

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
– FACENE/RN
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE E SEGURANÇA DO
TRABALHADOR

PAULO ROMMEL RODRIGUES DA SILVA

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: SISTEMA DE INFORMAÇÃO E
EFICÁCIA DO BANCO DE DADOS.**

MOSSORÓ - RN

2011

PAULO ROMMEL RODRIGUES DA SILVA

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: SISTEMA DE INFORMAÇÃO
E EFICÁCIA DO BANCO DE DADOS.**

Monografia apresentada à coordenação do curso de Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalhador da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, para obtenção do título de especialista em saúde e segurança do trabalhador.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Patrícia Fernandes da Silveira

MOSSORÓ - RN

2011

PAULO ROMMEL RODRIGUES DA SILVA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: SISTEMA DE INFORMAÇÃO
E EFICÁCIA DO BANCO DE DADOS.

Monografia apresentada à coordenação do curso de Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalhador da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, para obtenção do título de especialista em saúde e segurança do trabalhador, tendo obtido o conceito ____ conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Ms. Patrícia Fernandes da Silveira (Orientadora)
FACENE/RN

Prof. Ms. Wesley Adson Costa Coelho (Examinador)
FACENE/RN

Prof. Ms. Patrícia Josefa Fernandes (Examinadora)
FACENE/RN

Dedico

A minha esposa querida, Paulinha, que desejava essa conquista mais do que eu mesmo, que muitas vezes se absteve comigo de várias coisas para eu poder ter tempo e dar continuidade a essa pesquisa.

Aos meus pais e minhas irmãs, por que eu devo tudo a vocês, vocês fazem parte de maneira especial de mais essa etapa de minha vida.

Aos meus alunos, que me acompanharam durante uma boa parte dessa pesquisa e também estavam me apoiando.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por Sua infinita bondade e misericórdia para comigo e toda a minha família; por Seu amor e o Seu perdão incalculáveis; por ter me salvado deste mundo tão mal e perverso; por ter me sustentado, me protegido, me ajudado e ter me dado a capacidade que eu preciso todos os dias, pois sem Ele, nada posso fazer!

Agradeço a minha esposa, Paulinha, a maior de todas as conquistas da minha vida, por ser a pessoa mais fascinante que já conheci; pelo seu amor, por sua compreensão, pelo seu carinho, por seu incentivo e pela sua paciência. Obrigado, meu amor, você adoça e colore a minha existência! Você é 'massa'!

Agradeço aos meus pais, Socorro e Ribamar, e às minhas duas irmãs, Maiara e Mirele; vocês são a melhor família do mundo! Muito obrigado pelo apoio de vocês, pela força e pelo companheirismo em todas as fases de minha vida. Vocês são fantásticos!

Agradeço à minha segunda família: meus sogros, Jucênia e Gonzaga, e meus cunhados, Hilkías e Mikael e suas esposas.

Agradeço à professora Patrícia, que tão prontamente se dispôs a me orientar; por me ajudar e acreditar no meu trabalho.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, Clécio, Ceição Azevedo e Luana Lopes, pela amizade e pela cumplicidade.

Agradeço ainda a toda a família FACENE Mossoró, pela qualidade dos serviços que vocês oferecem.

"Se nada ficar destas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo. Nossa fé nos homens e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar".

(Paulo Freire)

RESUMO

SILVA, Paulo Rommel Rodrigues da. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: Sistema de Informação e Eficácia do Banco de Dados**. 2011. 42 f. Monografia (Especialização em Enfermagem em Saúde e Segurança do Trabalhador) Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, Mossoró – RN, 2011.

Este trabalho teve como objetivo avaliar às informações do banco de dados em saúde do trabalhador disponível no portal eletrônico do Ministério da Saúde e realizar coleta de dados nesse portal; confrontar os dados encontrados com a literatura referente à utilidade desses dados para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. A pesquisa foi do tipo documental, contemporânea e autêntica, a partir da comparação da legislação vigente acerca da saúde do trabalhador e do site do Ministério da Saúde, utilizando fontes primárias (as leis) e secundárias (site do Ministério da Saúde), classificadas ainda como fontes escritas e não escritas (fonte audiovisual), respectivamente. Os arquivos foram alvos públicos por se tratar de leis nacionais, documentos oficiais e jurídicos, como os registros de agravo a saúde do trabalhador no site do Ministério da Saúde. A partir da avaliação do banco de dados do portal eletrônico do Ministério da Saúde do Brasil referentes à notificação dos agravos em Saúde do Trabalhador observa-se que as informações não estão expostas de maneira clara, objetiva e de fácil acesso a população e que não revelam o perfil de adoecimento da população trabalhadora, assim, é ineficaz aos objetivos da vigilância em saúde do trabalhador. Conclui-se que os dados disponíveis não são suficientes para revelar a real situação de saúde dos trabalhadores e, portanto, não oferecem o suporte necessário para as ações de vigilância em saúde do trabalhador, sendo a subnotificação um dos principais entraves. Também não existe complementação dos sistemas de informações já existentes, principalmente pela falta de preparo dos profissionais que trabalham na área de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Sistema de Informação, banco de dados.

ABSTRACT

SILVA, Paulo Rommel Rodrigues da. **Occupational Health Surveillance: Information System and Effectiveness Database**. 2011. 42 f. Monograph (Specialization in Nursing Occupational Health and Safety). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACE-NE/RN, Mossoró – RN, 2011.

This study aimed to evaluate the information database of health worker available at the website of the Ministry of Health and perform data collection on this website, comparing the data found in the literature regarding the usefulness of such data for the Health Surveillance Worker. The survey was the type of documents, contemporary and authentic, from the comparison of current legislation on workers' health and the website of the Ministry of Health, using primary sources (laws) and minor (site of the Ministry of Health) has classified as written and unwritten sources (source audiovisual), respectively. The files were targeted because it is a public national laws, official documents and legal records as the worsening health of the worker on the site of the Ministry of Health. From the evaluation of the database of electronic portal of the Ministry of Health of Brazil for the notification of the adverse effects observed in Occupational Health that the information is not exposed in a clear, objective and easy access to public and does not reveal the pattern of illness of the working population, it is ineffective to the objectives of health surveillance of workers. It is concluded that the available data are not sufficient to reveal the real situation of health workers and therefore do not provide the necessary support for the actions of the worker's health surveillance, underreporting is a major constraint. There is also no complementation of existing information systems, mainly for lack of preparation of professionals working in the area of worker health.

Keywords: Occupational Health, Information System, database.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Notificações por agravos em saúde do trabalhador no Brasil.....	35
Tabela 2	Notificações por agravos em saúde do trabalhador no Rio Grande do Norte.....	35

LISTA DE SIGLAS

CAT	-	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CIST	-	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CNST	-	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
DORT	-	Doença Ósteomuscular Relacionada ao Trabalho
DRT	-	Delegacia Regional do Trabalho
FUNDACENTRO	-	Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GEISAT	-	Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador
LER	-	Lesão por Esforço Repetitivo
LOS	-	Lei Orgânica da Saúde
NOB	-	Norma Operacional Básica
NOST	-	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
PAIR	-	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PCMSO	-	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PST	-	Programa de Saúde do Trabalhador
SAT	-	Seguro de Acidente de Trabalho
DAS	-	Síndrome de Dependência do Álcool
SESMET	-	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	-	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH	-	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	-	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	-	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	-	Sistema de Informações sobre Nascidos vivos
SIS	-	Sistema de Informação em Saúde
ST	-	Saúde do Trabalhador
SUS	-	Sistema Único de Saúde
VST ou VISAT	-	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	14
3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	28
4 METODOLOGIA	32
4.1. TIPO E LOCAL DE PESQUISA	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6 CONCLUSÃO	40
7 REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

PROBLEMÁTICA:

As informações constantes no banco de dados do portal eletrônico do Ministério da Saúde referentes à notificação dos agravos em Saúde do Trabalhador revelam de maneira real o perfil de adoecimento da população trabalhadora, cumprindo, assim, eficazmente os objetivos da vigilância em saúde do trabalhador? Os dados estão expostos de maneira clara, objetiva e de fácil acesso a população?

