longo período de silêncio frente aos riscos e agravos à Saúde do Trabalhador.

Os resultados apresentados mostram que a principal conquista da Saúde do Trabalhador foi à disseminação dos seus princípios e estratégias em contraponto ao modelo médico-assistencial hegemônico anterior à implantação do SUS, e a sua institucionalização como campo de práticas sanitárias neste sistema público de saúde que é de cobertura universal. Isto fica demonstrado com os diversos instrumentos de normatização e regulação adotados no período, e os dados que revelam a implementação da Renast, que ampliou a capacidade instalada e o escopo de ações desenvolvidas sob a responsabilidade do SUS. É importante ressaltar que isto se tornou possível com a participação da sociedade, resultante do fortalecimento dos movimentos sociais no período de redemocratização do País, em especial dos sindicatos, e com a produção intelectual e científica sobre Saúde do Trabalhador e a sua disseminação para além do ambiente acadêmico. Este processo de consolidação vem envolvendo grande mobilização e participação de diferentes atores da sociedade, conforme demonstrado pelo crescente número de participantes nas CNST's, e as suas características e representações.

No período em análise, os achados deste estudo revelaram um crescimento sem precedentes da oferta de serviços públicos de saúde do trabalhador no País. No processo de expansão buscou-se observar a equidade na oferta do número de serviços em relação à população ativa ocupada, seguindo-se metas planejadas. Isso não quer dizer que exista adequação da oferta à demanda, pois esta depende, além da população ocupada propriamente dita, do conhecimento do perfil produtivo e de fatores de riscos ocupacionais, da extensão de trabalhadores expostos, da morbi-mortalidade, e da própria capacidade instalada da rede SUS, o que não se dispõe para todos os estados e regiões. Esse diagnóstico da situação, com o planejamento regional ou estadual apropriado para a área da saúde do trabalhador, é necessidade urgente, não apenas para uma melhor racionalidade da gestão dos serviços, mas também para permitir a avaliação, cobertura, utilização e impacto, e também propiciar a transparência pública do uso dos recursos públicos e a divulgação dos resultados alcançados. Outro aspecto de relevância, é que não há uma padronização dos Cerest's, que apresentam grande diversidade, tanto de capacidade instalada quanto de disponibilidade de pessoal qualificado, o que torna difícil a interpretação de dados de distribuição dessas unidades. Em geral, o que se pode depreender é que compõem núcleos de sustentação e expansão de cuidado especializado, reconhecidos e respeitados pela comunidade, haja vista a mobilização na 3ª CNST. Nestes serviços é expressiva a participação de profissionais que vêm se capacitando para o desenvolvimento de ações, como a implantação da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, o Sinan para a Saúde do Trabalhador e os protocolos para alguns agravos e enfermidades, bem como ações em torno de programas e projetos específicos com foco em problemas regionais. Na Expoepi-2008 foram apresentadas algumas dessas experiências que demonstraram a criatividade, inovação e compromisso de equipes dos Cerest's no desenvolvimento dos propósitos da Renast.

Constata-se também que antes do advento do SUS já havia uma tendência de declínio da morbi-mortalidade e da gravidade dos acidentes de trabalho típicos, que vem perdendo

força a partir do ano 2000. Entretanto, os dados disponíveis são restritos aos trabalhadores segurados, além de não existir informação suficiente para atribuir essa queda às ações do SUS. Mas, certamente, a oferta universal de assistência e a melhoria do acesso aos serviços de saúde, além dos dados que revelam o crescimento das ações em saúde do trabalhador no SUS devem, em parte, ter contribuído para a redução da morbi-mortalidade dos acidentes de trabalho e pela disseminação dos princípios da prevenção e promoção da saúde.

