



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO ACADÊMICO EM SERVIÇO SOCIAL

KLEBER JOSÉ DA SILVA

**SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: uma avaliação da Política  
Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos  
Sistemas de Informação**

JOÃO PESSOA  
2016

KLEBER JOSÉ DA SILVA

**SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: uma avaliação da Política  
Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos  
Sistemas de Informação**

Dissertação apresentado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida

JOÃO PESSOA  
2016

S586s Silva, Kleber José da.

Saúde e previdência social: uma avaliação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora a partir dos sistemas de informação / Kleber José da Silva. - João Pessoa, 2016.

114 f. : il.

Orientação: Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Serviço social. 2. Saúde do trabalhador. 3. Direitos sociais - Classe trabalhadora. I. Almeida, Bernadete de Lourdes Figueiredo de. II. Título.

UFPB/BC

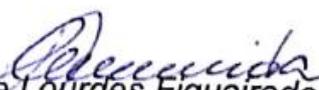
KLEBER JOSÉ DA SILVA

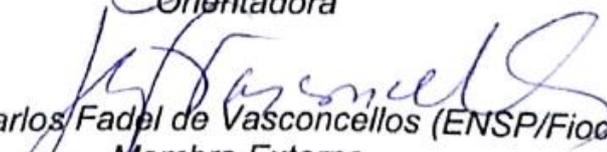
**SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: uma avaliação da Política  
Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos  
Sistemas de Informação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba,  
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em  
Serviço Social.

Aprovada em: 02 / 05 / 2016

Banca examinadora

  
Prof. Dra. Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida  
Orientadora

  
Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (ENSP/Fiocruz-RJ)  
Membro Externo

  
Profa. Dra. Elisângela de Oliveira Inácio (UFPB)  
Membro Interno

Dedico esta dissertação a minha família.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus Pai** pelo dom da vida e por conceder-me a graça de chegar ao fim desta etapa, dando-me força, coragem e discernimento para superar os obstáculos;

As minhas queridas Mães, **Maria Helena Jose da Silva** e **Wilma da Cruz Gouveia Silva** pelo amor, cuidado, estímulos de força e coragem ao longo da vida;

Ao meu Pai, **Carlos Antônio da Silva** pelo zelo e amor que abençoa meus passos;

*In memoriam* aos meus avós, Alôncio José e Josefa Enedino, Alaíde Oliveira e Aguinaldo Luiz; e Rosa Gouveia.

Aos meus irmãos **Ana Raquel**, **Camila Carla**, **Israel Pedro** e **Ana Carolina** por todo amor e carinho;

À minha orientadora, Profa. Dra. **Bernadete de Lourdes Figueirêdo de Almeida**, que com dedicação acompanhou todo o meu processo de formação, desde os primeiros dias de aula na graduação, a vivência no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Análise de Conjuntura e Políticas Sociais (SEPACOPS/DSS/UFPB). Sua atenção, confiança, compreensão e incentivos foram muito importantes nesse processo. Muito obrigado pelas experiências transmitidas e conhecimentos compartilhador ao longo da etapa.

Ao meu Amigo e Prof. Dr. **Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos**, do qual tenho a graça de compartilhar os saberes e práticas da saúde do trabalhador. Seu ensinamento muito tem engrandecido o meu processo de formação. Muito Obrigado!

À minha amiga e Profa. Dra. **Elisângela de Oliveira Inácio** que me acompanhou desde a graduação o meu processo formativo e me trouxe vários ensinamentos. E da qual guardo minha admiração, carinho e respeito. Muito Obrigado!

À todos os professores servidores da PPGSS/UFPB, em especial (**Bernadete de Lourdes**, **Jaldes Menezes**, **Cláudia Gomes**, **Maria Augusta**, **Socorro Vieira**, **Maria de Lourdes Soares**, **Luciana Batista**) que com dedicação, estímulo e confiança contribuíram nesse processo;

À todos que me acolheram na área de Saúde do Trabalhador, Carmen Verônica, você que me trouxe para essa área de Saúde do Trabalhador, muito obrigado minha amiga e companheira de luta.

Aos meus amigos e Professores da Saúde do Trabalhador **Edil Silva, Nilma Uchôa, Gláucia Ieno**, a saudosa **Vera Amaral** (*in memoriam*), que com “paciência histórica” muito me ensinou. E, em especial a **Tereza Mitisunaga Kulesza** da qual guardo admiração e respeito e afeto pelos seus ensinamentos, conselhos e prática na militância da Saúde do Trabalhador! Muito, obrigado;

As minhas amigas **Luciene Aguiar, Jacqueline Wilhelm Caldas, Ana Paula Bragança, Luciana Amorim** pelo carinho, respeito e admiração. Muito Obrigado, vocês tem me ensinado muito!.

A Maria José, Luiza Bonifácio e José Neto, amigos e companheiros de luta do qual muito aprendi sobre Previdência Social;

Aos meus amigos e amigas de trabalho, **Carmen Verônica, Maria do Carmo, Jaciara Santos, João Batista, Maria de Lourdes, Raimundo Chaves, Karol Lima, Telma Lúcia, Anna Suely, Maria Isabel, Socorro Muniz, Erika Marques, Dalila, Egídio Filho, Eliane Sales, Francinaldo Lima, Denise Noronha, Lyssandra Costa, Jorge Luiz, Salete Azevedo, Rosa Emília**, por toda força e torcida ao longo desse processo de conclusão;

Aos meus amigos e amigas de mestrado, em especial a **Ricardo Leão, Raphaella Ramalho, Shellen Galdino, Raphaella Candeia** que nos momentos de formação muito dialogamos e aprendemos uns com os outros;

Existem irmãos biológicos que nascem na mesma família. Mas há irmãos que nascem em outras famílias. Mas esse não é o caso! Esse é o caso de uma escolha proporcionada pelo companheirismo, amor e amizade! A você **Ana Paula Xavier**, minha amiga e irmã! Companheira de caminhada. Muito Obrigado!

À **Douglas Almeida Ferreira Lima**, sua companhia, amizade, afeto e dedicação ao longo dos dias, com palavras de força e coragem tem me estimulado a vencer obstáculos. Muito Obrigado!

As minhas amigas e amigos **Livia Pinto, André Mémoria, Allan Jonnes, Ana Flora Gerhardt e família, Helena Soares, Joacil Venâncio, Jéssica Pereira**, obrigado pelo carinho fraterno;

Ao **Augusto Sávio Guimarães** que muito contribuiu nesse processo. Suas orientações e ajuda ao longo dessa caminhada foram muito importantes. Muito Obrigado!

Aos coordenadores dos CEREST Regionais e Estadual no Estado da Paraíba. E, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/MS) e sua equipe, na pessoa de **Jorge Mesquita Machado Huert**.

A todos os trabalhadores e trabalhadoras, principais sujeitos sociais desse estudo, que me motivou a partir de suas experiências e desafios enveredar por esse processo investigativo. Muito Obrigado!

Por fim a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para minha formação.

*O correr da vida embrulha tudo; a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem...*

GUIMARÃES ROSA

## RESUMO

A presente dissertação intitula-se SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: uma avaliação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos Sistemas de Informação, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba configura-se como uma pesquisa documental de cunho quanti-qualitativo a partir de banco de dados disponibilizados pelo Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador Profa. Vera Lúcia do Amaral Silva e Silva - (CEREST Regional) sob a gestão da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa. O estudo circunscreve-se no âmbito da saúde do trabalhador e os direitos sociais no Estado brasileiro e o objetivo consiste em levantar analiticamente a relação entre saúde, trabalho e direitos sociais dos trabalhadores no marco da sociedade capitalista, apontando os principais entraves e contradições do Estado na efetivação desses direitos no campo do trabalho a partir da Política Pública de Saúde e da Previdência Social, conforme Constituição Federal do Brasil de 1988. Trata-se de uma pesquisa documental junto a fontes secundárias analisados mediante procedimentos metodológicos quanti-qualitativo e o universo amostral é composto por 205 registros de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) entre os anos de 2014 e 2015. Embasa-se em autores que estudam as temáticas que perpassam o objeto de estudo, bem como em documentos técnicos, normas operacionais e legislações pertinentes à área de saúde, trabalho e direito. A análise do objeto de estudo é fundamentada por um arcabouço teórico-crítico de cunho marxista, no qual se buscou abordar os principais conceitos teóricos acerca da categoria trabalho, saúde e saúde do trabalhador a partir da perspectiva dos direitos sociais da classe trabalhadora ao longo da história. . As interpretações dos resultados desta pesquisa, as correlações secundárias dos dados, bem como as reflexões teóricas permitiram afirmar que os direitos sociais do trabalhador no Estado brasileiro são historicamente renegados e escamoteados pelos interesses econômicos da classe burguesa. Tal afirmação revela-se nas estruturas de Estado com políticas públicas fragilizadas, fragmentadas e de baixa resolutividade expressamente no espaço da Saúde e da Previdência Social, notadamente aqui abordados na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no SUS.

**Palavras-chave:** Saúde. Trabalho. Saúde do Trabalhador. Previdência Social. Questão Social.

## ABSTRACT

The present dissertation is entitled HEALTH AND SOCIAL SECURITY: an evaluation of the National Policy of Health of the Worker and of the Worker from the Information Systems, linked to the Post-Graduation Program in Social Service of the Federal University of Paraíba is configured as a quantitative-qualitative documental research from a database made available by the Regional Reference Center on Occupational Health Professor. Vera Lúcia do Amaral Silva e Silva - (CEREST Regional) under the management of the Municipal Health Secretary of João Pessoa. The study is limited in the scope of worker health and social rights in the Brazilian State and the objective is to analyze analytically the relationship between health, labor and social rights of workers within the framework of capitalist society, pointing out the main obstacles and contradictions of the State in the implementation of these rights in the field of work from the Public Health and Social Security Policy, according to the Federal Constitution of Brazil of 1988. This is a documentary research with secondary sources analyzed through quantitative-qualitative methodological procedures and the sample universe is composed of 205 Work Accident Communication (CAT) records between the years 2014 and 2015. It is based on authors who study the topics that pervade the object of study, as well as on technical documents, operational norms and legislation pertinent to the area of health, work and law. The analysis of the object of study is based on a theoretical-critical framework of a Marxist nature, in which the main theoretical concepts about the category of work, health and health of the worker from the perspective of the social rights of the working class along the history. . The interpretations of the results of this research, the secondary correlations of the data, as well as the theoretical reflections allowed to affirm that the social rights of the worker in the Brazilian State are historically renegade and concealed by the economic interests of the bourgeois class. This statement is revealed in the State structures with fragile, fragmented and low-power public policies expressly expressed in the area of Health and Social Security, specifically addressed here in the National Worker and Worker Health Policy, based on the work of the Reference Centers in Occupational Health in the SUS.

**Keywords:** Health. Work. Worker's health. Social Security.

## LISTA DE SIGLAS

ABrES – Associação Brasileira de Econômica da Saúde

CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CBO – Classificação Brasileira de Ocupação

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CEREST – Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

CGSAT – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

CID – Classificação Internacional de Doença

CISAT – Comissão Interinsidical de Saúde do Trabalhador

CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica

DRU – Desvinculação da Receita da União

FGTS – Fundo de garantia por Tempo de Serviço

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

MPOG – Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão

MPS – Ministério da Previdência Social

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MTPS – Ministério do Trabalho e Previdência Social

NOB – Norma Operacional Básica

NTDEAT – Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho

NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico

NUSAT – Núcleo de Saúde do Trabalhador

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDET – Programa de Disseminação das Estatística do Trabalho

PIB – Produto Interno Bruto

PNSST – Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RENAST – Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador

SAT – Seguro Acidente de Trabalho

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Mapa de distribuição geoadministrativa dos CEREST segundo número de municípios de abrangência. Paraíba, 2014-2015.....	81
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Município de residência dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	80
Gráfico 2 - Renda salarial dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/ PB, 2014-2015.....	83
Gráfico 3 - Acidentes de Trabalho por idade e tempo na ocupação dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/ PB, 2014-2015.....	88
Gráfico 4 - Situação atual dos trabalhadores que não obtiveram a transformação de B31 para B91. João Pessoa/ PB, 2014-2015.....	92

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Setor de vinculação do CEREST Regional e Estadual. Brasil, 2014-2015.....	54
Tabela 2 - Registros de procedimentos realizados pelo CEREST no Sistema de Informação Ambulatorial. Brasil, 2014-2015.....	54
Tabela 3 - Registros de despesas realizados pelo CEREST Regionais e Estaduais. Brasil, 2013-2014. (N=190).....	56
Tabela 4 - Registros de despesas realizados pelo CEREST Regionais e Estaduais Brasil, 2013-2014. (N=190).....	57
Tabela 5 - Situação das ações executadas pelo CEREST Regional e Estadual nos municípios de abrangência. Brasil, 2013-2014. (N=190).....	58
Tabela 6 - Programas Especiais desenvolvidos pelos CEREST. Brasil, 2014-2015 (N=131).....	59
Tabela 7 - Investimentos do Fundo Nacional de Saúde para manutenção dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Paraíba, 2003 – 2014.....	62
Tabela 8 - Série histórica de Notificação de Acidentes, Doenças e/ou Agravos Relacionadas ao Trabalho. Paraíba, 2012-2015.....	63
Tabela 9 - Demonstrativo da receita e despesas da Previdência Social. Brasil, 2009 – 2014.....	71
Tabela 10 - Número de acidentes de trabalho por situação de registro e motivo Brasil, 2010 – 2014.....	74
Tabela 11 - Despesas do INSS segundo as principais rubricas por Acidentes de Trabalho. Brasil, 2011. (R\$ Mil).....	76
Tabela 12 - Faixa Etária e Sexo dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	78
Tabela 13 - Escolaridade e Sexo dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	79
Tabela 14 - Atividade econômica dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	81
Tabela 15 - Ocupação dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	82