JUSTIFICATIVA:

O campo da saúde do trabalhador é um assunto relativamente novo em nosso país, sendo as primeiras discussões a respeito ocorridas no final da década de 1970. Essa época é marcada por um cenário de intensas transformações político-trabalhistas no Brasil (LACAZ, 1997). É também nesse período que se desenvolvem os debates que culminaram na formulação do novo sistema de saúde do Brasil (LOURENÇO; BERTANI, 2007), cujas bases doutrinárias foram abordadas na Carta Magna de 1988, em seus artigos 196 ao 200 (BRASIL, 1988).

Dentre as prerrogativas instituídas pelo texto constitucional, em seu artigo 200, está a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) de executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, assim como as saúde do trabalhador (BRASIL, 1988).

Assim como a Constituição brasileira, outros textos legais da área da saúde tratam sobre a saúde do trabalhador. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 de 1990 afirma que a saúde do trabalhador está incluída no campo de atuação do SUS e traz ainda a definição do que seja “saúde do trabalhador” e quais as atividades específicas desse campo (BRASIL, 1990). A Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996 inclui as condições de trabalhos em um dos três grandes campos de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Mas foi somente em 1998 que o Ministério da Saúde aprovou a Portaria 3.120 que aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), cuja finalidade foi de delimitar os parâmetros básicos para suas ações específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). De acordo com o texto da Instrução Normativa, no campo que trata dos objetivos da Vigilância em Saúde do Trabalhador, constitui-se um ponto fundamental o estabeleci-

mento do sistema de informação e de base de dados referentes a todos os agravos à saúde dos trabalhadores, desde os acidentes de trabalho até às doenças relacionadas ao trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

OBJETIVO GERAL:

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi:

- Avaliar a Vigilância em Saúde do Trabalhador, no que se refere às informações do banco de dados em saúde do trabalhador disponível no portal eletrônico do Ministério da Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

O trabalho teve ainda os seguintes objetivos específicos:

- Formular um referencial teórico sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador, sua evolução histórica, funções, princípios e estratégias;
- Realizar coleta de dados no portal eletrônico do Ministério da Saúde;
- Confrontar os dados encontrados com a literatura referente à produção, envio, armazenamento, publicação e, sobretudo, a utilidade desses dados para dar conta dos objetivos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

2 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.

Discorrer sobre a Saúde dos Trabalhadores é, em primeiro lugar, abordar um tema que ainda não atingiu a adolescência, mas que precisa ter discutidos os caminhos que levem a uma maturidade saudável e duradoura (LACAZ, 1997).

A abordagem crítica dessa temática pode trilhar alguns caminhos, principalmente quando se quer caracterizar o campo da Saúde do Trabalhador (ST) quanto aos eventos mais relevantes de sua trajetória. Tomando como referência o cenário político, a ST teve suas primeiras ações, no Brasil, em meio aos movimentos sociais da década de 1970. Até essa época, o país tinha passado pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional, que se mostraram modelos de atenção à saúde dos trabalhadores insuficientes e incapazes de provocar mudanças significativas (FRIAS JÚNIOR, 1999).

O final da década o 1970 foi marcado pelo intenso movimento sindical, cuja principal característica foi à luta grevista dos metalúrgicos da região do ABC paulista. As principais reivindicações dos ‘grevistas’, além da melhoria salarial, estavam relacionadas às condições de trabalho. O fortalecimento dos sindicatos naquele momento foi a principal ferramenta utilizada pelos trabalhadores na luta pelos seus direitos (LACAZ, 1997).

Foi graças a esse movimento que os trabalhadores começaram a ganhar importância perante o cenário político nacional, sobretudo a partir da década de 1980, com a política de redemocratização, quando, segundo Lourenço e Bertani (2007), “pode-se perceber uma relação entre a redemocratização do Estado brasileiro no decorrer dos anos de 1980 e a mudança de postura política no enfrentamento dos eventos agressivos à saúde no trabalho”. Nessa época os trabalhadores começaram a participar de maneira importante do processo de avaliação e controle dos acidentes nos locais de trabalho e na determinação de outros fatores de sofrimento físico e mental, relacionando-os ao próprio processo produtivo (LACAZ, 1996 *apud* LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Também fruto dos movimentos sociais dos anos 1970, foi o conjunto de alianças políticas formadas que levariam à execução das eleições diretas para governadores.

Assim, em 1982 são eleitos governadores nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul que assumem compromissos com um amplo leque de forças políticas de caráter *supra-partidário* e que permitem avanços importantes na área social, inclusive na saúde, período em que se expressam e se viabilizam várias demandas represadas pela truculência do Regime Militar (LACAZ, 1992 *apud* LACAZ, 1997).

Com a posse desses novos governadores em 1983, foram gesticuladas as primeiras ações político-ideológicas, especialmente a partir dos anos de 1984 e 1985, através dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST).

“Nestas experiências os Serviços de Saúde Pública começam a *nuclear* a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle da nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), a Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), em nível dos estados e a Universidade, com uma abertura para a participação e a gestão dos sindicatos, a valorização do conhecimento/saber dos trabalhadores, ao lado de tornar públicas as informações e dados sobre “de que adoecem e morrem os trabalhadores” (FREITAS *et al.*, 1985; RIBEIRO; LACAZ, 1984 *apud* LACAZ, 1997).

Essas foram as primeiras ações institucionalmente formuladas no campo da ST, tendo sua criação efetiva somente em 1986, a despeito da VIII Conferência Nacional de Saúde.

“Tanto é, que foi convocada para aquele mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que, ao congregar de modo inédito, sindicalistas, técnicos da área de saúde e de outras afins, universidades e comunidade em geral, lançou com êxito, as bases para um novo caminhar” (FRIAS JÚNIOR, 1999).

Realmente, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, de modo geral, foi bastante válida, principalmente por contribuir nas definições das atribuições e competências do SUS, quanto à sua responsabilidade na atenção à saúde dos trabalhadores. O texto Constitucional, formulado em 1988, fruto das intensas discussões nas Conferências de 1986, traz no inciso II do artigo 200 que é competência do Sistema Único de Saúde a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, assim como a saúde do trabalhador.

Chegando à década de 1990, ganham destaque diversas leis e portarias criadas para efetivarem tudo aquilo que foi previsto com a nova Constituição e o recém criado Sistema de Saúde. Muitos foram – e continuam sendo até hoje – os obstáculos para que essa efetivação ocorra, porém, “apesar dos limites marcados pelo clientelismo, populismo e paternalismo presentes na administração pública, o SUS tem conseguido solidificar as bases para o direito à saúde com ênfase na gestão democrática e participativa” (LOURENÇO; BERTANI, 2007, p. 122).

Dentre essas leis, pode-se destacar, pela sua importância e abrangência, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990). Esta reafirma o que a Constituição abordou, quanto às ações em saúde do trabalhador serem de competência do SUS, e ainda traz a definição de Saúde do Trabalhador e a abrangência dessas ações. De acordo com a LOS (BRASIL, 1990), a saúde do trabalhador deve ser entendida como

“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 acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

(...)

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 ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 1990).

Os pontos em destaque (incisos I, VII e VIII) elucidam a ‘nova’ concepção a respeito de saúde dos trabalhadores que começa a ganhar corpo no SUS. Concernente à revisão periódica da lista oficial das doenças relacionadas ao processo de trabalho, esta tornou-se fundamental pois “propiciou um avanço para novas práticas e políticas no campo saúde do trabalhador” (LOURENÇO; BERTANI, 2007, p. 122).

Realizada no ano de 1999, essa revisão também se destaca por equiparar as doenças relacionadas ao trabalho aos acidentes de trabalho, no que diz respeito à concessão de benefícios, visto que essa mesma listagem foi adotada também pelo Ministério de Previdência

e Assistência Social. “Assim, a legislação utiliza a expressão acidentes de trabalho para se referir também às doenças relacionadas ao trabalho. Contudo, optou-se por utilizar o termo agravos à saúde por considerá-lo mais abrangente” (LOURENÇO; BERTANI, 2007, p. 123).