A documentação dessas ações para a avaliação do grau de implantação, oferta, utilização, cobertura e impacto ainda é, todavia, insuficiente. É extensa a subnotificação dos agravos e doenças relacionadas com o trabalho nos sistemas de informação do SUS, em que pesem os esforços para sua melhoria, o que vem ocorrendo gradualmente. Conta-se, em 2007, com o registro de 55.000 casos de doenças e agravos ocupacionais no Sinan. No entanto, este dado ainda é pouco expressivo, considerando que representa um pequeno percentual dos registros da Previdência Social, que cobre menos da metade dos trabalhadores do País. Como o sub-registro é disseminado, também a Previdência Social é afetada. Este quadro é agravado pela pouca atribuição de nexos ocupacionais nos diagnósticos clínicos, feitos pela perícia médica nos casos de incapacidade para o trabalho. Isso se modificou radicalmente em abril de 2007 quando foi implantado o Nexo Técnico Epidemiológico, Netep, proposta aprovada na 3ª CNST. Após a sua implantação houve um crescimento expressivo de atribuição de nexos ocupacionais, especialmente para doenças relacionadas ao trabalho, como as músculo-esqueléticas e as mentais.

Os dados encontrados nem sempre abrangiam todo o período do estudo e diversas fontes de dados foram utilizadas, devido à necessidade de agregações por características distintas. Como demonstrado por Santana et al.³⁸, mais de 70% dos acidentados do trabalho procuram atendimento médico na rede SUS, o que torna o Sinan um sistema de informação crucial para a notificação dos acidentes e das doenças relacionadas com o trabalho. Há que se notar, que são expressivos os avanços na caminhada pela maior articulação com o Ministério da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, evidente na 3ª CNST, ao tempo em que vem se sedimentando a integração com a Saúde Ambiental na perspectiva do desenvolvimento sustentável, ao nível institucional no Ministério da Saúde.

No entanto, ainda permanecem grandes dificuldades na consolidação e legitimação da Saúde do Trabalhador no SUS. Por exemplo, são muitas as dificuldades dos gestores, em particular, de reconhecer o trabalho como um dos determinantes do processo saúde/doença, ou a sua relevância para que se considerem as ações em Saúde do Trabalhador como prioridade de política. Há também um desconhecimento expressivo, por parte dos diferentes profissionais de saúde, dos agentes de riscos e agravos à saúde relacionados com o trabalho, e da existência de estratégias viáveis de prevenção ou de promoção da saúde do trabalhador com mudanças nos ambientes de trabalho. O movimento sindical tem se tornado mais frágil diante da elevada proporção de desempregados e da reestruturação produtiva que vem impondo importantes mudanças no mundo do trabalho, com índices expressivos de trabalho informal. Por fim, em que pese à existência de algumas experiências exitosas em vários municípios do país, no plano nacional, existe uma insuficiente articulação

entre as instituições responsáveis pela saúde, segurança e proteção social do trabalhador, e também com a atenção básica de saúde, especialmente o Programa Saúde da Família.

O cenário, todavia, acena perspectivas promissoras, a exemplo da passagem da Cosat para a Secretaria de Vigilância a Saúde, que poderá moldar uma maior ênfase nas atividades de vigilância, promoção e prevenção, ao mesmo tempo, que superando o foco nas ações de assistência à saúde, não apenas de clínica médica, das ações dos Cerest's. Ademais, a Renast vem permitindo maior facilidade de interlocução com os gestores de saúde, o que aumenta a viabilidade de sua consolidação, embora muitas das suas dificuldades atuais se concentrem na gestão. Apesar de já existir a recomendação de se preparar planos de trabalho, com a explicitação das aplicações dos recursos e prestação de contas, devidamente discutido e aprovado pelo Conselho de Saúde, a falta de mensuração das atividades realizadas limita a relevância e qualidade dos relatórios, assim como a demonstração dos resultados alcançados. Com isto é precária a transparência dos gastos e não se permite a valorização do que vem sendo realizado. É possível que isto se reverta no curto prazo, com a participação do SUS na construção de informações universais sobre a saúde do trabalhador, superando a parcialidade dos dados oriundos da Previdência Social e de outros órgãos e instituições. Para isto tem sido fundamental a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador no Sinan, ainda que sejam necessários vários ajustes na proposta atualmente em curso.