Tabela 16 - Tipologia dos Acidentes de Trabalho segundo capítulo da CID-10 dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	85
Tabela 17 - Atividades econômicas indutoras de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	86
Tabela 18 - Parte do corpo atingida por doenças dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	87
Tabela 19 - Tempo de afastamento do trabalho dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.....	90

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das equipes técnica dos CEREST segundo a área de formação. Paraíba, 2014-2015.....	64
--	----

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1 SAÚDE DO TRABALHADOR: velhas questões, novos paradigmas.....	24
1.1 Do Feudalismo ao Capitalismo Contemporâneo: uma breve discussão histórica da sociedade do adoecimento no trabalho .....	24
1.2 Trabalho e a Luta Política: a histórica organização dos trabalhadores no Brasil .....	28
1.3 A Questão Social e a Política Social: apontamentos de uma relação contraditória entre capital e trabalho .....	32
1.4 Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: desafios de uma Política de Estado.....	34
1.4.1 Saúde do Trabalhador: um modelo contra hegemônico à Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional.....	38
2 “SAÚDE NÃO SE VENDE, SAÚDE NÃO SE DELEGA, SAÚDE SE DEFENDE”: a construção política da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir da RENAST.....	44
2.1 Saúde do Trabalhador: versus e reversos de uma política constitucional do Estado brasileiro.....	44
2.2 Saúde do Trabalhador no Brasil: um panorama situacional da gestão em Saúde do Trabalhador a partir dos Sistemas de Informação.....	53
2.2.1 A Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba: um cenário de avanços e retrocessos da gestão em Saúde do Trabalhador	60
3 SAÚDE, TRABALHO E DIREITO: minimização do Estado e seus impactos na Saúde do Trabalhador.....	67
3.1 Orçamento Público e os impactos nas Políticas Sociais: uma reflexão a partir da Saúde do Trabalhador .....	67
3.1 A Saúde do Trabalhador em números: a face “oculta” dos acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho.....	72
3.2 Análise do perfil dos trabalhadores atendidos no Cerest – Regional - João Pessoa/PB	77

3.2.1 Dados Sociodemográficos.....	77
3.2.2 Perfil produtivo e dados ocupacionais dos trabalhadores atendidos no CEREST	81
3.3 Acidentes, doenças e/ou agravos à saúde do trabalhador: uma realidade atual e vivenciada pelos trabalhadores atendidos no CEREST Regional João Pessoa/PB .....	84
3.3.1 Trabalho e doença: o perfil epidemiológico de adoecimento do trabalhador atendido no CEREST.....	84
3.3.2 Condição atual no trabalho e o acesso ao direito previdenciário entre afirmação ou negação?.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES .....	107
APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA.....	108
ANEXOS.....	109
ANEXO A – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) .....	110

## INTRODUÇÃO

O primeiro ato histórico da humanidade em Marx é a existência de seres humanos vivos, sua instituição corpórea e as relações que os mesmos estabelecem entre e si, e, com a natureza que distingue-se dos animais pela capacidade de produzir seus meios de existência e conseqüentemente sua própria vida material (MARX; ENGELS, 2008). Desse modo, o trabalho torna-se uma categoria histórica como mola propulsora da relação entre homem-natureza e categoria central da relação social, conforme assevera Lukács “[...] somente o trabalho tem na sua natureza ontológica um caráter transitório. Ele é em sua natureza uma interrelação entre homem (sociedade) e natureza [...]” (LUKÁCS *apud* ANTUNES, 2009, p. 136).

A partir do trabalho o homem transforma a natureza e se transforma mútua e dialeticamente. Nessa relação, responde a determinadas necessidades e gera outras demandas funcionais as novas descobertas de forma a manter um ciclo de constante movimento de produção e reprodução social de acordo com o modelo de organização política, econômica, social e cultural vigente.

Em sua centralidade ontológica, o trabalho insere-se como mediador da vida em sociedade na produção de valores de uso em uma dinamicidade relacional entre o homem (sociedade) e natureza, em que as necessidades sociais apresentam-se como demandatárias (NETTO; BRAZ, 2008). Portanto é pelo trabalho que se constitui a riqueza socialmente produzida. Os objetos e os meios através da força de trabalho se viabilizam na realização de produção de bens objetivo e/ou subjetivo (mercadoria / serviço), e “[...] operam dentro de relações determinadas entre os homens e a natureza e entre os próprios homens” (NETTO; BRAZ, 2008, p. 59).

Todavia, ressalta-se que essa riqueza socialmente produzida é restritamente privativa, agudizando-se expressivamente no capitalismo industrial e contemporâneo que baseado no ideário liberal do século XVIII centrado na propriedade privada, na autorregulação de mercado, mecanização/automação dos processos produtivos agudiza a exploração da força de trabalho para obtenção e ampliação da lucratividade.

[...] no processo de produção capitalista, não é o trabalhador que usa os instrumentos de produção. Ao contrário: os instrumentos de produção — convertidos em capital pela relação social da propriedade privada — é que usam o trabalhador. Dentro da fábrica, o trabalhador se torna um apêndice da máquina e se subordina aos movimentos dela, em obediência a uma finalidade — a do lucro — que lhe é alheia. O trabalho morto, acumulado no instrumento de produção, suga como um vampiro cada gota de sangue do trabalho vivo fornecido pela força de trabalho, também ela convertida em mercadoria, tão venal quanto qualquer outra. (MARX, 1996, p. 34)

Conforme Marx o sistema capitalista apresenta-se sob o jugo da obediência aos ditames da lógica produtiva e impõe ao trabalhador uma relação mecanizada, sistemática de caráter não humano com a finalidade da obtenção da mais-valia relativa. Dentre as implicações desse processo verifica-se a subordinação do trabalhador ao *modus operandi* do sistema capitalista de produção, o que decorre na coisificação do trabalhador e na personificação da máquina (alienação). Uma vez estranho ao modo de produção subjugado ao ritmo acelerado da indústria mecânica e, mais recentemente, a era da informatização, com uma urgente automação dos serviços, o trabalhador passa a não mais determinar seu próprio modo de vida e de trabalho. Assim, “o homem se esgota numa proporção muito superior que a mera soma numérica do trabalho acusa” (MARX, 2006, p. 111). Por conseguinte, os rebatimentos desse trabalho (máximo explorado) repercutem em danos nocivos à saúde do trabalhador.

Indubitavelmente, os modelos produtivos que perpassam desde o Taylorismo e Fordismo até as novas formas de acumulação flexibilizada no Toyotismo, com repercussões drásticas na diminuição dos postos de trabalho, flexibilização das relações contratuais, subcontratação, terceirizações e mais recentemente quarteirização, ditaram e ditam até os dias atuais o compasso da produção que controlado pelo tempo-produção, extrapolam a carga biológica, física e psíquica dos trabalhadores, conduzindo estes à estagnação produtiva em decorrência de acidentes, doenças ou agravos relacionados ao trabalho.

Neste cenário o Estado assume um papel importante à funcionalidade da relação capital e trabalho a fim de garantir os padrões mínimos de (re)produção

social e econômica, com adoção de Políticas Sociais que visem melhorias nas condições de vida e de trabalho sob a perspectiva de direito (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Contudo, o direito à saúde, ao trabalho e a previdência social, circunscritos na Constituição Federal de 1988 expressam-se na atual conjuntura de redefinição neoliberal do Estado, “camuflado” sob o viés neodesenvolvimentista, com um enorme fosso entre a garantia desses direitos e a sua real efetividade. Sobretudo pelo caráter ambíguo da Seguridade Social brasileira que conjuga no campo da proteção social sistemas híbridos, com modelos da socialdemocracia, corporativista-estatista e liberalista (ESPING-ANDERSEN, 1991). Até porque o que se configura nos bastidores analíticos da criticidade ao longo da história é um cenário de superexploração da classe trabalhadora em troca de concessões e acordos que puseram em cheque o projeto radical de rompimento com o capital em troca de reformas imediatas que se revelaram opções atenuadoras através de políticas sociais e ampliação de direitos como um pacto “harmonioso” entre “explorador e explorado”.

Nesse ínterim, os acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho na atual conformação dos modelos produtivos apresentam-se como um relevante problema de Estado, com desdobramentos econômicos, políticos e sociais acentuados. Esses desdobramentos são notadamente revelados a partir de tentativas equacionais de saneamento entre Estado – Capital através de Políticas Públicas, sobretudo, aquelas centradas no eixo da Seguridade Social (Saúde, Previdência Social, Assistência Social) e demais políticas setoriais como mecanismos de enfrentamento às determinações sociais advindas do movimento e das relações contraditórias entre Capital e Trabalho.

Segundo dados do Ministério do Trabalho e Previdência Social no Brasil entre os anos de 2009 a 2013, foram liquidados mais de 3.6 milhões de acidentes de trabalho. Cerca de 85,5% destes acidentes<sup>1</sup> culminaram no afastamento do trabalhador. Os dados revelaram também que 79.089 mil dos acidentes evoluíram para incapacidade permanente do trabalhador e 13.816 mil referem-se a acidentes

---

<sup>1</sup> Acidente do trabalho será aquele que ocorrer pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou doença que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1967, art. 3º).

fatais ou que evoluíram para morte do trabalhador. Vale salientar que esses dados referem-se apenas aos trabalhadores regulados pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT)<sup>2</sup> que representa 1/3 da População Economicamente Ativa<sup>3</sup> no Brasil e excluem dessa lista os trabalhadores autônomos, empregados domésticos, servidores públicos e militares.

No decorrer das experiências vivenciadas no CEREST Regional João Pessoa/PB, lócus de minha atuação profissional, foram percebidas amplas fragilidades da efetivação da proteção social ao trabalhador. Os relatos junto aos usuários/trabalhadores afirmavam que essa cadeia de desproteção é marcada por vários momentos na vida produtiva, perpassando desde o campo privativo no âmbito das empresas ao espaço das políticas sociais, como Saúde e Previdência Social, sobretudo, no que tange aos cumprimentos legais na garantia da saúde, do trabalho e da previdência social enquanto direito do cidadão e dever do Estado mediante a adoção de políticas econômicas, sociais e modelos produtivos que garantam satisfação e a saúde dos trabalhadores.

A *via crucis* percorrida pelo trabalhador expressa nas condições de trabalho com altas jornadas, ambientes insalubres que favorecem a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, precarização e flexibilização dos direitos trabalhistas, fragilização, negação de direitos previdenciários, bem como das ações integrais em saúde que transcorrem desde a atuação em Vigilância da Saúde<sup>4</sup> aos procedimentos de assistência ambulatorial e especializada.

O objetivo do estudo visa discutir as questões de saúde, trabalho e direito social no marco da sociedade capitalista a partir de uma análise histórico - crítica da efetivação ou não desses direitos na vida dos trabalhadores. E, embasa-se no

---

<sup>2</sup> Seguro Acidente de Trabalho (SAT) é obrigatório e está integrado na previdência social, nos termos da Lei nº 5.316, de 14 de setembro de 1967.

<sup>3</sup> No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou, apenas entre os quase 23 milhões de trabalhadores formais, menos de 30% da População Economicamente Ativa – PEA (BRASIL, 2006, p. 18).

<sup>4</sup> A Vigilância da Saúde, todavia, propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde. (TEIXEIRA *et. al*, 1998, p. 17)

princípio de que o trabalho é um processo natural no seio da relação humana e, por mais que dela se distancie, o homem continuará transformando a natureza e conseqüentemente a si mesmo.

Assim, a presente Dissertação de Mestrado intitulada: “SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: uma avaliação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos Sistemas de Informação” vincula-se ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba e configura-se como uma pesquisa documental de cunho quanti-qualitativo a partir dos atendimentos realizados no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador Profa. Vera Lúcia do Amaral Silva e Silva - (CEREST Regional), com sede em João Pessoa/PB.

O universo amostral desta pesquisa compreende um total de 205 (duzentos e cinco) usuários trabalhadores que representam 46,2% dos usuários atendidos no CEREST Regional – Macro I João Pessoa/PB entre os anos de 2014 e 2015. O critério da amostra se deu pela totalidade dos trabalhadores que obtiveram nexo causal em saúde do trabalhador (relação da doença com o trabalho) e conseqüentemente obtiveram emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pelo referido Centro.