Quanto à II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília em março de 1994, pode-se afirmar que seus resultados não foram muito significativos. O momento político divergia bastante do momento vivenciado durante a I CNST, quando esta “adquiriu um caráter mobilizador, positivo e propositivo com vistas ao *processo* constituinte” (ANDERSON, 1995 *apud* LACAZ, 1997). A II CNST assumiu

“um caráter defensivo e de resistência no sentido de se impedir que as conquistas conseguidas fossem aniquiladas pela vaga conservadora e neoliberal, projeto político de fortes raízes, de caráter mundial e que se fortaleceu após persistente embate ao longo de décadas de contra-hegemonia” (ANDERSON, 1995 *apud* LACAZ, 1997).

Pode-se dizer que a principal conquista da classe trabalhadora com a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi a proposta de unificação de todas as ações em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Ou seja, as ações que dizem respeito à saúde do trabalhador, como a promoção da saúde, a pesquisa, a vigilância, a assistência e a reabilitação, que estavam sob a responsabilidade também dos Ministérios do Trabalho e da Previdência, deveriam passar a ser de responsabilidade do SUS.

De acordo com o relatório final da II CNST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994), as ações do campo da Saúde do Trabalhador deveriam ser organizadas com base nos seguintes pontos:

- a) o seu desenvolvimento por equipes multiprofissionais em todos os níveis de atenção do SUS;
- b) envolvimento de toda a rede pública de saúde, de acordo com o nível de complexidade, da promoção à reabilitação;
- c) inclusão das ações de saúde do trabalhador nos diferentes programas de saúde, de todas as unidades de saúde;
- d) funcionamento dos ambulatórios em 3 turnos; e) atendimento de forma integral em toda a rede, com mecanismos de referência e contra-referência para problemas específicos, em Centros de Referência;

f) garantia de medicamentos básicos;

g) capacitação e treinamento de recursos humanos em saúde do trabalhador, bem como a informação e a realização de ações educativas para os trabalhadores envolvidos.

Para que a proposição da unificação das ações em Saúde do Trabalhador no SUS não sofresse restrições e/ou impedimentos das pressões políticas que foram contrárias,

“o Setor Trabalho procurou ocupar o espaço que poderia perder. Assim, introduziu modificações na Norma Regulamentadora 4 da Portaria MTb 3.214/78, que trata dos SESMET's e suas competências. A mais importante é a *obrigatoriedade* de que *todo* local onde haja trabalhadores, coloque em prática o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), envolvendo exames médicos de trabalhadores, avaliação de riscos e seu controle”(LACAZ, 1997).

Por volta de 1994, começaram a ser desenvolvidas algumas experiências municipais em saúde do trabalhador, graças à inúmeras ações estaduais já consolidadas, desde a década anterior, com os Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST's). Segundo Gomez e Lacaz (2005), diversas ações municipais foram implementadas, “visando incorporar a atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços, sob a perspectiva de municipalização da saúde”

Porém, apesar de toda a disputa para que o setor da saúde do trabalhador tivesse seu campo de trabalho bem definido com todas as suas ações operacionalizadas pelo SUS, não houve uma efetivação, pelo menos em longo prazo, do que se pretendia na II CNST, principalmente não haver nenhum tipo de encaminhamento das propostas no sentido de elaboração de uma política de Estado.

Como afirma Vasconcellos (2007, p. 214),

“rigorosamente não foi tomada qualquer iniciativa para que essa proposição saísse do plano da intenção que a conferência trazia, tanto que, 11 anos após, a 3ª CNST volta a colocar o tema em pauta, mais como se estivesse sendo inaugurado do que se estivesse sendo reconfigurado.”

A III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em novembro de 2005, trouxe como tema central *Trabalhar Sim, Adoecer Não*. Embora o temário central do evento tenha trazido a integralidade e a transversalidade, as políticas de desenvolvimento sus-

tentável e ainda o controle social para dentro do debate em saúde do trabalhador, parece que o destaque para o ‘*adoecer não*’ retira um pouco – senão muito – o foco das discussões para a construção/efetivação da ‘política de saúde do trabalhador’, redirecionando as intenções do evento para ações pautadas na relação saúde-trabalho-doença simplesmente (VASCONCELLOS, 2007). Realmente

“algumas resoluções expressam o retorno de propostas que “recuperam” as formulações da Saúde Ocupacional, desconsiderando inclusive o papel do SUS na saúde dos trabalhadores do setor público e o acúmulo desenvolvido em ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, as quais superam a prática da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego, agora alçada à forma de atuação também do Ministério da Saúde” (LACAZ, 2007, p. 763).

Como resultado da III CNST, pode-se dizer que fica o conjunto de mais de 300 resoluções que expressam idéias completamente válidas para a saúde do trabalhador, mas com um “baixíssimo grau de articulação entre elas e praticamente nenhuma capacidade de impulsionar para uma ação política” (VASCONCELLOS, 2007, p. 216).

Após a realização da III CNST, vislumbrando-se o desfecho de três conferências sem transformações efetivas nas políticas públicas, fica a desconfiança de alguns autores em relação à efetividade de conferências temáticas – como as CNST’s – da maneira que elas vêm sendo operacionalizadas. O mesmo autor presume que “impõe-se o desafio de se repensar a praticidade da conferência temática como espaço de formulação e acatamento pelo Estado brasileiro de suas resoluções” (VASCONCELLOS, 2007, p. 217).

E isso diz respeito também à fragmentação da própria Saúde em ‘saúde dos trabalhadores’, ‘saúde disso’ e ‘saúde daquilo’, o que, de certa forma, contraria os princípios da integralidade, da universalidade e, por que não, da intersetorialidade. É preciso lembrar desses princípios enquanto orientadores de todas as práticas em saúde, para que os sujeitos/atores – em todos os níveis de atenção – considerem o processo de trabalho como fator determinante e crucial das formas de viver e de adoecer dos trabalhadores-indivíduos-coletividades.

Assim, as ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde dos trabalhadores, estariam embutidas na Vigilância à Saúde. Nesse mesmo pensamento, discorre Lacaz (1997, p 15) afirmando que, para que isso ocorra,

“(...) o Ministério da Saúde terá que sair de sua letargia, superar sua *fragilidade* crônica em termos orgânicos na área de Saúde e Trabalho e apoiar as instâncias de nível estadual e municipal que acumularam experiências neste sentido, produzindo modelos de intervenção em vigilância nos ambientes de trabalho (...) Nesta perspectiva, poder-se-ia vislumbrar a montagem de um Sistema Nacional de Vigilância e, como parte dele a “Vigilância em Saúde do Trabalhador” baseada nos Códigos Sanitários nacional e estaduais, que devem prever atividades de inspeção do processo produtivo em todo seu ciclo, da matéria prima ao consumo do produto, sem descuidar da *qualidade* das condições e ambientes de trabalho”.

Há ainda outros espaços que, assim como as três conferências nacionais de saúde do trabalhador e tudo que as envolveu, em toda a trajetória da ST no Brasil, tiveram importância significativa na configuração da atual conjuntura nacional em ST. Um desses espaços é a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) que está vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Estava prevista na Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990, mas só foi instituída em 31 de outubro de 1991, através da Resolução CNS nº 011. A CIST tem como objetivo principal assessorar a CNS em temas relacionados à saúde dos trabalhadores. Porém, sua pouca atuação no cenário político se resume a algumas iniciativas, tais como: a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) e a reformulação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (VASCONCELLOS, 2007).

Outro espaço de grande importância para o desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador é o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador – GEISAT. É composto por membros dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social e tem como objetivo integrar as ações dos três ministérios que visem a melhoria das condições de saúde e segurança do trabalho (VASCONCELLOS, 2007).

A criação do GEISAT objetivava romper o isolamento das competências dos três ministérios, como as próprias ações de vigilância nos ambientes de trabalho e, para isso, deve tentar “articular e racionalizar a atuação dos diferentes setores governamentais, evitar duplicação de ações e desperdício de recursos, compatibilizar e integrar as políticas e práticas de intervenção desenvolvidas pelo Estado” (SILVA; BARRETO JR.; SANT’ANA, 2003, p. 51). Todavia, de fato, o GEISAT não conseguiu operacionalizar seus objetivos, tornando-se um espaço “sem capacidade político-institucional de encaminhar propostas concretas de articulação intergovernamental” (VASCONCELLOS, 2007).