Em que pese o crescimento das notificações, tem sido objeto de discussões a necessidade de mudanças nos parâmetros e estratégias adotadas que restringem a notificação compulsória à rede de serviços sentinela. Com dados exclusivos de serviços sentinela jamais serão estimados indicadores populacionais, necessários para o monitoramento e a programação de medidas de prevenção. Este problema já vem sendo objeto de discussões para a sua superação, em oficinas realizadas para revisão das estratégias de registro dos acidentes de trabalho, como a que ocorreu durante a Expoepi-2008. Também foi lançado neste evento, o Painel de Informações em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador, Pisast, pela Diretoria de Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador, que irá permitir maior disseminação de dados sobre a situação de saúde do trabalhador e do ambiente no País.

Por fim, vale lembrar que um documento formal de definição da política de Saúde do Trabalhador para o País, demanda formalizada na 1ª CNST desde 1986, ainda não foi cumprida. Uma proposta elaborada e divulgada para consulta pública em 2005, com a participação dos três ministérios, ainda não foi finalizada e assinada. Este documento é importante não apenas no seu sentido documental, mas também para contribuir para uma efetiva articulação intersetorial, e a evolução da cooperação na concretização das ações de ponta. Vale ressaltar que a construção da melhoria da saúde dos trabalhadores do País depende também da alocação de recursos, e da transparência no seu uso e aplicações, e na divulgação dos resultados alcançados. No âmbito específico do SUS, os desafios da Renast são muitos, mas um dos mais fundamentais é a formação, cada vez maior, de profissionais habilitados para enfrentarem os desafios que a prática interdisciplinar e intersetorial da Saúde do Trabalhador exige, pavimentando um caminho para um maior diálogo com o

Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social, os sindicatos e as organizações de trabalhadores informais, bem como os pequenos e micro empresários, maioria na produção econômica. A atividade produtiva domiciliar, o comércio em vias públicas e o trabalho no campo, por exemplo, certamente mobilizarão o SUS para uma integração com o PACS e o PSE, que em sua conhecida capilaridade poderão definir um novo patamar de ações de Saúde do Trabalhador articulada à atenção básica de saúde.

Agradecimentos

Este trabalho somente foi possível com a colaboração de várias pessoas, como Helenice Pereira Cavalcante Costa, Márcia Hidemi Guedes, Graça Hoefel, Jacira Câncio e Carlos Vaz, todos da Cosat/MS, Koshiro Otani, Ildeberto Almeida, José Carlos Carmo, Jacinta de Fátima Senna da Silva, Fátima Suely Ribeiro Neto, Marco Perez, Juliana Moura, Elizabeth Costa Dias e Jairnilson Paim que gentilmente indicaram contatos, cederam dados, livros, textos, teses e relatórios, alguns ainda não publicados. Maria Claudia Lisboa colaborou pacientemente com a montagem da base de dados. A todos nossos sinceros agradecimentos.

Referências

- 4 Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación – guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1997.
- 5 Laurell AC. Social analysis of collective health in Latin America. *Soc Sci Med*. 1989;28(11):1183-91.
- 6 Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):817-27.
- 7 Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(5):341-9.
- 8 Nogueira DP. Incorporação da saúde ocupacional na rede primária de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1984;18:495-509.
- 9 Possas C. Saúde e trabalho – a crise da Previdência Social. São Paulo: Hucitec; 1989.
- 10 Ribeiro HP (org). Políticas de saúde e assistência médica – um documento de análise. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 1983.
- 11 Bedrikow B, Correia PC, Redondo SF. Inquérito preliminar de higiene industrial no município de São Paulo. In: Maeno M, Carmo JC, editors. *Saúde do Trabalhador no SUS – aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 12 Picaluga IF. Doenças profissionais. In: Ibase, editor. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1982.
- 13 Faleiros V, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS – histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde ;
- 14 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2006.
- 15 Maeno M, Carmo JC. *Saúde do trabalhador no SUS – aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Ed. Hucitec; 2005.