Portanto, desenvolveu uma pesquisa documental que subentende um procedimento investigativo em torno de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, de instituições etc.). Na pesquisa documental também se pode investigar materiais que também já foram processados, mas que podem receber outras interpretações, como relatórios, tabelas, dados estatísticos, etc. (GIL, 2008).

Quanto aos procedimentos metodológicos da coleta e análise dos dados optou-se pelos instrumentos e técnicas quali-quantitativas a partir das fontes levantadas através da consulta a duas fontes secundárias: a) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e b) ao banco de dados do Inventário da RENAST 2013-2014 / 2014-2015. Tal escolha deu-se pelo interesse investigativo de garimpar nesses banco de dados questões mais relevantes que corroboram com os objetivos propostos deste estudo. Recorreu-se a fontes secundárias levantadas junto aos

estudos estatísticos e censitários do IBGE, do MPS, MTE, MTPS CAGED, RAIS, SINAN, SES, SMS e SIOPS, bem como foram consultas as legislações, normas técnicas e operacionais concernentes à área de saúde, trabalho e direito social.

Na fase de análise e interpretação dos dados utilizou-se dos seguintes procedimentos: a tabulação mediante a análise estatística descritiva com o uso de Tabelas e gráficos; a dimensão qualitativa refere-se à correlação das análises subjetivas e a interlocução com as referências teóricas e os documentos, sobretudo, as legislações.

Os dados coletados foram consolidados em um banco de dados por meio do uso do *Software Statistical Packager for the Social Sciences* e, posteriormente, tabulados, possibilitando a construção de gráficos, tabelas e mapas que contribuíram nas análises.

Este trabalho estrutura-se em três Capítulos: o primeiro consiste na elaboração teórica em torno do objeto de estudo e suas categorias analíticas com uma abordagem acerca dos modelos produtivos e os rebatimentos no mundo do trabalho. Posteriormente, aborda-se um breve histórico acerca da luta dos trabalhadores no Brasil por melhores condições de vida e trabalho, com uma breve discussão sobre “Questão Social”, trazendo elementos da trajetória da Política Pública de Saúde no Brasil e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) culminando com a proposta Política da Saúde do Trabalhador enquanto um modelo contra hegemônico à medicina do trabalho e a saúde ocupacional.

O segundo Capítulo objetiva problematizar as questões relativas do Estado Brasileiro quanto ao direcionamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora enquanto uma política que “não se vende”, “não se delega”, mas “se define” como uma necessidade intransigente da classe trabalhadora. Inicialmente, aborda-se uma discussão da Saúde do Trabalhador enquanto uma Política de Estado, os avanços legais e as (in) compreensões acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e sua interface intra e intersectorial. No segundo momento aponta-se um panorama da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, limites e desafios na gestão técnica e a Política da Saúde do Trabalhador a partir dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). E, por último aborda-se o cenário da gestão da PNST entre avanços e retrocessos no Estado da Paraíba.

O terceiro Capítulo traça uma análise em torno da minimização do Estado e seus impactos na saúde do trabalho abordando a conjuntura econômica e política, bem como as suas reverberações nas políticas sociais com enfoque para a transversalidade entre Previdência Social, Saúde e Trabalho. Em seguida, apresenta-se a construção analítica do perfil dos trabalhadores em torno de dois eixos: dados sócios demográficos e o perfil produtivo e ocupacional. Posteriormente, apresentam-se os dados de acidentes, doenças e/ou agravos à saúde do trabalhador enquanto uma realidade atual e vivenciada pelos trabalhadores. Esses dados são analisados também em dois eixos: o perfil epidemiológico de adoecimento do trabalhador e o acesso contraditório ao direito previdenciário entre a afirmação ou negação.

As interpretações dos resultados desta pesquisa, as correlações secundárias dos dados, bem como as reflexões teóricas permitiram afirmar que os direitos sociais do trabalhador no Estado brasileiro historicamente vêm sendo renegados e escamoteados pelos interesses econômicos da classe burguesa. Tal afirmação revela-se nas estruturas de Estado com políticas públicas fragilizadas, fragmentadas e de baixa resolutividade expressamente reveladas no espaço da Saúde e da Previdência Social, notadamente aqui abordados na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no SUS.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, as referências, os apêndices (Carta de Anuência) e os anexos (Comunicação de Acidente de Trabalho).

## **1 SAÚDE DO TRABALHADOR: velhas questões, novos paradigmas**

Os desafios que perpassam o campo da Saúde do Trabalhador enquanto categoria de análise circunscreve-se no cenário dos novos padrões de acumulação capitalista e da reestruturação produtiva, vivenciados, sobretudo, nas últimas décadas sob a égide da precarização, flexibilização e minimização dos direitos sociais e trabalhistas, com forte viés de agudização das expressões da Questão Social<sup>5</sup> advindo da maximização da exploração da força do trabalho, reveladas sobremaneira na forma de adoecer e morrer da classe trabalhadora.

Assim o presente capítulo propõe discutir a Saúde e Trabalho enquanto categoria analítica que vem ao longo da história se perpetuando como “velhas questões” e apresentando-se nas novas conformações do mundo do trabalho em novos paradigmas. E apresenta-se na seguinte lógica expositiva: no primeiro momento discute-se a história do adoecimento no trabalho a partir dos modelos produtivos e econômicos. Posteriormente expõe-se a luta política dos trabalhadores no Brasil pontuando em seguida a questão social como fruto da relação contraditória capital versus trabalho e a política social enquanto resposta do Estado na busca de equacionar os problemas advindos dessa relação. Em seguida discute-se os desafios do Sistema Único de Saúde no âmbito da Saúde do Trabalhador enquanto um modelo contra hegemônico à Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

### **1.1 Do Feudalismo ao Capitalismo Contemporâneo: uma breve discussão histórica da sociedade do adoecimento no trabalho**

Historicamente a percepção do processo saúde-doença sob a determinação do trabalho revela-se no bojo das relações políticas, econômicas, sociais e culturais e, se expressa no modo de (re)produção da vida que perpassa desde o modelo artesanal no feudalismo, do sistema escravista no capitalismo mercantil (período colonial) e das novas formas de organização do trabalho no capitalismo industrial e, mais recentemente no capitalismo contemporâneo, guardadas suas

---

<sup>5</sup> Ler IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. em Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 10. Ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 77.

proporcionalidades.

O modelo de produção feudal tem dois momentos importantes e necessários a serem observados para melhor compreensão da discussão a que se propõe: o modo de produção artesã e o modo agrícola primitivo. O primeiro forjava-se pela apropriação dos meios de produção (meios de trabalho e objetos de trabalho) e da força de trabalho pelo próprio trabalhador. Configurava-se na autonomia em relação ao trabalho desprendido na produção de um bem, enquanto valor de uso e de troca, sem, contudo extrair desta a exploração da mais-valia.

O artesão controla a concepção e a execução da sua atividade, o saber-fazer (know-how) com o domínio de métodos aplicados em todas as etapas do processo de produção. Há, portanto, uma unidade psicofísica e social dos seus atos que possibilita a constituição de uma integridade física e mental no exercício do trabalho (PENA; GOMES, 2011, p. 88).

Assim, o domínio de todas as etapas de produção e a unicidade biopsíquica e social do trabalhador contribuía significativamente para saúde física e mental. O adoecimento ou os agravos decorrentes do trabalho nesse período estavam atrelados à exploração do senhor feudal ou Rei na cobrança de impostos e da miséria social presentes na época. Já o modelo agrícola primitivo caracterizava-se pela apropriação da terra pelos senhores feudais e pela propriedade parcial dos servos camponeses e a produção regia-se sob a lógica de subsistência que buscava a satisfação das necessidades familiares dos trabalhadores camponeses e a outra parte da produção retornava ao senhor feudal na forma de imposto pago pelo usucapião da terra, já que o camponês não detinha o direito de propriedade da terra e nem tampouco de sua força de trabalho (MARX *apud* PENA; GOMES, 2011). Caso o camponês, por “infelicidade”, fosse acometido de doença ou agravo relacionado ao trabalho a responsabilidade recaía sobre a família, pois não existia nenhum apoio do senhor feudal nem do clero.

Castel salienta que:

A organização do trabalho (jornadas, folgas, ritmo, intensidade etc) e as doenças relacionadas ao trabalho encontravam-se inscritas na ordem familiar. O senhor feudal e o clero não se interessavam pelas condições de trabalho e saúde de seus servos, pois exigiam apenas

que lhe pagassem o dízimo e os impostos. A família arcava com a assistência ao doente e ao seu acolhimento na invalidez, mesmo que isso lhe implicasse excesso de trabalho (CASTEL *apud* PENA; GOMES, 2011, p. 87).

Na sociedade escravocrata a condição de animal ao homem-escravo imposta pelo pensamento vigente na época reservou ao trabalhador apenas a servidão e o trabalho pesado, destituindo-o de corpo e alma. Esse trabalho não reconhecido, sediado nas relações de classes entre o senhor (aristocracia feudal e clero) e o servo (escravo) subalternizou psicossocialmente as relações econômicas de produção ao longo da história (IANNI, 1962).

No caso brasileiro, não se vivenciou o modo de produção feudal. A acumulação primitiva processou-se pela exploração do trabalho escravo. Assim, a destituição do trabalho e maximização da exploração tencionadas pela lógica seguinte, do capital mercantilista, desumanizaram a força de trabalho e impuseram a condição animalesca da relação produtiva sobre o viés escravista que perdurou desde o período colonial até a Primeira República, quando se engendraram as primeiras conformações do capital industrial.

De fato, a transição do sistema escravista para a sociedade de classes não se configurou numa ruptura, mas em um sistema em decadência (escravocrata) para um sistema mais moderno que traria o desenvolvimento (assalariado). E, essa transformação social, por sua vez, é feita por uma elite aristocrática influenciada pelos ideais liberais, cujo principal objetivo era dar base de sustentação à nova ordem de exploração dos homens entre homens. Em suma, se por um lado a libertação dos escravos representou um avanço da sociedade, por outro, selou no jogo de interesses contraditórios a grande cartada do capital burguês (FERNANDES, 2008).

A exploração agora velada pela relação contratual da troca entre força de trabalho e dinheiro possibilitou a potencialização da comercialização da mercadoria e, conseqüentemente, da efetivação objetiva do sistema capital (lucro), mesmo que este se apresente inicialmente na forma singular de acumulação privativa da riqueza socialmente produzida. Com efeito, fraciona-se cada vez mais o processo produtivo a fim de que o trabalhador estranhado (ou alienado) ao seu trabalho perca a sua

autonomia, maximizando a alienação.

Com o apogeu da Revolução Industrial no Século XVIII novos paradigmas da organização do trabalho trouxeram enormes rebatimentos sobre a saúde do trabalhador. A divisão sociotécnica do trabalho regida sob a batuta do tempo-produção-lucro. O modelo adotado por Frederick Taylor (1856 – 1915), conhecido como Taylorismo, chancela o controle gerencial da produção e impõe a separação entre concepção e execução do trabalho, com divisão de tarefas e o detalhamento das atividades favorecendo o controle e o gerenciamento de cada fase do processo, bem como, do método de execução do trabalho, com a finalidade de maior obtenção de produtividade.

Somado à lógica taylorista, Henry Ford fomenta o parcelamento da linha de produção indústria automotiva e fixa o trabalhador no único ponto de trabalho, parcelando o processo de produção.

O racionamento do trabalho aplicado por Ford com a introdução dos princípios taylorista e de Fayol provocou um aumento em larga escala do sistema de produção automobilística no Século XIX. Antes de Ford eram necessários mais de 12 horas para a fabricação de um carro. Após a racionalização e o parcelamento das atividades no taylorismo ocorre uma queda em torno de 07h20 horas no tempo de produção. Essa queda torna-se ainda mais expressiva quando os operários passam pelo processo de treinamento, chegando a 02h38. E com a automatização proposta por Ford esse tempo cai para 01h38. Em escala de produção equivale a um aumento em média de 8 a 9 unidades automotivas a mais (GOUNET, 2009).

A instauração da crise política e econômica vivenciada em escala global na década de 1970, com a diminuição dos níveis de acumulação capitalista frente ao esgotamento do modelo produtivo taylorista/fordista impõe à classe trabalhadora novas formas de acumulação flexibilizada do capital adotada pelo modo de produção toyotista, com repercussões drásticas na diminuição dos postos de trabalho em decorrência do processo de automatização, flexibilização das relações contratuais, subcontratação que repercutem significativamente “o modo de andar a vida, a saúde e o trabalho” (VASCONCELLOS, 2011, p. 34-35).

No Brasil a tendência toyotista tem seu início na década de 1980 e conjuga em seu modelo organizacional a uma produção orientada para demanda do

mercado (just –in-time) e controlada por um sistema de informação que determina a quantidade de produção em cada etapa do processo (kanban). Somam-se a essas formas os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) que objetivam sanar os principais problemas identificados na linha de produção (NAVARRO,2010).