Adicionalmente, a despeito da elaboração da lista de doenças relacionadas ao trabalho, já comentada anteriormente, surgiram vários quadros nosológicos no campo da saúde do trabalhador, cujo nexos causal com o processo de trabalho, ainda não havia sido elucidado, pelo menos não da maneira com que se observa seu tratamento. O estabelecimento dessa relação de determinação entre essas diversas patologias e o trabalho constitui-se em um

“valioso instrumento para definição de um perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e para orientação do planejamento, da execução e da avaliação das ações no âmbito da prestação de serviços dirigidas a promover, proteger e recuperar a saúde desse importante contingente populacional” (BRASIL, 2001).

Além disso, deve-se atentar para a importância do estabelecimento do nexos causal, quanto às consequências previdenciárias e a concessão de benefícios¹ para os trabalhadores, visto que “o diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho (...) tem implicações médico-legais e previdenciárias que necessitam ser conhecidas e cumpridas pelos profissionais” (BRASIL, 2001, p. 53)

Merece destaque algumas dessas patologias como os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (alcoolismo crônico relacionado ao trabalho, neurastenia e a síndrome da fadiga e a síndrome de *burn-out* ou síndrome do esgotamento profissional) assim como as Lesões por Esforço Repetitivo (LER), também definidas como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (BRASIL, 2001).

O surgimento dessas patologias está ligado às novas e diversas situações de trabalho e de padrões de vida, advindos da atual conjuntura política e econômica (BRASIL, 2001). Essa nova configuração “facilita a intensificação do trabalho que, aliada à instabilidade no emprego, modifica o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, expressando-se, entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho” (BRASIL, 2001, p. 19).

Percebe-se que, tanto os trabalhadores empregados, inseridos no mercado formal, quanto aqueles que, ou estão marginalizados do mundo do trabalho, na economia informal, ou incluídos nos números do desemprego, convivem, de maneira geral, com fatores degradantes de sua saúde, especialmente de sua saúde mental (BRASIL, 2001).

¹ A legislação previdenciária brasileira define que os trabalhadores (e seus dependentes) que estão segurados pela Previdência Social, respeitadas as características do acidente/doença, têm direito aos benefícios: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, auxílio-acidente ou pensão por morte (BRASIL, 2001).

A respeito desse mesmo raciocínio, Franco e Druck (2008) discorrem “sobre a precarização no mundo do trabalho, englobando tanto os trabalhadores do núcleo estável quanto a cascata de terceirização, compondo uma rede de relações de trabalho marcada por vários *aspectos/tipos de precarização*” (FRANCO; DRUCK, 2008, p. 02). Podemos citar as precarizações: dos vínculos e das relações contratuais; da organização e das condições de trabalho; das condições de segurança no trabalho; do reconhecimento, da valorização simbólica, do processo de construção das identidades individual e coletiva; das condições de representação e de organização sindical (FRANCO; DRUCK, 2008).

A seguir, serão abordadas, de maneira sucinta, algumas daquelas patologias, já citadas anteriormente, que estão relacionadas ao processo de trabalho, advindas, também, da precarização do mundo do trabalho. Essa abordagem se torna importante nesse momento, para termos uma idéia da gravidade das conseqüências – individuais e coletivas (dentro da família e/ou dentro da sociedade) – desses quadros, já que são de responsabilidade da Vigilância em Saúde do Trabalhador, objeto central desse estudo, planejar, executar e avaliar ações sobre fatores presentes nos ambientes de trabalho que contribuem para o surgimento dessas doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A primeira delas é o alcoolismo crônico relacionado ao trabalho, que pode ser descrita como o uso/consumo crônico e continuado de bebidas alcoólicas “caracterizado pelo descontrole periódico da ingestão ou por um padrão de consumo de álcool com episódios frequentes de intoxicação e preocupação com o álcool e o seu uso (...)” (BRASIL, 2001, p. 175).

Já Gigliotti e Bessa (2004) trabalham a evolução do conceito de alcoolismo, sendo a definição mais adequada a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), nomenclatura proposta pelos psiquiatras Griffith Edwards e Milton Gross em 1976. Isso por que o diagnóstico de SDA exige a existência, no indivíduo, de alguns elementos importantíssimos como a tolerância ao álcool, sintomas de abstinências e busca pelo alívio desses sintomas pelo aumento da ingestão da bebida (GIGLIOTTI; BESSA, 2004, p. 12).

A relação que o alcoolismo mantém com o trabalho é dialética, pois, ora as condições ou algumas situações de trabalho determinam, e até “incentivam”, o consumo de álcool, ora esse consumo e os seus efeitos vão influenciar a capacidade de o indivíduo desenvolver suas atividades laborais, seja essa influência negativa ou até mesmo ‘positiva’ (SANTOS *et al.*, [2007]). O primeiro movimento pode ser percebido, por exemplo, em situações de consumo coletivo do álcool, quando este se torna uma forma de se incluir em algum determinado grupo. O segundo pode ser visualizado em situações em que o álcool é utilizado pelo traba-

lhador que deseja se ‘instrumentalizar’ com seus efeitos farmacológicos: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico (BRASIL, 2001, p. 175).

A influência negativa do consumo crônico do álcool no trabalho reside nas seguintes condições: “atrasos, queda de produtividade, desperdício de materiais, sonolência, sobrecarga dos sistemas de saúde, conflitos com colegas de trabalho, conflitos disciplinares em relação aos supervisores, dificuldade de entender novas instruções ou de reconhecer erros, reação exagerada às críticas e variação constante do estado emocional” (SANTOS *et al.*, [2007]).

Um maior consumo de álcool é observado em algumas categorias profissionais,

“especialmente aquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição, como as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães; atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil), de grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais), de trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias); situações de trabalho que envolvem afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração)” (BRASIL, 2001, p. 175).

Quanto às medidas de prevenção, aquelas que se destinam somente à realização de cursos e palestras de educação em saúde, com objetivos de repassar informação técnica sobre os efeitos prejudiciais do álcool, geralmente são ineficazes, sem efeito (BRASIL, 2001).

De modo geral, só alcançam resultados positivos os programas que identificam, nas situações de trabalho e do cotidiano da vida, os aspectos organizacionais e ambientais relacionados ao risco alcoólico, procurando implementar ações para transformá-los (...) (BRASIL, 2001, p. 177).

A síndrome da fadiga relacionada ao trabalho, também chamada de fadiga patológica ou industrial, é caracterizada pelo estado de fadiga (mental e física) constante, em que o trabalhador se sente cansado já ao acordar, não tem períodos de repouso adequado durante seu dia. “São relatados outros sintomas como dores musculares, tonturas, cefaléias tensionais,

perturbação do sono, incapacidade de relaxar, irritabilidade e dispepsia” (OMS, 1997 *apud* CAMARGO; CAETANO; GUIMARÃES, 2005, p. 30).

Godinho (2003), em seu estudo, destaca a importância do sono e do que a autora chama de ritmo dia/noite. Fatores como distúrbios e qualidade do sono, a relação do sono e o trabalho matinal e ainda as conseqüências sociais e familiares do ritmo dia/noite são classificadas pela autora como causas fundamentais para o desenvolvimento da fadiga crônica generalizada (GRANDJEAN, 1998 *apud* GODINHO, 2003, p.41).

A fadiga crônica parece estar associada a um grupo de trabalhadores cujo trabalho é caracterizado, dentre outros, pelo ritmo excessivo. Como denota Brasil (2001, p. 184), os determinantes ocupacionais

“que parecem contribuir para o surgimento de um quadro de fadiga patológica são: ritmos de trabalho acelerados, sem pausas ou com pausas sem as devidas condições para repousar e relaxar; jornadas de trabalho prolongadas (excesso de horas extras, tempo de transporte de casa para o trabalho e do trabalho para casa muito longo, dupla jornada de trabalho para complementar a renda familiar) e jornada de trabalho em turnos alternados”.