- 16 Cosat. Avaliação das notificações de agravos à saúde relacionados ao trabalho registradas no Sinan-Net, em 2007 (Circulação restrita); 2008
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 142. Dispõe sobre o preenchimento de autorização de internação hospitalar – AIH, em casos com quadro compatível com causas externas 1997; 13 nov.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.120. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da União 1998; 2 jul.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.908. Aprova a norma operacional de saúde do trabalhador. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.339. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União 1999; 19 nov.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.679. Institui, no âmbito do SUS, a rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador – Renast. Diário Oficial da União 2002; 20 set.
- 22 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.437. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador – Renast no sistema único de saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 7 set.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 777. 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. Diário Oficial da União 2004; 29 abr.
- 24 Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n. 800. Publica o texto base da minuta de política nacional de segurança e saúde do trabalho. Diário Oficial da União, 2005; 3 maio
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.125. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Diário Oficial da União 2005; 6 jul.
- 26 Cosat. Novas perspectivas para as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pela esfera federal de gestão do SUS. Brasília: Secretaria de Vigilância a Saúde; 2007
- 27 Coimbra D, Milani A, editors. Profissionais de saúde e trabalhador sem carteira assinada são maioria nas discussões. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 3; 2005; Brasília: Agência Brasil.
- 28 Ramos JCL. Especialização em saúde do trabalhador no Brasil: estudo dos cursos no período de 1986-2006. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008.
- 29 Lacaz FAC, Machado JMH, Firpo M. Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. São Paulo: Abrasco/Opas; 2002
- 30 Estruturação e diagnóstico dos centros de referência de saúde do trabalhador e processo saúde-enfermidade e trabalho [database on the Internet]. Organização Pan-Americana de Saúde. [cited 10 nov. 2008]. Available from: <http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/Arquivos/Sala259.pdf>.
- 31 Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico da previdência social, 2007. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2008
- 32 Driscoll T, Takala J, Steenland K, Corvalan C, Fingerhut M. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. Amer J Ind Medicine. 2005;48:491-502.
- 33 Santana VS, Xavier C, Moura MCP, Oliveira R, Espírito-Santo JS, Araújo G. Gravidade dos acidentes de trabalho em serviços de emergência. Rev Saude Pública. 2008; (no prelo).
- 34 Santana VS, Araújo G, Espírito Santo J, Araújo Filho JB, Iriart J. Utilização de serviços de saúde por acidentados do trabalho. Rev Bras Saúde Ocup. 2007;35 (115):135-43.
- 35 Deslandes SF, Silva CFMP, Ugá MAD. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. Cad Saúde Publica. 1998;14(2):287-99.

- 36 Conceição P, Nascimento I, Oliveira P, Cerqueira M. Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. *Cad Saúde Pública*. 2003 jan-fev;19(1):111-17.
- 37 Lebrão ML, Mello Jorge MHP, Laurenti R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(4 Supl):26-37.
- 38 Castro HA, Gonçalves K, Vincentin G. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1993-2003. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):391-400.
- 39 Serafim JA, editor. Dados sobre a saúde do trabalhador segundo o Datasus/MS. Seminário Nacional Estatísticas sobre Doenças e Acidentes de Trabalho no Brasil: situação atual e perspectivas; 2000; São Paulo: Fundacentro.
- 40 Castro HA, Vincentin G, Pereira KCX. Mortality due to pneumoconioses in macro-regions of Brasil from 1979-1998. *Journal of Pneumology*. 2003;29(2):82-8.
- 41 Ribeiro FSN. Exposição ocupacional à sílica no Brasil: tendência temporal, 1985 a 2001. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2004.
- 42 Santana VS, Araújo-Filho JB, Silva M, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A, Nobre L. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2643-52.
- 43 Brasil. Ministério da Saúde, 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.
- 44 Dias EC. A organização da atenção à saúde no trabalho. In: Rocha LE, editor. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993. p. 138-54.
- 45 Costa D, Pena PG. Persistem estratégias políticas ultraliberais para a saúde do trabalhador: uma contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4).
- 46 Santana VS, Nobre L, Waldvogel B. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004 – uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):841-55.