Indubitavelmente, a mecanização da indústria e mais recentemente a revolução tecnológica ditaram e ditam até os dias atuais o compasso da produção em máquinas operadas por homens, mulheres, crianças e idosos, que controlados pelo tempo-produção, extrapolam a carga biológica, física e psíquica conduzindo estes à estagnação produtiva em decorrência de acidentes, doenças ou agravos relacionados ao trabalho.

Enquanto a escala de produção perdia seu referencial limitante, em virtude do advento da tecnologia fabril, a força de trabalho humana, simultaneamente perdia sua capacidade de trabalhar no limite de sua natureza biológica, pela necessidade de acompanhar o ritmo imposto pela tecnologia (VASCONCELLOS, 2011, p. 128).

Não obstante, outras atividades econômicas decorreram da ampliação da importância atribuída à mercadoria que passa a exigir sua circulação a fim de garantir a objetivação do capital. Para efetivar esse novo modelo produtivo dá-se o pacto Estado, Capital e trabalho necessário e endógeno à lógica da expansão da acumulação capitalista.

## **1.2 Trabalho e a Luta Política: a histórica organização dos trabalhadores no Brasil**

A organização de trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho no Brasil tem suas marcas desde o período da escravidão. As primeiras tentativas datam de 1853 com a Imperial Associação Tipográfica Fluminense, a Sociedade União dos Cocheiros (1856), a Sociedade Beneficente do Arsenal da Marinha, a Sociedade Protetora dos Caixeiros (1858), a Liga Operária (1973), a Sociedade de Humanitária dos Empregados no Comércio de Santos-SP (1879) e a Associação de

Auxílios Mútuos dos Empregados da Tipografia Nacional (1880) (BASBAUM *apud* MARINGONI, 2010, p.132). Chama-se atenção que embora existissem movimentos de reivindicações dos trabalhadores, as associações mutualistas assumiam mais um caráter filantrópico com vistas à “assegurar a sobrevivência de famílias de assalariados pobres, ou auxiliá-las em determinadas ocasiões, como no enterro de um de seus membros” (GOHN,1995, p. 41).

As bandeiras de lutas levantadas pela classe operária nos anos de 1900 pautavam-se em um cenário de inexistência de direitos trabalhistas. A lei era a lei do patrão, do dono do capital e da força de trabalho desprendida pelo trabalhador (VANNUCHI; MARINGONI, 2010). Entre as reivindicações destacavam-se melhores condições de vida e trabalho, aumento de salário e redução de carga horária. Naquela época, trabalhava-se de doze a dezesseis horas diárias. Para Luca *apud* Rudek (2011, p. 13-14) as condições de trabalho no espaço fabril eram péssimas, a exemplo de uma vidraçaria em São Paulo:

O ambiente era o pior possível. Calor intolerável, dentro de um barracão coberto de zinco, sem janelas nem ventilação. Poeira micidial, saturada de miasmas, de pó, de drogas moídas. Os cacos de vidro espalhados pelo chão representavam um pesadelo para as crianças, porque muitas trabalhavam descalças [...] A água não primava pela higiene. [...] trabalhava-se nove horas por dia, inclusive aos sábados e [...] quando havia muitas encomendas, também aos domingos[...].

Um marco histórico importante na luta operária foi a criação da Confederação Operária Brasileira (COB) em 1906, como resultante do 1º Congresso Operário, que reuniu em suas bases cerca de cinquenta associações e sindicatos, passando a funcionar dois anos após (1908). Suas reflexões inspiravam-se na Confederação Geral do Trabalho (CGT) da França sobre o viés do anarcossindicalismo e buscava fortalecer politicamente o movimento operário (GIANNOTTI *apud* VASCONCELLOS, 2011, p. 273).

Posteriormente, em 1913, ocorreu o 2ª Congresso Operário com orientação sindical para a instrução dos trabalhadores sobre condições de higiene e segurança no trabalho, a fim de fortalecer a luta por essas questões. Outro avanço importante

refere-se às deliberações do 3<sup>a</sup> Congresso Operário (1920) com orientações as ações de fiscalizações das empresas pelas associações operárias. Tais encaminhamentos estimulavam o controle sobre os interesses patronais da máxima lucratividade pela exploração operária e buscavam instrumentalizar a defesa dos trabalhadores mediante acidentes de trabalho (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Em 1917 cerca de 70 mil trabalhadores de 35 empresas tomam a rua e mais uma vez suas exigências pautavam-se na diminuição da jornada de trabalho para oito horas, fim do trabalho infantil, aumento de salários, dentre outras questões. Esse período é marcado por vários movimentos e organizações de trabalhadores de forma a garantir maior articulação sindical (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Nesse período duas importantes linhas sindicais apresentaram-se como estratégias de enfrentamento operário: o anarcossindicalismo que se caracterizava pela luta gradual da conquista de direitos e a sensibilização dos trabalhadores no reconhecimento de seu papel social; e o anarcocomunismo que se opunha a qualquer relação da superestrutura de Estado no controle de massas. (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Se por um lado as correntes ideológicas dos anarcossindicalistas visavam a compreensão da totalidade social sobre os aspectos revolucionários, a corrente do “trabalhismo” presente no alvorecer do Século XX limitava-se as concessões de direitos mínimos à classe operária, garantindo tão somente a produção e reprodução social, sem contudo questionar a organização do sistema social (FAUSTO *apud* VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2011), refletindo consideravelmente nos ganhos e perdas da classe trabalhadora nos anos vindouros.

A classe trabalhadora brasileira ganha força de articulação nesse período tendo como um importante propulsor as percepções políticas do anarquismo com um sindicalismo revolucionário fazendo emergir a discussão da saúde dos trabalhadores enquanto expressão da questão social. (SOARES *apud* GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

As lutas sociais dos trabalhadores, especialmente com a participação de

imigrantes<sup>6</sup>, ganhavam peso e pressionavam decisões no campo político, econômico e social. De 1917 a 1920 foram deflagradas no Brasil mais de 20 greves em vários setores da economia, entre elas citam-se: o setor têxtil, metalúrgico, construção civil, ferroviários, motoristas, alfaiates, comerciários, doqueiros, estivadores, portuários, entre outras. Ainda em 1917 foi realizada uma greve geral em protesto ao assassinato de José Martinez, jovem sapateiro ligado ao movimento anarquista (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Em face aos avanços e conquistas políticas dos trabalhadores, o Estado passa a reagir coercitivamente tencionando a desmobilização dos trabalhadores através da pulverização de mecanismos ideológicos de cunho conservador. Esses mecanismos tentavam coibir a participação dos movimentos anarquistas, socialista e comunista, tratados como forte inimigo da manutenção da “ordem” e “progresso” desenhados nas protoformas da industrialização brasileira. Para tanto, o Estado, contou com o apoio integral da Igreja Católica, dos sindicatos “pelegos” e trabalhistas de modo a ganhar espaço de negociação e concessão de direitos sociais, propagando a ideia de que era possível humanizar as relações entre capital e trabalho.

Nesse mesmo período, nos países capitalistas da Europa Ocidental, ocorreu um avanço do sistema produtivo e da maximização da acumulação capitalista (Fordismo/Taylorismo) com ação intervencionista do Estado (Keynesianismo) como reflexo da crise de 1929-1932.

No Brasil, depara-se com a instauração da Era Vargas que perdurou anos ininterruptos (1937 a 1945) com forte controle dos sindicatos pelo Estado (Decreto nº 19.770/1931), avanços na legislação trabalhista (Decreto-Lei nº 5.452), oferta de serviços sociais pelo Estado e desmobilização da classe trabalhadora com amplas repressões às manifestações populares (Lei 38/1935).

Analisar essa realidade é perceber para além da aparente dinâmica das relações sociais que traz no bojo das disputas políticas, econômicas, culturais, sociais e ideológicas nuances expressivas de uma conjuntura histórica que contribuem significativamente para o avançar ou o regredir da luta dos trabalhadores

---

<sup>6</sup> Entre 1875 e 1914 chegaram ao Brasil 4,5 milhões de imigrantes, na maioria italianos, mas também alemães do Sul, portugueses, espanhóis, sírio-libaneses, japoneses, poloneses e ucranianos (GIANNOTTI *apud* GAZE, LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

na conquista dos direitos sociais.

### **1.3 A Questão Social e a Política Social: apontamentos de uma relação contraditória entre capital e trabalho**

O retrospecto histórico das Políticas Sociais finca-se sobre o enredo contraditório na vida da sociedade capitalista. A sua conformação enquanto direito se dá no processo de correlações de forças estabelecido na arena de confronto entre capital e trabalho, cerne dos novos padrões de produção e reprodução social que demarcam a constituição do capitalismo no Século XVIII.

Arelado à emersão da burguesia surge a classe trabalhadora como reflexo das relações de exploração no cenário econômico, político e social. Nesse contexto, acentua-se a apropriação dos meios de produção, da força de trabalho, da geração e acumulação de riqueza, demarcando nesse momento o “aparecimento” da questão social. Segundo Yamamoto (2009) a questão social funda-se sobre três pontos característicos da sociedade capitalista: (a) a produção social é cada vez mais coletiva; (b) o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto (c) a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

O advento da Revolução Industrial e o fortalecimento da ideologia capitalista trazem no contexto da dinâmica societal altos índices de desigualdade social e conseqüentemente a maximização das expressões da Questão Social, alvo do processo de mobilização da classe trabalhadora por melhores condições de vida e trabalho.

Forjada sobre os interesses das diversas forças sociais (Estado – Capital – Trabalho), a evolução do trato da Questão Social, outrora, “questão de polícia”, passa para o âmbito da política – do fazer ou do não fazer dos governantes. Entretanto, é nesse espaço de lutas e pleitos que cada força social tem o peso econômico e político definido no âmbito do Estado. Este, por sua vez, não se coloca neutro no campo de articulação frente a essa relação complexa de heterogeneidade social e econômica, tendo em vista o caráter contraditório da análise conjuntural da conformação da legislação social e de sua intervenção (FALEIROS, 2010).

Nessa direção Silva; Almeida (2010, p.2) asseveram que,

[...] é preciso analisar para além da aparência dessas conquistas que para uns é fruto da concessão do capital e para outros se revelam enquanto movimento dialético das correlações de forças, e para tantos outros representam conquistas da classe trabalhadora.

Compreender esse processo é descortinar a obscuridade das lutas sociais desmistificando como condição inerente ao sistema de exploração do homem pelo homem em favor do capital, numa visão positivista compactuada ao determinismo de uma sociedade dualista e maniqueísta que abre mão do sujeito social enquanto ser “ativo” e “protagonista” para uma conformação dual entre “céu” e “inferno”, como condição única e existencial do viver e do fazer história.

Nesse sentido, exige-se apreender o movimento dialético da constituição das Políticas Sociais a partir da totalidade, enquanto um complexo de relação sócio-histórico que ultrapassa a visão aparente da realidade em busca da compreensão dos fenômenos na tentativa de aproximação do real concreto numa dada conjuntura.

A partir dessa concepção, a totalidade consiste em um processo de conhecimento da sociedade a partir do conjunto das relações que constroem o fenômeno das relações sociais, os aspectos vivenciados e adquiridos numa unidade do real. Essas relações entre as classes sociais manifestam-se na sociedade como a relação entre forças sociais expressivas de interesses contraditórios, cuja articulação constitui um movimento capaz de operar mudanças em cada uma das formas de relações e, por conseguinte, na sociedade.

No contexto do capital, a política social como afirma Behring (2009, p.1) deve ser entendida como “uma mediação entre economia e política, como resultado de contradições estruturais engendradas pela luta de classes e delimitadas pelos processos de valorização do capital”.

Inserida nesse contexto, a arena da política social configura-se em um espaço de confronto de interesses na tríade trama entre trabalho, mercado e Estado. Nessa conformação, o Estado detentor de uma natureza contraditória, assume um posicionamento sob a lógica de manutenção da relação de exploração da classe trabalhadora em um viés de falsa ruptura entre Estado liberal e Estado Social. Assim, as principais reivindicações da classe trabalhadora tornaram-se ínfimas reformas de regulamentação legal da exploração do trabalho e da acumulação de

riquezas pela classe burguesa.

#### **1.4 Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: desafios de uma Política de Estado**

No Brasil, a constituição do Estado Moderno após 1930 resultou na geração de um sistema de proteção social até a década de 1980 marcado sobre dois modelos: médico-previdenciário e assistencial. Assim, a assistência à saúde insere-se no contexto do direito privado como reserva da mão-de-obra em favor da manutenção da lógica econômica e conseqüentemente do movimento de transformação do sistema produtivo do país.

Em 1923 com a instituição da Lei Elói Chaves surgiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que segundo Bravo (2006, p. 3) “constituía-se no projeto embrionário do esquema previdenciário brasileiro, abarcando nesse momento questões como higiene e saúde do trabalhador”, mesmo que de forma incipiente. Posteriormente, essas Caixas transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1933 na perspectiva de garantia aos trabalhadores formais. Entre os principais direitos destacam-se, o socorro médico, a aposentadoria/pensão e os serviços funerários que se estendiam também aos dependentes. Aos demais, restavam uma assistência filantrópica e um sistema público campanhista de viés higienista/sanitário, que perdurou até fins da década de 1980.