A profilaxia da fadiga crônica relacionada ao trabalho está associada à tomada de medidas de melhoria dos ambientes ocupacionais quanto à diminuição dos fatores estressores (exigências cognitivas devida à pressão por produtividade, isolamento dos trabalhadores) presentes nos ambientes de trabalho; à promoção do conforto dos trabalhadores (existência de dispositivos para banho, lavagem das mãos, etc.).

Também deveriam ser adotadas medidas de diminuição ou até mesmo a eliminação da exposição ao ruído intenso e a diversas substâncias químicas, que estariam ligadas ao surgimento da fadiga crônica como: o brometo de metila; o chumbo e seus compostos tóxicos; o manganês e seus compostos tóxicos; o mercúrio e seus compostos tóxicos; o sulfeto de carbono; o tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (BRASIL, 2001, p. 184-185).

Outra patologia é conhecida como *síndrome de burn-out*, expressão que significa “estar esgotado” ou “queimado”. Essa síndrome diz respeito a uma resposta negativa que o trabalhador apresenta a estímulos estressores aos quais está exposto de maneira crônica, caracterizada por “atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à orga-

nização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização” (BRASIL, 2001, p. 191-192).

Outro autor descreve *burn-out* como resultante do esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho em indivíduos que mantêm contato direto e constante com seus clientes/pacientes, sendo essa relação constante a fonte de desgaste para esses trabalhadores e a causa da perda de interesse (FREUDENBERGER, 1974 *apud* SILVA, 2000). Maslach e Jackson (1981 *apud* SILVA, 2000) atribuem o esgotamento emocional (desgaste e esvaziamento emocional) e a despersonalização (sentimentos e atitudes negativas em relação às pessoas que deveriam receber atendimento) como características fundamentais do *burn-out*.

Outra importante definição é a de Amorim e Turbay (1998 *apud* SILVA, 2000), afirmando que

“a síndrome de Burnout é uma experiência subjetiva, que agrupa sentimentos e atitudes implicando alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com conseqüências nocivas para a pessoa e a organização, sendo que esta afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo” (AMORIM; TURBAY, 1998 *apud* SILVA, 2000).

Semelhante à síndrome de *burn-out* é a *síndrome do esgotamento profissional* ou *sensação de estar acabado*. Difere da primeira quanto ao nível – ou à gravidade – da resposta do indivíduo ao estresse. Em *burn-out*, o trabalhador desenvolve atitudes negativas em seu ambiente de trabalho, provocando prejuízos práticos para si mesmo e para o seu trabalho.

“O quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho. Pode estar associada a uma suscetibilidade aumentada para doenças físicas, uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio) e para o suicídio” (BRASIL, 2001, p. 192).

Quanto à prevenção e à vigilância dos fatores presentes nos ambientes de trabalho relacionados às doenças mentais e de comportamento, destaca-se a importância da identificação desses fatores de risco, sejam eles agentes químicos, físicos e/ou biológicos, ou fatores de natureza subjetiva ligados à organização do trabalho; a elucidação dos quadros patológicos decorrentes desses fatores; e a adoção de medidas que objetivem diminuir ou eliminar totalmente a exposição a esses fatores. Da mesma forma, deve-se atentar para a dinamicidade en-

tre a determinação dos fatores químicos, físicos e biológicos e a dos fatores de ordem organizacional/gerencial do trabalho (BRASIL, 2001).

O grupo das patologias denominadas de lesões por esforço repetitivo (LER) ou ainda de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) se constitui em uma das principais classes representativas da atual configuração do mundo do trabalho. Esta se caracteriza por variados aspectos que vão desde novas modalidades organizacionais e gerenciais, muitas vezes alicerçadas na competitividade e em exigências cognitivas cada vez maiores; até a introdução de inúmeros insumos tecnológicos nos ambientes de trabalho, máquinas e equipamentos, que requerem a adoção de posturas inadequadas e de ritmos incompatíveis por parte do trabalhador que os utiliza (BRASIL, 2001). Essa “modernização do trabalho trouxe, para o nosso meio, o trabalho automatizado, de ritmo acelerado, fragmentado, sem pausas para recuperação, com repouso insuficiente para compensar o desgaste provocado por suas jornadas inadequadas” (BELLUSCI, 2008, p. 114).

Além da nova formatação dos ambientes de trabalho determinar o desenvolvimento das LER/DORT, se constitui como um fator de risco as características psicossociais, entendidas como sendo “as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho (...) é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho” (BRASIL, 2001, p.428).

As medidas preventivas das LER/DORT devem estar pautadas na vigilância à saúde dos trabalhadores expostos: avaliação dos postos de trabalho e identificação dos fatores de risco; determinação das patologias que podem advir da exposição a esses fatores; formulação de medidas para diminuir ou eliminar essa exposição; e instalação e manutenção da fiscalização/avaliação dessas medidas, com vista a um constante ajustamento em prol da saúde dos trabalhadores. Todas essas medidas de intervenção sobre os ambientes e condições de trabalho devem estar baseadas na construção de ambientes de trabalho saudáveis, na troca de informação e o diálogo permanentes entre as partes interessadas e numa atuação multi ou interdisciplinar (BRASIL, 2001).

Outras situações não menos importantes bem presentes nos mais diversos tipos de ambientes de trabalho necessitariam também de serem descritas neste estudo, a fim de caracterizar o atual perfil de adoecimento de toda a população trabalhadora no Brasil, com as pneumopatias e as dermatoses ocupacionais, assim como os vários tipos de acidentes do trabalho (acidentes típicos e de trajeto). Entretanto, nesse momento, cabe tratar de uma das principais ferramentas que devem ser utilizadas tanto pelos gestores do SUS, pelos empregadores,

pelas equipes de saúde das empresas e pelos próprios trabalhadores na busca da melhoria das condições e nos ambientes de trabalho, quanto aos agravos à saúde desses trabalhadores e, por conseguinte, da melhoria de suas condições de vida: a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT ou VST).

3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

“A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) vem se firmando como uma área de atuação da saúde pública e, nesse sentido, necessita atentar para essas mudanças em curso nos processos de saúde/doença e na atuação da saúde pública em geral, a fim de poder dar respostas efetivas aos problemas colocados para os trabalhadores – problemas estes de ordem bastante complexa e de difícil resolução mediante unicamente ações curativas e preventivas” (ALVES, 2003, p. 320).

Campo bastante recente no Brasil, a Vigilância em Saúde do Trabalhador é contemporânea de uma sociedade que reconhece, de maneira mais aprofundada, os seus reais problemas de saúde e sabe – ou começa a saber – que, para resolvê-los, necessita de ‘novas’ atitudes por parte dos gestores, que vão muito além da prevenção simplista e individualizada (ALVES, 2003). Passa-se a ter consciência da necessidade fundamental de haver mais vontade e disposição ética, política e sanitária – se é que elas estão indissociadas – de todos: gestores, trabalhadores da saúde e a população de maneira geral, através do envolvimento e responsabilização de cada um nas instâncias de operacionalização da promoção da saúde.

Nesse ponto cabe uma rápida reflexão acerca de alguns aspectos nem sempre tão bem elucidados na literatura da área, mas que Vasconcellos (2007) explica de maneira bastante concisa, sobre a delegação da responsabilidade de fiscalização do SUS quanto à saúde do trabalhador. E essa reflexão é pertinente nesse momento por que, como afirma Machado (1997), às ações de vigilância – de qualquer natureza – compete, dentre outras, a fiscalização/intervenção dos processos de trabalho dentro dos postos de trabalho. É o que Machado (2005) chama de ‘tipos’ de VST, ao abordar as funções – distintas, fora do SUS – das Delegacias Regionais do Trabalho, dos Ministérios Públicos e da própria Previdência Social.

Quando da formulação de uma política de Estado voltada para a área da saúde, um dos pontos mais influentes é a capacidade de o Estado intervir em seus fatores determinantes (VASCONCELLOS, 2007). Por isso, o autor fala em um conflito de competências entre os setores da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho, a ponto de haver a intenção de se “fazer crer que somente o Ministério do Trabalho tem a competência, e não o SUS, para adentrar os estabelecimentos de trabalho e fiscalizar as questões de saúde” (VASCONCELLOS, 2007, p. 276).

Surgem então, várias inferências para explicar as raízes dessa disputa de competências. Ainda segundo o autor, os conflitos podem ser explicados a partir do corporativismo e

de setores empresariais que discordam da democratização das relações de trabalho, principalmente quando se trata de saúde do trabalhador; também se atribui à preocupação de setores empresariais, quanto à sujeição a nova configuração da fiscalização dos seus riscos à saúde dos trabalhadores; surge também do não entendimento do conceito mais ampliado de saúde; e ainda da falta de compromisso dos próprios gestores da saúde no tocante à formulação de uma política de saúde condizente com as necessidades sociais (VASCONCELLOS, 1996 *apud* VASCONCELLOS, 2007).

Porquanto, todas as tentativas de convencimento e utilização de argumentos para

‘(...) justificar a não competência do SUS, esbarram no princípio constitucional da universalidade conferido ao SUS. Ou seja, nem o trabalho, a previdência, ou outra instância qualquer do Estado brasileiro, tem responsabilidades constitucionais de conferir saúde a todos como direito, pois essa é missão do SUS’ (VASCONCELLOS, 2007, p. 278).

Toma-se como ponto de análise também a aprovação da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.120 de 01 de julho de 1998, também chamada de Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, embora se saiba que essa não é a data de surgimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Essa portaria traz em seu texto, o conceito básico do que seja a VISAT afirmando que ela

“compreende 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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 03).

Como analisa ainda Vasconcellos (2007), a base metodológica/operacional trazida pela Instrução Normativa

(...) pressupõe a ampliação do método tradicional de intervenção da vigilância em saúde, especialmente aquele desenvolvido pela vigilân-

cia sanitária, ao propor a transposição do objeto usual produto/consumidor para processo/trabalhador/ambiente. Seu propósito é a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, e do aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional (BRASIL, 1998 *apud* VASCONCELLOS, 2007, p. 283).

Ou seja, de acordo com a abordagem da VISAT pela Instrução Normativa, ela deve ser tão resolutiva e abrangente como é/deveria ser a própria vigilância em saúde. A razão desse pensamento está na amplitude do próprio conceito de saúde, sendo esta determinada pelas condições de “trabalho, educação, cultura, moradia, saneamento, lazer, convívio social, ecossistema saudável, entre outras coisas” (ALVES, 2003, p. 322). Então, a VISAT deve, fundamentalmente,

“considerar que saúde dos trabalhadores não se remete apenas a problemas diretamente relacionados a aspectos do processo de trabalho no qual se insere e atuar sobre ela. Isso não significa dizer que a VST deva dar conta de todos esses fatores e agir sobre eles, e sim que deve procurar estabelecer parcerias, por meio da intersetorialidade, a fim de buscar uma atuação mais abrangente e eficaz” (ALVES, 2003, p. 322).

Corroborando com essa proposição, o próprio texto da Instrução Normativa explicita os princípios da VISAT, sendo eles os mesmos adotados pelo SUS e, como justificado pela própria Instrução, devido à complexidade e abrangência do campo da saúde do trabalhador, por esta ultrapassar os limites do setor saúde, apresenta outros que se fazem necessários para delinear a VISAT. Sendo assim, temos como princípios: a universalidade; a integralidade das ações; a pluriinstitucionalidade; o controle social; a hierarquização e a descentralização; a interdisciplinaridade; a pesquisa-intervenção e o caráter transformador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Dentre os objetivos que a Portaria 3.120/98 enumera, destaca-se, por ser ponto de reflexão central deste trabalho, aquele que atribui à VISAT a responsabilidade de “estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde (...)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 05). Para que esses sistemas sejam efetivados, deve-se considerar “a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes; a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 05).

A importância de toda base de dados, condição *sine qua non* para a eficácia de qualquer política ou programa, especialmente no campo da vigilância à saúde, reside na possibilidade desses dados expressarem uma dada realidade, através da produção de uma informação. Ou seja, a informação

“se expressa sob a forma de indicadores que, a partir dos dados, representam de modo sintético ou sumarizado da realidade, conferindo significado à racionalidade subjacente aos números, permitindo a compreensão da situação de saúde e o seu uso como ferramenta de gestão ou para a tomada racional de decisões” (SANTANA; NOBRE, 2005, p. 71).

Esses dados devem ser coletados; tratados e transformados em informação; e, então, serem armazenados e divulgados, “tornando assim um produto social do coletivo, constituído a partir de uma rede complexa e olhares dispersos, multifacetados, construída ao longo da história brasileira” (BARBOSA, 2006, p. 25).

A responsabilidade pela coleta e envio dos dados em saúde do trabalhador para os órgãos competentes para tratá-los e divulgá-los fica por conta dos profissionais da saúde – que atendem os trabalhadores vítimas de acidentes ou acometidos por alguma doença relacionada ao trabalho – e/ou pela própria empresa (SANTANA; NOBRE, 2005). Esse processo de coleta/identificação/comunicação de agravos à saúde do trabalhador, tanto por parte dos profissionais da saúde como por parte da empresa onde ele trabalha, é permeado de muitos entraves/dificuldades de inúmeros aspectos, o que será discutido mais a frente.

Além dos dados coletados, processados e divulgados pelo setor saúde, através dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), há também informações sobre os agravos que acometem os trabalhadores disponíveis na previdência social e no trabalho. Daí a necessidade da, já comentada anteriormente, intersetorialidade entre saúde, trabalho e previdência para que também os seus dados constantes nos Sistemas de Informação dos três setores contribuam para a melhoria dos perfis de saúde/doença da população trabalhadora. Afinal, essa melhoria da Saúde do Trabalhador como um todo só será mais possível após a concretização da intersectorialidade (ALVES, 2003).

4 METODOLOGIA

Documento, palavra de origem latina – *documentu*: “instrumento escrito que, por direito, faz fé daquilo que atesta; escritura, título, contrato, certificado, comprovante; escrito ou impresso que fornece informação ou prova” (MICHAELIS, 2011). Este trabalho trata-se de uma pesquisa documental contemporânea que tem como base o site do Ministério da Saúde (acessado em janeiro de 2011) e leis trabalhistas vigentes.

O método da pesquisa documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. Assim, esta pesquisa não se confunde com a bibliográfica. Os documentos são bastante diversificados, tais como documentos institucionais conservados em arquivos; documentos institucionais de uso restrito; documentos pessoais, como cartas e e-mails; fotografias, vídeos, gravações; leis, projetos, regulamentos, registros de cartório; catálogos, listas, convites, peças de comunicação e instrumentos de comunicação institucionais (MOREIRA, 2005).

A análise documental, por não tratar-se de pesquisa que não envolva a participação de seres humanos não necessita de autorização formal do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4.1. TIPO E LOCAL DE PESQUISA.

Foi realizada a partir da comparação da legislação vigente acerca da saúde do trabalhador e site do Ministério da Saúde brasileiro, portanto pesquisa contemporânea e autêntica. A análise documental foram as fontes primárias, as leis, e secundárias, site do Ministério da Saúde, classificadas ainda como fontes escritas e não escritas (fonte audiovisual), respectivamente.

Os arquivos foram alvos públicos por se tratar de leis nacionais, documentos oficiais e jurídicos, como os registros de agravo a saúde do trabalhador no Site do Ministério do trabalho. Os dados estatísticos analisados foram relativos aos agravos de saúde do trabalhador registrados no Brasil e no estado do Rio Grande do Norte disponíveis no site do Ministério da Saúde. Tais dados foram analisados e comparados com a legislação vigente quanto:

- a negligência e falta de informação completa;

- forma de coleta de dados não explicitada;
- ausência de definição dos termos;
- dificuldade de informações recolhidas aos interessados;
- análise e interpretação de dados inexistentes e;
- não utilização dos dados estatísticos existentes para a verificação de uma teoria social.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil existem 06 Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informações sobre Nascidos vivos (SINASC); o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS); o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); e o Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) (BARBOSA, 2006). Os dados que foram abordados nesse trabalho, são aqueles constantes no SINAN relativos aos agravos à saúde do trabalhador, disponíveis no portal eletrônico do Ministério da Saúde.