Segundo Braga *apud* Bravo (2006, p. 2) “a saúde emerge como “Questão Social” no Brasil no século XX no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”.

A conjuntura política que se instalou no Brasil entre os anos de 1930 a 1960 foi fortemente marcada pela lógica desenvolvimentista, de cunho estatista regada a avanços no campo dos direitos privados, uma vez que abarcavam na sua maioria apenas os trabalhadores formais e seus familiares, com algumas concessões sociais de carácter assistencialista para o conjunto da população.

Corroborando com essa discussão Silva; Almeida (2010, p. 3) afirmaram que:

O governo Vargas representou, nesse momento histórico, o alicerce para grandes mudanças no sistema produtivo brasileiro, o que culminou com o modelo agroexportador base do processo de industrialização. Nesse contexto, o Estado se legitima perante a classe trabalhadora elevando o enfrentamento da “Questão Social” ao status de política. Conforme Fleury (2004), essa prática é característica dos governos democráticos populistas entre os anos de 1946 a 1963.

A intervenção do Estado brasileiro no campo da saúde desenha-se sob dois subsetores: o da saúde pública que predominou de 1930 à primeira metade da década de 1960 e centrava-se na formulação de condições mínimas sanitárias para o setor urbano com vista às transformações decorrentes do capital industrial nas cidades repercutindo no aumento do contingente populacional, péssimas condições de higiene, habitação e saúde.

Nesse período, observa Braga e Paula *apud* Bravo (2006, p. 4) uma ênfase nas campanhas sanitárias; processo de interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias e o processo de reorganização do Departamento Nacional de Saúde e formação de técnicos em saúde pública.

O segundo subsetor, a medicina previdenciária, soma-se à lógica privatista do modelo médico industrial de base hospitalocêntrico e natureza privada, motivada pelos interesses da corporação médica ligada ao setor de capitalização da saúde. Esses interesses pressionavam o Estado no financiamento dos complexos médicos industriais, com implementação de altas tecnologias.

Com a instauração da ditadura militar (1964 - 1985) verificou-se, conforme Silva; Almeida (2010, p. 6) “uma ampliação da cobertura das Políticas Sociais, mesmo que precárias, em detrimento aos direitos civis e políticos. Por outro lado, percebeu-se a minimização do Estado no trato da “Questão Social” com o processo de privatização, sobretudo, no campo dos serviços”.

Para Oliveira; Teixeira *apud* Bravo (2006, p. 7) esse período foi demarcado com a extensão da cobertura previdenciária; destaque na prática biomédica; criação do complexo médico industrial; interferência estatal na previdência e organização da

prática médica de acordo com a expansão do capital.

Não obstante, o insucesso da autocracia brasileira culminou com as novas estratégias econômicas, políticas e sociais a fim de estabelecer uma linha de interlocução com a sociedade brasileira com vistas a legitimar a classe burguesa (BRAVO, 2011).

A década de 1970, auge da Ditadura Militar é marcada por vários movimentos contra-hegemônicos, embalados pelo inconformismo de diversas camadas sociais com a participação da classe operária, movimentos populares e de setores fraccionados do conservadorismo vigente, o que provocaria uma crise política e social. É importante frisar que na efervescência política desse período acentuam-se os movimentos sociais da classe trabalhadora por condições de vida, saúde e trabalho, com afirmação dos direitos trabalhistas, melhores salários e autonomia sindical, sem a mediação do aparelho estatal de forma a dar visibilidade social e política à categoria (BRAVO, 2011).

O Movimento de Reforma Sanitária instaurado em meados de 1970 motivado, sobretudo, por profissionais de saúde pública proporcionou significativos debates políticos de enfrentamento à matriz médico industrial, hegemônica no país. Conforme afirma Bravo (2011), as análises teóricas enfatizavam os rebatimentos negativos da economia centralizadora sobre as condições de vida e higiene da população, bem como, no acesso a bens e serviços sociais.

Entretanto, as decisões políticas de Estado pautavam-se na contramão social da população e dentre os principais ações verificou-se a forte medicalização da vida social, objetivando a lucratividade; a extensão da cobertura previdenciária, com ênfase na prática médica curativa e a criação do complexo médico industrial. Forjam-se nesse contexto, duas diretrizes diametricamente opostas da Política de Saúde: o modelo propagado pela Reforma Sanitária (que propõe um sistema público de saúde) e o modelo privatista de cunho liberal sob a perspectiva de mercado.

A década de 1980 inaugura no cenário da sociedade brasileira avanços importantes na redemocratização do Estado com o envolvimento de diversos segmentos da sociedade civil.

A construção da Política de Saúde pelo Movimento Sanitário defende a concepção de saúde como direito social e dever do Estado de caráter universal,

envolvendo os aspectos biopsíquico e social no cuidado à saúde, a reestruturação do setor saúde, com uma nova visão na saúde individual e coletiva, descentralização das decisões para os estados e municípios e a implementação de novos mecanismos de gestão através dos Conselhos Municipais de Saúde com a participação dos usuários e prestadores de serviços.

Nesse contexto de avanços e retrocessos de conquistas, conformou-se em 1988 a Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social), enquanto direito social e dever do Estado. E esta, define-se como um conjunto de ações, serviços e programas sociais direcionados à população através de políticas públicas. Seus precedentes históricos apontam para uma interface da lógica produtiva no movimento dinâmico da sociedade. Esta traz na estrutura política, econômica, cultural e ideológico os diversos projetos societários que direciona a estrutura das políticas sociais, notadamente neste estudo discutida no âmbito da Política de Saúde do Trabalhador.

A análise da Política Social associa-se à busca de elucidação da natureza e papel do Estado, tomado como instância onde se projeta (pressiona e é pressionada por formas e intensidades diferenciadas) a complexidade de interesses societários, com influência nos compromissos de políticas públicas configuradas em cada conjuntura. Desse modo, Estado e Política Social são, pois tomados como campos cuja dinâmica e interrelação compõem um pilar analítico de referência (RODRIGUES *apud* YAZBEC 2009, p. 2).

Esses avanços trouxeram uma nova definição à estrutura da Política Pública de Saúde conformando-se no Sistema Único de Saúde (SUS), com mecanismos legais denotados no Art. 196 da Constituição; a Lei 8.080/1990 que regula o SUS e a Lei 8.142/91, que dispõe sobre a participação do controle social na gestão da Política de Saúde. No espaço de gestão, observaram-se os movimentos de descentralização para os estados (1989-1991) a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB 91; NOB 92; NOB 93; NOB 96; NOST-SUS) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2002.

Com o processo de descentralização da saúde foram repassados aos municípios a execução das ações, serviços e programas no cuidado à saúde

pautados sobre dois eixos importantes na gestão da saúde pública: Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental com ações transversais na Saúde do Trabalhador) e Assistência à Saúde (serviços básicos, ambulatoriais especializados, urgência e emergência hospitalar) (BRASIL, 2006).

Outrossim, essas ações e serviços na base teórico-prática exige uma compreensão articulada e indissociável entre (Vigilância em Saúde e Assistência à Saúde) na promoção do cuidado e na prevenção dos acidentes, doenças e agravos que acometem população. Para tanto é de fundamental importância o indivíduo na sua coletividade, a constante relação política, econômica, social e cultural e de produção que este estabelece em seu território, compreendo que nessas relações expressam-se os elementos importantes na determinação social do processo saúde-doença.

#### 1.4.1 Saúde do Trabalhador: um modelo contra hegemônico à Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional

A Medicina do Trabalho surge na Inglaterra no século XIX com o aumento das expressões da exploração da força do trabalho, dando materialidade a “Questão Social”, sobretudo, em razão da crescente inserção da classe trabalhadora no espaço político. O movimento de politização da “Questão Social” passa a exigir do Estado-burguês políticas de controle social a fim de mitigar diversos problemas sociais, dentre eles destacam-se os relativos à saúde, moradia e ao trabalho.

Esse modelo de Saúde proposto pelo Estado caracterizava-se pela interlocução de três sistemas médicos (assistencial, administrativo e privado), cuja preocupação voltava-se à manutenção da força de trabalho, expressa no corpo individual do trabalhador.

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

Centrado na figura do profissional médico, o exercício da Medicina do Trabalho assume o encargo de manter a saúde e segurança dos trabalhadores de uma determinada empresa eximindo o dono do capital qualquer responsabilidade.

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

A prática médica da Medicina do Trabalho abalizou-se em uma única perspectiva: a de selecionar a força de trabalho expressa no corpo sadio do trabalhador ao exercício do labor. O não atendimento aos critérios postos à atividade de trabalho, mesmo que este não confiasse condições salubres, descartava-se o trabalhador por não corresponder à dinâmica do processo produtivo. Corroborando com essa discussão, Vasconcellos; Pignati (2006) afirmam que:

Poderia ser, então, a MT uma clínica geral voltada para os trabalhadores, no tocante aos seus males originados no trabalho? Do mesmo modo, a resposta também é não, na medida em que o médico do trabalho não tem como missão tratar do trabalhador, propiciar a cura de seus males, mas somente avaliar sua capacidade física de continuar ou não trabalhando. No máximo, em situações limite de mal-estar dos trabalhadores, capazes de impedir ou comprometer a capacidade de trabalhar, o médico do trabalho pode agir como bloqueador desse mal-estar, pela via da medicalização paliativa de sintomas diversos ou pelo afastamento temporário, pelo menor tempo possível que as exigências do processo produtivo permitam (VASCONCELLOS, L.C.F; PIGNATI, W.A, 2006.p. 1109).

A intensificação dos sistemas produtivos pós II Guerra Mundial (1939 -1945) trouxe comprometimentos significativos à saúde e à vida dos trabalhadores, pois

naquele período as condições adversas de produção acentuaram as precárias condições de trabalho, colocando novos desafios às questões de saúde decorrentes do trabalho até então não respondidas pela Medicina do Trabalho.

De acordo com Mendes; Dias (1991, p. 343):

Entre muitos outros desdobramentos deste processo, desvela-se a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores - ainda que apenas 'objeto' das ações - e dos empregadores, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados.

Como resposta às lacunas existentes na Medicina do Trabalho, surge a Saúde Ocupacional, revelando-se como proposta de conjugar multidisciplinaridade e interdisciplinaridade ao congregar vários saberes que passam a intervir não só nos indivíduos como no meio ambiente do trabalho. Contudo, a ênfase volta-se à perspectiva da higiene industrial.

Assim, observa-se que os dois modelos de saúde apresentados – Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional na intervenção saúde-doença-trabalho conferiram um propósito singular na relação de exploração do trabalho, cuja característica era apresentada pela adequação biofísico-psíquico do trabalhador às condições de trabalho.

Inserida na complexidade das relações sociais de interesses contraditórios a Medicina do Trabalho, bem como a Saúde Ocupacional se apresenta, até os dias atuais, insuficiente e ineficiente para responder às questões referentes à saúde e trabalho.

No final dos anos 1960, o Movimento Operário na cidade de Turim, na Itália em busca por melhores condições de trabalho e saúde, inseriu nas suas práticas sindicais a percepção subjetiva dos trabalhadores acerca dos riscos ambientais do trabalho com a colaboração de técnicos intelectuais da área. Esse método conhecido como Modelo Operário Italiano trouxe vastas contribuições ao campo teórico-prático da Saúde do Trabalhador.

As informações sobre riscos de trabalho obtidas pelos operários eram confrontadas com informações bioestatísticas e registros existentes na empresa, aprofundadas com estudos bibliográficos e expressas por meio de cartografias construídas coletivamente e denominadas de mapas de riscos. A aplicação desse modelo representou um avanço na articulação entre a saúde do trabalhador e o conhecimento dos riscos ambientais nos processos produtivos em um contexto de forte mobilização do movimento sindical italiano. Mais ainda, colocou a subjetividade operária no centro do processo de pesquisa-ação, valorizando o trabalhador como sujeito histórico e não apenas como um objeto da ação técnica (GOMEZ; VASCONCELLOS, 2009, p. 43).

As diversas contribuições da antropologia na América Latina e no Brasil no Século XIX, os estudos e pesquisas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), inserção sistemática das ciências sociais no campo da saúde pública e o movimento de redemocratização da sociedade brasileira a partir dos anos de 1970 reverberaram nos processos de inflexão da saúde, ao considerar a dimensão social no binômio saúde-doença. Nesse entendimento, afirma Laurell (1982, p.3):

[...] o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos’.

A partir de então, afirma-se que a doença tem sua determinação social imbricada a uma estrutura de classe. E o modo de adoecer e morrer dos indivíduos estão intimamente relacionados ao modo de vida e trabalho (condições materiais de sobrevivência).

Nessa compreensão, a construção da Saúde do Trabalhador finca-se na discussão da Saúde Coletiva enquanto campo do saber que articula teoria e prática para a intervenção de uma realidade social na produção da saúde.