A norma que regulamenta a notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador através do SINAN é a Portaria nº777/GM/MS de 28 de abril de 2004. De acordo com o documento legal, são agravos de notificação compulsória em saúde do trabalhador: os acidentes de trabalho fatais; os acidentes de trabalho com mutilações; os acidentes com exposição a material biológico; os acidentes do trabalho em crianças e adolescentes; as dermatoses ocupacionais; as intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); as Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); as pneumoconioses; a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); os transtornos mentais relacionados ao trabalho; e os cânceres relacionados ao trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Embora a Portaria nº777/2004 seja de 2004, os dados disponíveis constam somente a partir de 2006 e até 2009, não estando ainda disponíveis os dados de 2010, o que pode dificultar uma melhor visualização. A importância desses dados está no fato de eles servirem “como uma matéria-prima, sobre a qual trabalhamos – juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os etc. – para produzir informações que traduzam um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação” (FERREIRA, 2001 *apud* BARBOSA, 2006).

Logo, os dados devem embasar a produção de informação e de conhecimento na área da saúde do trabalhador, e assim subsidiar as ações da VISAT de diagnosticar a situação de saúde dos trabalhadores, contribuindo conseqüentemente, para o “planejamento, a programação e a execução das ações a serem empreendidas para o enfrentamento dos problemas de saúde, tomando como objeto de suas intervenções não apenas os riscos e os danos, mas tam-

bém os determinantes destes e as necessidades de saúde” (TEIXEIRA *et al.*, 1998 *apud* ALVES, 2003, p. 321).

Além desses aspectos, os sistemas de informação, de acordo com Santana e Nobre (2005), possuem outra função de extrema importância. Eles

“viabilizam a necessária transparência dos órgãos de gestão pública, cada vez mais considerada como essencial para a consolidação da democracia. Pode-se dizer que um povo, ao qual se neguem informações, está sendo destituído de um direito fundamental para o pleno exercício da cidadania” (SANTANA; NOBRE, 2005, p. 71).

A partir de uma análise mais criteriosa dos dados que o portal do Ministério da Saúde oferece, pode-se fazer algumas observações sobre o que esses dados revelam. A primeira observação diz respeito a algumas categorias, senão à maioria, em que o número dos agravos, nos primeiros anos, é muito baixo, comparando-se com os anos seguintes, quando aumentam significativamente. Isso pode ter acontecido por causa de uma notificação diminuída, nos primeiros anos em que àquele agravo começou a ser identificado/notificado. Ou seja, houve uma subnotificação desses agravos, cujos principais motivos serão abordados mais a frente.

Outra observação que pode ser feita a partir dos dados, é que, se forem tomados alguns dados de maneira isolada, percebe-se que eles não revelam a totalidade de agravos que deveria naquele ano, ou seja, mostram números muito insignificantes em relação àquele que seria aceitável. Por exemplo, de acordo a Tabela 01, ocorreram 00, 05, 11 e 23 casos de câncer ocupacional em todo o Brasil nos anos de 2006, 2007, 2008 e 2009, respectivamente. Pode-se afirmar que é muito improvável que tenha ocorrido apenas esses casos de câncer ocupacional em todo o Brasil nesse período.

Essa improbabilidade fica ainda mais evidente se analisarmos a mesma notificação de câncer ocupacional no estado do Rio Grande do Norte, onde não ocorreu nenhum caso em todo o período estudado (Tabela 02). No mesmo estado, vê-se ainda essa improbabilidade nas ocorrências de pneumoconioses, de Perdas Auditivas Induzidas por Ruído (PAIR) e de transtornos mentais relacionados ao trabalho, em que, no mesmo período, segundo os dados, houve poucos casos.

Tabela 01: Notificações por agravos em saúde do trabalhador no Brasil.

	2006	2007	2008	2009
Intoxicações ocupacionais	10	2036	2327	1682
Acidentes graves	1532	19638	29889	19996
Acidentes biológicos	669	15221	20495	14512
Dermatoses	3	127	271	263
Ler/Dort	223	3187	2728	2451
Pneumoconioses	4	91	691	83
PAIR	22	114	180	157
Transtornos mentais	20	117	158	151
Cânceres	0	5	11	23
Total de notificação	2483	40536	56750	39318
Percentual do estado nas notificações nacionais	100%	100%	100%	100%

Fonte: SINAN NET (04/11/2009)

Tabela 02: Notificações por agravos em saúde do trabalhador no Rio Grande do Norte.

	2006	2007	2008	2009
Intoxicações ocupacionais	0	1	7	22
Acidentes graves	2	66	114	492
Acidentes biológicos	0	260	375	353
Dermatoses	0	1	0	2
Ler/Dort	0	8	12	30
Pneumoconioses	2	8	3	1
PAIR	0	0	0	0
Transtornos mentais	0	0	10	8
Cânceres	0	0	0	0
Total de notificação	4	344	521	908
Percentual do estado nas notificações nacionais	0,16%	0,85%	0,92%	2,31%

Fonte: SINAN NET (04/11/2009)

Partindo dessa simples análise dos dados do SINAN NET quanto aos agravos de notificação em saúde do trabalhador, assim como do conhecimento dos inúmeros fatores intrínsecos presentes nos mais variados ambientes de trabalho que determinam e causam diversas formas de adoecimento e morte nos trabalhadores, vê-se que esses dados não são capazes, nem de longe, de fornecerem informações, ou seja, de se transformarem em informações fiéis e verdadeiras quanto à situação de saúde desses trabalhadores. Por conseguinte, esses dados não cumprem, de maneira eficaz, o seu papel de ser a base para o planejamento e implementação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, ou ainda, revelam certa deficiência da própria VISAT, já que os dados são oriundos de suas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A subnotificação desses dados se constitui um grave problema para a saúde dos trabalhadores, assim como para qualquer sistema de informação em saúde, visto que mascara a realidade e repassa a falsa informação de que a ocorrência dos agravos está baixa ou até mesmo erradicada e que “está tudo bem” com aquele grupo populacional.

No campo da saúde do trabalhador, essa falha é produzida por inúmeros aspectos que permeiam, tanto explicitamente como implicitamente, as relações entre os atores envolvidos no processo de coleta das informações e/ou identificação/percepção dos agravos enquanto relacionados ao trabalho. Pode-se citar como sujeitos envolvidos nesse processo os próprios trabalhadores, a equipe técnica especializada dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), os empregadores e os profissionais de saúde que não fazem parte do SESMT, mas que, muitas vezes, atendem os trabalhadores em outras instâncias.

Uma das razões para que ocorra a subnotificação é o descuido, falta de preparo ou negligência de muitos profissionais de saúde, que tem certa dificuldade de perceber que muitas doenças estão relacionadas ao trabalho, conforme Santana e Nobre (2005); Scherer *et al.* (2007), podendo essa dificuldade acontecer em vários níveis. Ilustra essa situação o fato de várias doenças clássicas serem mais notificadas do que as doenças que não tem um agente causador específico.

Por exemplo, o saturnismo tem uma relação direta com o trabalho e assim é mais facilmente identificada e classificada como proveniente do trabalho, mas aqueles sofrimentos e afecções que têm relação com o trabalho, mas não tem um agente causador específico, geralmente são tratados como um problema individual e distante da organização e processos de trabalho (LOURENÇO, 2009, p. 229).

Lourenço (2009) destaca ainda outra dificuldade dos profissionais da saúde em correlacionar as mortes como sendo decorrentes do trabalho, quando o são, principalmente quando esta ocorre vários dias após um acidente grave, por exemplo, ou por complicação deste. Então, “num primeiro momento, pode-se até notificar o acidente, por exemplo, traumatismo craniano por queda, e se dias depois a vítima vem a óbito, ocorre, muitas vezes, de não ser feita a devida comunicação” (LOURENÇO, 2009, p. 229).

Vale ressaltar que óbitos por acidentes de trabalho são considerados “causas externas de morte”, para as quais os únicos órgãos autorizados legalmente a emitir a Declaração de Óbito são os Institutos de Medicina Legal, o que supostamente conferiria maior fidedignidade às informações. Todavia, pesquisas que focalizam “causas externas” têm identificado inconsistências e índices insatisfatórios de concordância da causa básica, mesmo nas declarações emitidas por IML (DRUMOND JÚNIOR *et al.*, 1999). Conseqüentemente, o diagnóstico correto de acidentes ou doenças do trabalho é ainda, lamentavelmente, um fato raro. (...) Ademais o uso da Classificação Internacional de Doenças também se mostra com problemas, desde que há uma facilitação dessa omissão, por ser possível, especialmente no caso das causas externas, atribuir um diagnóstico da lesão sem o registro da sua vinculação com a atividade ocupacional (SANTANA; NOBRE, 2005, p. 72).