As bases multi e transdisciplinar da saúde do Trabalhador com a inserção diversas áreas do conhecimento (Ciências Sociais, Humanas, Saúde, Exatas), de

forma intra (articulando vários setores da saúde) e intersetorial (com a educação através de Instituições de Ensino e Pesquisa, Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério Público do Trabalho e demais políticas setoriais), com o envolvimento dos trabalhadores como sujeitos sociais na construção do saber e nas ações de inspeções dos ambientes e processos de trabalho propõem uma inversão da atuação teórico-prática da saúde no trabalho que exige dos diversos processos produtivos a adequação ao trabalhador, e não ao contrário como se estabelecia anteriormente.

Na nova proposta, os trabalhadores são reconhecidos como sujeitos coletivos que participam ativamente na produção de transformações em benefício de sua saúde. Nesse marco referencial, consideramos que o trabalhador é capaz de promover mudanças a partir dos conhecimentos adquiridos na experiência conferida pelo próprio trabalho. Sua capacidade de transformar e de interferir na realidade ocorre por meio da reivindicação de direitos, da participação no controle da nocividade do trabalho, da definição de prioridades de intervenção e da construção de formas de atuar sobre a realidade (ODDONE *et al.*, *apud* GOMEZ; VASCONCELLOS, 2009. p. 61).

Assim, a Saúde do Trabalhador enquanto proposta política no campo da Saúde Pública constitui uma nova vertente da Reforma Sanitária, iniciada no final dos anos 1960 e início dos anos de 1970 teve contribuições ideopolíticas da participação dos trabalhadores nas intervenções nos ambientes e processos de trabalho (Movimento Operário Italiano). A necessidade de reconhecer os processos de trabalho, a não delegação das ações interventivas única e exclusivamente ao Estado, trabalhadores e técnicos articularam-se com o objetivo de atenuar os riscos à saúde do trabalhador. Essa postura embalou-se na compreensão de que o processo saúde-doença e trabalho circunscrevem-se no lócus de dominação e subordinação expressada na determinação social do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989), repercutindo no desgaste do trabalhador.

Esse desgaste materializa-se de forma externa, sentida no corpo do trabalhador (física, química, biológicas) e de forma interna (fisiológico e psíquica). Advém das cargas de trabalho definida como objeto, meios e instrumentos presentes na atividade humana que interagem como elementos entre si sobre o

corpo do trabalhador, decorrendo na perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica o que pode levá-lo ao adoecimento ou a morte (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Obviamente que os avanços sobre a compreensão da doença deriva dos novos estudos e concepções teóricas da época. O modelo de saúde no Estado Brasileiro acompanhava a ideia estrutural da Medicina do Trabalho com ações assistenciais, administrativas e privadas da saúde até fins da década de 1980.

A assistência de viés caritativo abarcava a maioria da população em situação de desemprego, alvo de algumas medidas da Saúde Pública (administrativa) higienista e de cariz sanitário com ações pontuais e assistemáticas. Aos demais trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, a assistência médica-previdenciária de cunho privatista buscava garantir a manutenção da força de trabalho a fim de responder as necessidades de “mão-de-obra” da emergente industrialização brasileira perpassada entre as décadas de 1930 até 1990. A partir dos anos 1990, dá-se o auge da abertura ao neoliberalismo e da inserção maciça do capital privado no país e que perdura até os dias atuais.

A questão da saúde do trabalhador como reflexo das relações de exploração na sociedade capitalista tem suas respostas mediadas pelo Estado burguês que não busca resolver os problemas decorrentes desse sistema, mas tão somente atenuá-los com vistas a manter uma relação “humanizada” de forças antagônicas.

Essa constatação real encontra-se nos anais da política de Estado em que as questões decorrentes do processo saúde-doença e trabalho são tratadas historicamente na monetarização dos riscos à saúde do trabalhador, com políticas de insalubridade e periculosidade. Desse modo, colocam-se no último plano, as ações de eliminação ou diminuição dos riscos aos acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.

## **2 “SAÚDE NÃO SE VENDE, SAÚDE NÃO SE DELEGA, SAÚDE SE DEFENDE”: a construção política da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir da RENAST**

O presente Capítulo objetiva problematizar as questões relativas do Estado Brasileiro quanto ao direcionamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora enquanto uma política que “não se vende”, “ não se delega”, mas “se defende” como uma necessidade intransigente da classe trabalhadora pautada desde verbalização enfática da Reforma Sanitária Italiana, travado pelas lutas sociais presente no Partido Comunista e Partido Socialista Italiano, sindicatos e movimentos populares que passou influenciar os militantes em Saúde do Trabalhador no Brasil e a inconclusa “Reforma Sanitária” iniciada na década de 1970.

Inicialmente aborda-se uma discussão da Saúde do Trabalhador enquanto uma Política de Estado, os avanços legais e as (in) compreensões acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e sua interface intra e intersetorial. No segundo momento aponta-se um panorama da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, limites e desafios na gestão técnica e política da Saúde do Trabalhador a partir dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). E, por último aborda-se o cenário da gestão da PNST entre avanços e retrocessos no Estado da Paraíba.

### **2.1 Saúde do Trabalhador: versus e reversos de uma política constitucional do Estado brasileiro**

A construção política das ações de Estado no campo da Saúde do Trabalhador confere no cenário da sociedade brasileira uma longa história de lutas e conflitos, esboçados na arena de interesses econômicos e políticos de cunho desenvolvimentista, incoerente as questões sociais da classe trabalhadora. As pautas relativas à saúde e trabalho foram alijadas e tratadas pelo Estado como uma questão do Ministério do Trabalho de forma “cartorial” e as compensações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho encaminhadas à Medicina

Previdenciária, de cariz compensatório, a fim de garantir o mínimo de sobrevivência ao trabalhador e a sua família.

O movimento de redemocratização no Brasil, a abertura à liberdade política e a reorganização das bases sindicais demarcaram importantes acontecimentos para a classe trabalhadora, o que permitiu o surgimento de articulações estratégicas entre técnicos e trabalhadores incorporando uma nova dinâmica na produção do conhecimento na relação saúde, trabalho e direito, motivando vários embates em defesa da saúde do trabalhador (VASCONCELLOS; LEÃO, 2011). Como exemplos, podemos citar a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (Cisat) promotora das primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador, em São Paulo (1979) e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) em 1980. Nesse entendimento, afirma Lacaz *apud* Vasconcellos; Leão (2011, p. 314) que:

Intercambio estabelecido entre técnicos, sindicalistas brasileiros e italianos, iniciado com a vinda de Giovanni Berlinguer<sup>7</sup> ao Brasil, em 1978, ajuda a disseminar a proposta do Movimento Operário Italiano, método de intervenção contra a nocividade do trabalho desenvolvido pelos operários italianos, apoiados por técnicos militantes, no final dos anos 1960, sendo pilar importante na implantação do Sistema Nacional de Saúde como parte da Reforma Sanitária Italiana e que terá influência sobre técnicos e dirigentes sindicais brasileiros atuantes em Saúde do Trabalhador.

Alinhado as perspectivas de mudanças as propostas que insurgem no Brasil fins da década de 1960 e início dos anos de 1970 (pós-ditadura militar), a exemplo da Reforma Sanitária, implicaria em importantes alterações no modo de vida, nos padrões de produção, consumo e de participação na vida social redirecionando a condução política, econômica e social do Estado.

Com a promulgação da Carta Magna em 1988 importantes avanços emergiram no bojo das Políticas Sociais, esboçando o marco da Seguridade Social,

---

<sup>7</sup> Doutor Honoris Causa pela Universidade de Montreal, Canadá (1996), pela Universidade de Brasília (1998) e pela Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro, Brasil (2007), destacou-se ao longo da sua vida no plano cívico e político como deputado e senador da República de Itália.

compreendida na forma de lei como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988. p. 39).

Precisamente na Política Social da Saúde, a Constituição Federal afirma em seu Art. 196 ser “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, Presidência da República, 1988.p. 40).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política de Saúde, assume um caráter universal, tanto na forma de acesso como na regulação e fiscalização com ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, conforme se observa nos itens II e VIII Art. 200 da supracitada Constituição:

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, Presidência da República, 1988. p. 40).

Assim, a perspectiva da atenção à saúde volta-se a todos os trabalhadores, independente de sua relação contratual de trabalho, podendo este encontrar-se no mercado formal ou informal.

Com a regulamentação do SUS através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a saúde do trabalhador é compreendida enquanto:

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 a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, Presidência da República, 1990, p.3 Art. 6º.).

Na referida Lei, afirma que essas ações abrangem a assistência ao

trabalhador vítima de acidente ou doenças relacionadas ao trabalho; participação, no âmbito do SUS nos espaços de estudos e pesquisas de interesse da Saúde do Trabalhador, bem como, da normatização, fiscalização e controle das condições do meio ambiente e processo de trabalho e os possíveis impactos trazidos pela inserção de novas tecnologia; acesso a informação sobre os riscos e acidentes de trabalho através de pareceres, laudos, relatórios entre outros (BRASIL, Presidência da República, 1990).

O embasamento legal da saúde do trabalhador no SUS inserido na Norma Operacional Básica nº 01 (1996) apontava três importantes eixos das ações de Atenção à Saúde, entre estes as condições de vida e trabalho.

[...] das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros) (BRASIL, Presidência da República, 1996. p. 7).

Em 1998, com o objetivo de estabelecer procedimentos de orientação e instrumentalização das ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS o Ministério da Saúde lança a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST-SUS), através da Portaria GM/MS Nº. 3.908, de 30 de outubro de 1998 norteadas pelos pressupostos da universalidade, equidade, integralidade das ações, direito à informação, controle social, regionalização, hierarquização com base em critérios epidemiológicos, configurando assim, a saúde do trabalhador como “um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho” (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998. art.1º. incisos I a VII).

Nesse mesmo ano, foi lançada a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio da Portaria GM/MS Nº. 3.120, de 01 de julho de 1998, cujo objetivo era fortalecer o intercâmbio entre estados e municípios na compatibilização de instrumentos, técnicas, bancos de informações e experiências vivenciadas nas ações de vigilância em saúde do trabalhador realizada nos ambientes de trabalho.

No ano seguinte, em consonância com a Lei 8.080/1990 e com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 220, de 05 de maio de 1997, o Ministério da Saúde publica a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho através da Portaria GM/MS Nº. 1.339, em 18 de novembro de 1999, estipulando sua revisão anualmente, o que no entanto não vem ocorrendo.

Em 19 de setembro de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº. 1.679 que cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Dentre as principais estratégias da RENASt aponta-se a construção do acolhimento e linhas de cuidado em saúde do trabalhador; a estruturação da rede de serviços de retaguarda especializada e hospitalar de urgência e emergência; a instituição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST – Estaduais, Regionais e mais recentemente municipais), a capacitação nos protocolos clínicos de complexidade diferenciada em saúde do trabalhador, ações integradas com a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica) e a transversalidade com a Política Nacional para Erradicação do Trabalho Infantil.

Os Centros Regionais em Saúde do Trabalhador tem por principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e a vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador a partir da descentralização das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica; da implementação das ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador; da instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade instalados no Sistema Local de Saúde (BRASIL, 2002).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de

entrada do sistema de atenção (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p. 7)

Contudo, as contradições ou incoerências por parte do Ministério da Saúde acerca da competência e atribuições do CEREST permanecem mal entendidas. Ou seja se a este Centro não se permite em hipótese alguma atividades que caracterize porta de entrada nas práticas de assistência à saúde, porque a este cabem ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma clínico-assistencial, conforme vislumbra-se nas citações abaixo:

- O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009, p. 3);
- Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:  
I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência (BRASIL, Diário Oficial da União, 2012, p.46-51);
- O CEREST é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de prestar, à rede de serviços do SUS, suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2013, p. 2)

Mesmo com todos os avanços legais da Saúde do Trabalhador no SUS a gestão prática da vigilância epidemiológica na consolidação dos indicadores de doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho só passaram a ser prioridade nacional no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2004, com a Portaria GM/MS Nº. 777 de forma isolada às demais notificações compulsórias de interesse epidemiológico. Após sete anos é que as notificações relacionadas ao trabalho passaram a ser agregados aos demais agravos de base epidemiológica, através da Portaria GM Nº. 104, de 01 de janeiro de 2011, em seu anexo III, que elenca as seguintes notificações em Saúde do Trabalhador na Rede

Sentinela<sup>8</sup>:

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; 2. Acidente de trabalho com mutilações; 3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes; 4. Acidente de trabalho fatal; 5. Câncer Relacionado ao Trabalho; 6. Dermatoses ocupacionais; 7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho [...] 9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao Ruído; 10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho; [...] e, 14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p. 38).

Com a finalidade de ampliar e fortalecer as ações de Saúde do Trabalhador no SUS Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS Nº. 2.437 em 07 de dezembro de 2005, posteriormente, revogada pela Portaria GM/MS Nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009, sem importantes alterações ou novidades no âmbito de gestão da RENAST no SUS.