Ademais, pode ocorrer subnotificação induzida pelo receio das implicações econômicas que o estabelecimento do nexos causal do agravo à saúde com o trabalho trará para as empresas, por causa das penalidades tão onerosas que o nexos causal pode produzir, em que essas empresas devem pagar uma quantia muito alta para os trabalhadores acometidos por um agravo relacionado ao trabalho.

Além desse motivo principal, dados ou informações podem ser empregados como evidências ou provas legais em contextos jurídicos ou mesmo previdenciários com vistas à habilitação para benefícios, podendo se identificar tensões na decisão sobre o registro e processamento de informações, também no âmbito da Previdência Social (WALDVOGEL, 2002; SANTANA ET AL., 2004 *apud* SANTANA; NOBRE, 2005, p. 71).

Santana e Nobre (2005) cita ainda outros dois motivos para que ocorra a subnotificação dos agravos a saúde dos trabalhadores em nosso país. O primeiro deles refere-se a não serem todos os sistemas de informações em saúde que possuem, em seus formulários de preenchimento, campos para se identificar o nexos causal entre o agravo e as condições do trabalho e/ou a ocupação do trabalhador. Outro motivo é que o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) não é universal e abrange somente as internações da rede pública e serviços conveniados ao SUS. “O SIH limita-se a internações e não a pessoas ou eventos de doenças; não identifica re-internações e transferências, possibilitando repetições. Isso interfere na construção de indicadores de morbi-mortalidade hospitalar e de avaliação dos serviços” (SANTANA; NOBRE, 2005, p. 72).

Além desses fatores mais diretos, como os ligados à subnotificação dos dados, há, de maneira complementar, vários outros aspectos que influenciam negativamente a construção e manutenção de sistemas de informação em saúde do trabalhador. Pode-se citar a variedade e, conseqüente falta de padronização, das denominações das atividades de trabalho, o que torna o registro das ocupações limitado no Brasil (SANTANA; NOBRE, 2005).

Todos esses aspectos negativos têm como conseqüência o que Lourenço (2009) chama de ‘invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho’, sendo que “a falta de articulação entre as políticas de saúde, previdência e trabalho alimentam o processo de invisibilidade social com sérias conseqüências para as relações sociais de trabalho, condições de vida e saúde da classe trabalhadora” (LOURENÇO, 2009, p. 237). O autor aponta para a necessidade de todos os profissionais da saúde adotar um olhar pautado na historicidade dos agravos relacionados ao trabalho e como a sociedade participa de todo o processo de adoecimento dos trabalhadores, e não apenas olhar para a relação desses agravos com os fatores de risco e os ambientes de trabalho (LOURENÇO, 2009).

Existe também a necessidade de serem criados/aperfeiçoados outros sistemas de informação por parte dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e do Trabalho e Emprego, pois os sistemas/dados que já existem, como os bancos de dados do Sistema Único de Benefícios, os Seguros de Acidente de Trabalho (SAT) e as Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), também são limitados, diminuindo assim a possibilidade de sua utilização de maneira eficaz para a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores (SANTANA; NOBRE, 2005).

6 CONCLUSÃO

A partir da avaliação do banco de dados do portal eletrônico do Ministério da Saúde referentes à notificação dos agravos em Saúde do Trabalhador, pode afirmar que essas informações não revelam o perfil de adoecimento da população trabalhadora, assim, é ineficaz aos objetivos da vigilância em saúde do trabalhador de melhoria desse perfil de adoecimento e que não estão expostas de maneira clara, objetiva e de fácil acesso a população. Outrossim, não existe complementação dos sistemas de informações já existentes, principalmente pela falta de preparo dos profissionais que trabalham na área de saúde do trabalhador.

Espera-se que este trabalho seja continuado por outras pesquisas que tratem a respeito da Vigilância em Saúde do Trabalhador abordando outros aspectos mais complexos dessa temática tão fundamental para a concretização de políticas em saúde do trabalhador eficazes. Espera-se, não apenas motivada por essa pesquisa – até por que seria demasiada pretensão desejá-lo – mas, principalmente, por certa ‘paciência histórica’, que outros sujeitos, além dos profissionais da enfermagem, se importem e se interessem pelas questões de saúde do trabalhador, fundamentalmente os gestores, governantes, prefeitos, empresários, ministros entre outros. Espera-se melhores condições de trabalho, melhoria dos perfis de saúde e doença da população trabalhadora brasileira.

7 REFERÊNCIAS

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):319-322, jan-fev, 2003. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14934.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

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. Dissertação de mestrado em Ciências Médicas, USP. Ribeirão Preto-SP. 2006.

BELLUSCI, S. M. **Doenças profissionais ou do trabalho**. 10. ed. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm> Acesso em 05 de março de 2011.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em 05 de março de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CAMARGO, D. A.; CAETANO, D; GUIMARÃES, L. A. M. Psiquiatria Ocupacional II: síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**: 54(1): 21-33, jan-mar, 2005. Disponível em: <<http://www.ipub.ufrj.br/documentos/>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2011

FRANCO, T; DRUCK, G. O trabalho contemporâneo: precarização e saúde mental. In: **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008, p.1-14. Disponível em <www.fundacentro.gov.br>. Acesso em: 16 de março de 2010.

FRIAS JÚNIOR, C. A. S. A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. Disponível em: <www.portalteses.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 20 de outubro de 2010.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online]. 2004, vol.26, suppl.1, pp. 11-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2010.

GODINHO, A. L. de A. **Avaliação da Saúde Mental dos trabalhadores de uma empresa siderúrgica**. 2003. 120 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção – ênfase em ergonomia) – Faculdade de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. de C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2011.

LACAZ, F. A. de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.4, pp. 757-766. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 27 de novembro de 2010.

_____. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1997, vol.13, supl.2. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1360.pdf>. Acesso em: 03 de março de 2010.

LOURENÇO, E. A. de S.; BERTANI, I. F. **Saúde do Trabalhador no SUS**: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2010.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. Tese de doutorado em Serviço Social, UNESP, Franca/SP, 2009. Disponível em: <www.franca.unesp.br/posservicosocial/Edvania.pdf>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2011.

MACHADO, J. M. H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10(4):987-992, 2005. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0390.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

_____. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):33-45, 1997. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1362.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

MICHAELIS. *Moderno dicionário da língua portuguesa* (online). Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index>>. Acesso em 15 de agosto de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 08 de janeiro de 2011.

_____, 1996. Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: MS. Disponível em: <www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

_____, 1998. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: MS. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/>>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

_____, 2004. Portaria Nº 777/GM, 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. Brasília: MS. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria777.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2011.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

SANTANA, V. NOBRE, L. **Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador**. In: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” - Coletânea de Textos. Brasília, 2005. p. 71-75. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2011.

SANTOS, A. B. *et al.* **Alcoolismo e Trabalho**: como estão relacionados? [2007] Anais do IX Encontro de Extensão da UFPB. 09 a 11 de maio de 2007. Disponível em: <www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2010.

SCHERER, V. *et al.* SINAN NET: um sistema de informação à vigilância na saúde do trabalhador. **Cogitare Enferm.** 2007; 12(3):330-337. Disponível em: <www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/> Acesso em: 22 de janeiro de 2011.

SILVA, F. P. P. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **PSI - Revista de Psicologia Social e Institucional**. Londrina, v. 2, nº 1, jun. 2000. Disponível em: <www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15>. Acesso em: 28 de setembro de 2009.

SILVA, Z. P. da; BARRETO JR., I. F.; SANT'ANA, M. do C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, Mar. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a05.pdf>. Acesso em: 07 de março de 2011.

VASCONCELOS, L. C. F. de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma política de Estado. 2007. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <www.segurancatrabalho.com.br/download/saude-fadel.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2008.