Em 2011 o Decreto nº. 7.602, de 07 de novembro de 2011 instituiu a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) com o propósito de congregar Saúde do Trabalhador e Segurança no Trabalho de forma tripartite entre o então Ministério do Trabalho e Emprego (MTbE), Ministério da Previdência Social (MPS) e o Ministério da Saúde (MS) com a participação do Controle Social, definindo linhas estratégicas de atuação e fortalecimento dos direitos sociais, da saúde e segurança no trabalho. No entanto, a gestão dessa política, depara-se com enormes fragilidades de interlocução, sobretudo, pela característica ideopolítica e funcional desses ministérios. Se por um lado o Ministério da Saúde apresenta contradições políticas e econômicas que vai de encontro a perspectiva universalista de uma política de estado, o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social, limita-se a uma visão tradicional da Medicina Ocupacional, de viés higiênico sanitário e de caráter contributivo, conforme assevera Lacaz (2000, p. 4):

Já no MTbE a questão da saúde dos trabalhadores é tratada no

---

<sup>8</sup> A notificação de Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) encontra-se pautada no Anexo I da citada Portaria.

sentido de credenciar empresas e profissionais da área da medicina do trabalho e engenharia de segurança, os quais vão atuar na elaboração dos chamados PCMSOs<sup>9</sup> e PPRA<sup>10</sup>, dando a falsa impressão de uma melhor, mais competente e mais abrangente cobertura, frise-se, somente aos trabalhadores com vínculo empregatício, portanto incluídos no mercado formal de trabalho, os quais nos dias de hoje já são a minoria dentro da População Economicamente Ativa (PEA), dada a precarização das relações e vínculos de trabalho. Por outro lado, a Previdência Social (PS) que nunca atuou como uma efetiva seguradora, na medida em que pouco se interessa pela prevenção e controle dos acidentes e doenças do trabalho, agindo apenas na “reparação” dos danos após a sua ocorrência, tampouco se integrou no modelo de Seguridade Social previsto na CF de 1988.

Após vinte e dois anos da regulamentação do SUS, o Estado Brasileiro instituiu através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Na contramão histórica, o modelo de Atenção da Saúde do Trabalhador proposto pela PNSTT busca organizar-se na própria rede do SUS, segundo os princípios da universalidade de acesso; da integralidade da atenção; do controle social; da regionalização e hierarquização, privilegiando as estratégias da Atenção Básica em Saúde com enfoque nas ações de precaução, prevenção e promoção da saúde. A sua configuração, conforme já ressaltava o Manual da RENAST em 2006 se dá:

[...] diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p. 14).

Garantir à saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de acidentes, doenças e de

---

<sup>9</sup> Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

<sup>10</sup> Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

outros agravos que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que visem à promoção, proteção e a recuperação/reabilitação. Assim, parte-se do entendimento de que a saúde significa muito mais do que a mera ausência da doença, mas um estado biopsíquico e social do modo de vida e trabalho dos indivíduos em sociedade.

Contraditório ou não, a constatação que se chega é de que no Estado Brasileiro há duas políticas de conteúdos iguais (PNSST, 2011; PNSTT, 2012), mas que não se comunicam na vertente teórico-prática.

Neste contexto em que o Estado regula os conflitos entre capital-trabalho de forma pouco efetiva, foi aprovado recentemente decreto presidencial que trata da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST [...] fruto de pressões dos profissionais e representantes da sociedade civil desde a década de 1990, deveria ser uma resposta do Estado à fragmentação e à inconsistência das ações públicas na área. No entanto, uma avaliação do decreto mostra sua limitação e timidez, pois, ao invés de propor a integração e a articulação das ações interministeriais, praticamente reafirma as atribuições vigentes dos diferentes ministérios e instituições [...] chama atenção sua omissão no tocante ao fornecimento e à disponibilização dos dados e das informações epidemiológicas dos bancos de benefícios da Previdência Social, até hoje tratados como segredo fiscal por aquela instituição. No corpo do texto ainda se encontra materializada a manutenção da “queda de braço” entre Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde no tocante às ações de Vigilância dos processos de trabalho, com claro favorecimento do setor Trabalho neste aspecto, enquanto ao setor Saúde restou a tímida posição de “fortalecimento das ações de vigilância” (COSTA; LACAZ; FILHO; VILELA, 2013. p. 17).

Se o SUS com todas as suas fragilidades avança na concepção da determinação social do processo saúde-doença, as demais políticas (Trabalho e Previdência Social), atrelam-se aos interesses do capital e na afirmação do falso desenvolvimentismo pautado na ampliação econômica e na minimização dos direitos sociais, questões essas que serão abordadas posteriormente.

## **2.2 Saúde do Trabalhador no Brasil: um panorama situacional da gestão em Saúde do Trabalhador a partir dos Sistemas de Informação**

Discorrer sobre o panorama situacional da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Sistema Único de Saúde faz-se necessários revelar em linhas gerais o cenário em que este se atém e como essa realidade contribui ou não para efetividade da implantação e/ou implementação dessa Política.

Com uma Rede instituída por 210 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador habilitados, destes 26 estaduais e 184 regionais, com 4.724 (quatro mil, setecentos e vinte quatro) serviços de unidades sentinelas distribuídos entre Vigilância em Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Urgência-Emergência e Unidades de Média e alta Complexidade são diversos os desafios que se apresentam na integração da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS (COSAT, 2014-2015).

Apesar de vários esforços direcionados para institucionalização da RENAST, com a fomentação de mecanismos de funcionamento das ações voltadas as questão saúde-trabalho, bem como, na relação dos seus componentes intra e intersetorial, ao bem da verdade é que essa política ao longo dos anos depara-se com enormes fragilidades na constituição efetiva de uma rede de serviços uniforme, capaz de responder as demandas de forma eficiente no setor saúde, sejam estas no âmbito das ações de Vigilância em Saúde, sejam nas ações de assistência à saúde no SUS.

Dados do Inventário Nacional da RENAST 2014-2015 realizado com 201 CEREST<sup>11</sup>, destes 25 (12,4%) Centros Estaduais e 176 (87,6%) Centros Regionais, no que se refere a vinculação institucional dos CEREST observou-se uma maior inserção no espaço da Vigilância em Saúde. Constatou-se também uma ausência e/ou falta de padronização de vínculo dos Centros uma vez que estes encontram-se em considerável número nas instâncias de gestão (gabinete ou secretaria executiva), bem como no espaço da Assistência à Saúde junto aos serviços de média e alta complexidade, conforme Tabela 1, a seguir.

---

<sup>11</sup> No Brasil são habilitados 210 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Na realização do Inventário da RENAST 2014-2015 foi encaminhado o formulário para 208 Cerest. Destes, 07 não responderam o formulário disponibilizados pelo Fórum SUS.

**Tabela 1: Setor de vinculação do CEREST Regional e Estadual. Brasil, 2014-2015.**

Setor	CEREST Regional		CEREST Estadual	
	N	%	N	%
Vigilância em Saúde	109	61,9	21	84,0
Gabinete de Secretário ou Secretaria Executiva	30	17,0	1	4,0
Assistência à Saúde (Média e Alta Complexidade)	24	13,6	3	12,0
Gerência Regional de Saúde	2	1,1	-	-
Não consta no Organograma	5	2,8	-	-
Não Responderam	6	3,4	-	-
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Fonte: MS/CGSAT,2014-2015.

Embora exista uma maior inserção dos CEREST no âmbito da Vigilância em Saúde, nos deparamos com um percentual significativo de Centros que não realizam ações de vigilância da situação de saúde dos trabalhadores (34,8%), ação de inspeção sanitária em saúde do trabalhador (34,8%) e notificação de causa externa e agravos relacionados ao trabalho (53,2%), tanto na esfera regional quanto estadual (Tabela 2).

Notou-se também que a maioria dos Centros Regionais realizam procedimentos na Assistência à Saúde de média e alta complexidade como: consultas médicas (65,9%), consultas por profissionais de nível superior na atenção especializada (56,3%), acompanhamento de paciente portador de agravos relacionados ao trabalho (47,7%), emissão de nexos causais (45,5%), acompanhamento de paciente portador de sequelas relacionado ao trabalho (37,5%), visita domiciliar por profissionais de nível médio e superior (39,7%), conforme Tabela 2.

**Tabela 2: Registros de procedimentos realizados pelo CEREST no Sistema de Informação Ambulatorial. Brasil, 2014-2015.**

Procedimentos	Regional				Estadual			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atividade educativa em saúde do trabalhador	151	85,8	25	14,2	17	68,0	8	32,0
Vigilância da situação de saúde dos trabalhadores	119	67,6	57	32,4	12	48,0	13	52,0
Inspeção sanitária em saúde do trabalhador	118	67,0	58	33,0	13	52,0	12	48,0
Consulta médica em saúde do trabalhador	116	65,9	60	34,1	8	32,0	17	68,0

Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	99	56,3	77	43,8	7	28,0	18	72,0
Atividade educativa para a população	99	56,3	77	43,8	10	40,0	15	60,0
Notificação de causas externas e agravos relacionados ao trabalho	87	49,4	89	50,6	7	28,0	18	72,0
Acompanhamento de paciente portador de agravos relacionados ao trabalho	84	47,7	92	52,3	5	20,0	20	80,0
Emissão de parecer denexo causal	80	45,5	96	54,5	3	12,0	22	88,0
Recebimento de denúncias/reclamações	69	39,2	107	60,8	8	32,0	17	68,0
Acompanhamento de paciente portador de sequelas relacionado ao trabalho	66	37,5	110	62,5	3	12,0	22	88,0
Visita domiciliar por profissional de Nível Superior	40	22,7	136	77,3	-	-	25	100,0
Visita domiciliar por profissional de Nível Médio	30	17,0	146	83,0	-	-	25	100,0
Consulta de profissionais de Nível Superior na Atenção Básica	19	10,8	157	89,2	1	4,0	24	96,0

Fonte: MS/CGSAT, 2014-2015.

A ênfase na assistência constatadas no campo político e estratégico das ações de implantação e implementação da PNST expressa uma fissura genética presente na concepção do CEREST já identificada desde sua criação e não definida nos espaços de decisão pelo Ministério da Saúde, o que deixa ambíguo as atribuições e competência do mesmo. Ora o CEREST se apresenta por definição enquanto suporte técnico-pedagógico nas ações de vigilância em saúde e assistência à saúde, ora como Centro especializado no diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde dos trabalhadores, conforme já vislumbrado anteriormente.

Outro ponto relevante e crítico da RENAST é a lógica de organização concebida na atuação regionalizada dos CEREST, enquanto que a organização do SUS esta centrada na municipalização (DIAS; HOEFEL, 2005).

Se não bastasse às incoerências presentes na regionalização nos deparamos com os desvios de recursos financeiros destinados para implantação/implementação da RENAST aplicados em outras necessidades do sistema de saúde, seja este a nível estadual ou regional. Conforme dados da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) no ano de 2013 foram investidos R\$ 78.620.000,00<sup>12</sup> (Setenta e oito milhões, seiscentos e vinte mil reais). Deste montante, R\$ 12.480.000,00 (Doze milhões, quatrocentos e oitenta mil) foram direcionados aos Centros Estaduais e R\$ 66.240.000,00 (Sessenta e seis milhões, duzentos e quarenta mil)

<sup>12</sup> De acordo com a Portaria nº 2728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009 o Cerest recebe incentivo inicial para implantação de R\$ 50.000,00 e repasse mensal de R\$ 30.000,00 para o Regional e R\$ 40.000,00 para o Estadual.

aos Centros Regionais (CGSAT/MS, 2014). Entretanto, quando solicitado a prestação de contas pelo Ministério da Saúde aos Centros de Referência através do Inventário da RENAST referente ao ano de 2013, dos 190 CEREST que responderam o questionário, constatou-se que cerca de 49% não detinham conhecimento da situação financeira. Outro dado relevante na gestão financeira dos recursos repassados fundo a fundo pelo Ministério da Saúde destinados ao custeio dos CEREST revela que mais de 61% dos gestores que respondem o Inventário 2013-2014 não detinham informações sobre os gastos realizados com os recursos financeiros, conforme observa-se na Tabela 3.

**Tabela 3: Registros de despesas realizados pelo CEREST Regionais e Estaduais. Brasil, 2013-2014. (N=190)**

Despesas	Referiram positivamente		Não aplicaram		Não responderam	
	N	%	N	%	N	%
Infraestrutura/equipamentos/insumos	64	33,7	10	5,3	116	61,1
Capacitação	58	30,5	12	6,3	120	63,2
Pagamento de Profissional	49	25,8	21	11,1	120	63,2
Ações de Vigilância	44	23,2	20	10,5	126	66,3
Fomento do Controle Social	34	17,9	33	17,4	123	64,7
Ações de Assistência	28	14,7	36	18,9	126	66,3

Fonte: MS/CGSAT,2013-2014.

Soma-se a essa questão os critérios e/ou ausência deles na definição do financiamento dos CEREST para manutenção das ações de implantação /implementação das ações de saúde do trabalhador que não levam em consideração o número de municípios, nem tão pouco a População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) que compõe a área de abrangência regionalizada, causando disparidades e insuficiência de recursos para financiamento das ações. Para se ter uma ideia, consulta realizada a três estados nos deparamos com a seguinte realidade de distribuição de municípios por CEREST Regionais: Pernambuco – CEREST Regional Caruaru, 31 municípios; CEREST Regional Recife, 09 municípios. Rio Grande do Norte – CEREST Regional Mossoró, 27 municípios; CEREST Regional Natal, 05 municípios. Santa Catarina – CEREST Regional Blumenau, 53 municípios, CEREST Regional Lages, 18 municípios (RENASTONLINE, 2016).

Embora exista uma divisão de municípios por CEREST e, estes passam a

receber recursos para os processos de implantação/implementação das ações de saúde do trabalhador na área de abrangência o que se percebe é que 44,2% dos Centros nunca, raramente e/ou às vezes realizaram gastos com outros municípios, 21,1% realizavam frequentemente e/ou sempre. Observou-se ainda que 34,7% não souberam informar se realizavam algum tipo de gasto, demonstrando assim total desinformação sobre os recursos Tabela - 4.

**Tabela 4: Registros de despesas realizados pelo CEREST Regionais e Estaduais. Brasil, 2013-2014. (N=190)**

Frequência de gastos com outros municípios	Esfera			
	Estadual		Regional	
	N	%	N	%
Às Vezes	4	19,0	30	17,8
Frequentemente	5	23,8	22	13,2
Nunca	2	9,5	29	17,4
Raramente	2	9,5	17	10,2
Sempre	5	23,8	8	4,8
Não souberam responder	3	14,3	63	37,3
Total	21	100	169	100

Fonte: MS/CGSAT,2014-2015

Embora a PNST apresente as diretrizes que estabelecem os processos de avaliação e monitoramento nos três níveis de gestão do SUS, considerando os objetivos, metas e indicadores, bem como a definição de ações expressa e transparente dos mecanismos e das fontes de financiamento (BRASIL, Diário Oficial da União, 2012), o que constata-se grave situação de desconhecimento da gestão financeira tanto nos níveis estaduais e regionais, repercutindo drasticamente no planejamento estratégico das ações em saúde do trabalhador, uma vez que os gestores diretos destas pastas não detêm autonomia da execução orçamentária e financeira dos recursos pautados no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, com a participação do controle social, ficando estes ao “bel prazer” dos ordenadores de despesas estadual ou municipal.

Tal realidade vislumbra-se na avaliação das ações executadas pelos CEREST Regionais e Estaduais nos municípios de abrangência no que tange a capacitação/formação dos profissionais, sejam estes, no âmbito da Vigilância em Saúde, Atenção Média e Alta Complexidade, Assistência Básica em Saúde e

Controle Social para fomento das ações de saúde do trabalhador. Ou seja, o que em tese deveria ser uma prática constante dos Centros de Referência junto à rede em saúde a fim de viabilizar os processo de construção da RENAST no SUS, restringem-se a práticas pontuais e assistemáticas. Obviamente que estas questões perpassam pela ausência ou não observância da função técnica e científica dos CEREST na implantação da PNST, conforme constata-se na Tabela 5, a seguir:

**Tabela 5: Situação das ações executadas pelo CEREST Regional e Estadual nos municípios de abrangência. Brasil, 2013-2014. (N=190)**

Variáveis	Esfera			
	Estadual		Regional	
	N	%	N	%
Capacitação/Formação	21	100	169	100
Nunca	-	-	5	3,0
Raramente	-	-	9	5,3
Às Vezes	4	19,0	38	22,5
Frequentemente	7	33,0	55	32,5
Sempre	5	23,8	13	7,7
Não souberam responder	5	23,8	49	29,0
Vigilâncias em Saúde	21	100	169	100
Nunca	-	-	10	5,9
Raramente	1	4,8	14	8,3
Às Vezes	8	38,1	38	22,5
Frequentemente	2	9,5	34	20,1
Sempre	5	23,8	24	14,2
Não souberam responder	5	23,8	49	29,0
Atenção Média e Alta Complexidade	21	100	169	100
Nunca	2	9,5	28	16,6
Raramente	4	19,0	24	14,2
Às Vezes	2	9,5	33	19,5
Frequentemente	4	19,0	23	13,6
Sempre	4	19,0	9	5,3
Não souberam responder	5	23,8	52	30,8
Assistência Atenção Básica Primária	21	100	169	100
Nunca	2	9,5	27	16,0
Raramente	3	14,3	17	10,1
Às Vezes	6	28,6	40	23,7
Frequentemente	2	9,5	28	16,6
Sempre	3	14,3	6	3,6
Não souberam responder	5	23,8	51	30,2
Controle Social	21	100	169	100
Nunca	1	4,8	22	13,0
Raramente	3	14,3	24	14,2
Às Vezes	2	9,5	38	22,5
Frequentemente	7	33,3	27	16,0
Sempre	3	14,3	8	4,7
Não souberam responder	5	23,8	50	29,6

Fonte: MS/CGSAT, 2013-2014.

Contudo, observou-se no ano de 2014 que dos 201 CEREST que participaram do Inventário da RENAST 2014-2015, no que tange ao desenvolvimento de programas especiais por agravo constatou-se que 65,2% dos Centros desenvolviam algum tipo de programa, 33,8% não realizavam nenhum programa específico e 1,0% não responderam. Dentre os programas especiais de maior destaque observou-se aqueles voltados aos acidentes de trabalho grave, acidentes com exposição à material biológico, Intoxicações Exógenas, Distúrbios Osteomusculares e as doenças mentais relacionados ao trabalho (Tabela 6).

**Tabela 6: Programas Especiais desenvolvidos pelos CEREST. Brasil, 2014-2015. (N=131)**

Programa	Sim		Não	
	N	%	N	%
Acidente de Trabalho Grave	91	69,5	40	30,5
Acidente com Exposição à Material Biológico	73	55,7	58	44,3
Intoxicação Exógena Relacionado do Trabalho	63	48,1	68	51,9
Distúrbio Osteomusculares Relacionado ao Trabalho	62	47,3	69	52,7
Acidente de Trabalho Grave com menores de 18 anos	60	45,8	71	54,2
Saúde ou Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho	57	43,5	74	56,5
Silicose ou outras doenças do sistema respiratório	21	16,0	110	84,0
Câncer Relacionado ao Trabalho	16	12,2	115	87,8
Violência Relacionada ao Trabalho	16	12,2	115	87,8
Dermatose Ocupacional	14	10,7	117	89,3
Outros	15	11,4	116	88,6

Fonte: MS/CGSAT,2013-2014.

Mesmo diante destes processos de capacitação e qualificação da rede de saúde nos protocolos clínicos diferenciados em saúde do trabalhador, não se pode afirmar que as ações de vigilância em saúde e de assistência à saúde no SUS (ambulatorial especializada, urgência e emergência hospitalar) estão sendo desenvolvidas a contento, sobretudo, na identificação dos casos, relacionando estes com o trabalho, possibilitando assim a notificação e a geração de indicadores para as ações de vigilância dos ambientes de trabalho e dos processos produtivos, ficando este muita das vezes a cargo dos CEREST.

Corroborando com essa discussão, Leão e Vasconcelos (2011, p. 470) afirmam que a configuração da RENAST “não atua, a rigor, como rede e, portanto, não enreda seus componentes, seus meios de ação e, tampouco, seus objetivos. A

RENAST, assim, pode ser tratada como uma rede que não enreda”. Para esses autores a RENAST vem apresentando ao longo dos anos, desde sua instituição em 2002 vários pontos de crise que perpassam pela ausência de uma concepção de integralidade; ênfase na prática da assistência; ausência de mecanismos sólidos e compulsório de articulação e comunicação; heterogeneidade institucional dos CEREST; falta de clareza do papel dos profissionais que atuam nos CEREST acerca da missão institucional da RENAST e por fim a ausência de uma missão estruturante capaz de trazer para o espaço da saúde pública o olhar para categoria trabalho na centralidade das ações de prevenção e de promoção à saúde.

### 2.2.1 A Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba: um cenário de avanços e retrocessos da gestão em Saúde do Trabalhador

Formado por 223 (duzentos e vinte três) municípios, o Estado da Paraíba dispõe de uma população demográfica de 3.766.528 habitantes, sendo 51,6% do sexo feminino e 48,4 % masculino e apresenta uma população Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) de 1.478.168 (IBGE, 2010).

Dentre as principais atividades econômicas do estado que mais empregam, destacam-se os serviços de administração pública (37,6%), serviços (29,3%), comércio (16,0%), indústria de transformação (14,7%) (com relevância aponta-se a indústria da construção civil, indústria de calçados, indústria têxtil). Agropecuária e atividades extrativistas somam 2,2% (PDET/RAIS/MTPS, 2014).

O Estado da Paraíba organizado geo-administrativamente em 4 (quatro) macrorregiões de saúde (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa) apresenta uma cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) estimada em 97,7% da população (SAS/MS, 2013) e uma rede de serviços ambulatoriais especializados, hospitalar e de urgência e emergência na sua maioria concentrada nos municípios sede das macrorregionais de saúde.

Seguindo os mesmos padrões geo-administrativos da saúde, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador estão distribuídos da seguinte forma: 01(um) Estadual e 01 (um) Regional no município de João Pessoa, 01 (um) em Campina Grande e 01 (um) em Patos. A IV Macrorregião (Sousa) não possui CEREST

habilitado, ficando este a cargo do Centro Estadual, situado no município de João Pessoa/PB, conforme se observa na Figura 01:

**Figura 01: Mapa de distribuição geoadministrativa dos CEREST segundo número de municípios de abrangência. Paraíba, 2014-2015.**



Fonte: SES/CEREST-PB

Embora a regulamentação dos CEREST Estaduais e Regionais sejam de 2002, com a Portaria GM Nº 1.679, a inauguração dos CEREST na Paraíba apresenta a seguinte cronologia:

- CEREST Estadual – 2003;
- CEREST Regional Campina Grande – 2004;
- CEREST Regional João Pessoa – 2007;
- CEREST Regional Patos – 2010.

Desde 2003, ano de inauguração do CEREST Estadual foram investidos no Estado da Paraíba cerca de R\$ 15.150.000,00 (quinze milhões cento e cinquenta mil reais) pelo Governo Federal através do Fundo Nacional de Saúde para manutenção das ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Destes, Na

Macrorregional João Pessoa os investimentos representam 21% (R\$3.180.000,00).

**Tabela 7: Investimentos do Fundo Nacional de Saúde para manutenção dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Paraíba, 2003 – 2014.**

Ano	Repasse Financeiro (R\$)				Total
	CEREST Estadual	CEREST Macro I - João Pessoa	CEREST Macro II - Campina Grande	CEREST Macro III - Patos	
2003	60.000,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00
2004	360.000,00	0,00	280.000,00	0,00	640.000,00
2005	360.000,00	0,00	240.000,00	0,00	600.000,00
2006	480.000,00	60.000,00	370.000,00	0,00	910.000,00
2007	480.000,00	240.000,00	370.000,00	0,00	1.090.000,00
2008	480.000,00	360.000,00	180.000,00	120.000,00	1.140.000,00
2009	480.000,00	360.000,00	390.000,00	0,00	1.230.000,00
2010	480.000,00	360.000,00	390.000,00	660.000,00	1.890.000,00
2011	480.000,00	360.000,00	360.000,00	120.000,00	1.320.000,00
2012	480.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	1.560.000,00
2013	480.000,00	360.000,00	360.000,00	390.000,00	1.590.000,00
2014	480.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	1.560.000,00
2015	480.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	1.560.000,00
<b>Total</b>	<b>5.580.000,00</b>	<b>3.180.000,00</b>	<b>4.020.000,00</b>	<b>2.370.000,00</b>	<b>15.150.000,00</b>

Fonte: Fundo Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2003/2015

A pergunta oportuna frente a esses repasses financeiros realizados aos CEREST no Estado da Paraíba é de fato como esta estruturada a rede de saúde para Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS, sobretudo, no conjunto dos municípios que compõem as macrorregionais de saúde de João Pessoa, Campina Grande e Patos?

Ao se debruçar sobre os indicadores de notificação compulsória de acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho no Estado observou-se que no período de 2012 a 2015 houve um aumento de 163% na captação dos registros (Tabela 8). Entretanto, esse número é ínfimo se comparado aos dados da Previdência Social<sup>13</sup>,

<sup>13</sup> Dados comparativos entre a notificação compulsória em saúde do trabalhador no SUS e a Comunicação de Acidente de Trabalho da Previdência Social na Paraíba no período de 2007 a 2014, observou-se uma subnotificação no Sinan de 29 mil acidentes não computados. Se formos para além desse universo, estudos realizados pelo Serviço de Estatística e Epidemiologia da Fundacentro em 2013 revelou que para cada 01 (um) acidente de trabalho registrado pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social quase 07 (sete) são subnotificados (FUNDACENTRO, 2013).

mesmo considerando que estes refere-se apenas ao trabalhadores segurados. Vale salienta que mais de 90% desses registros são notificados pelos municípios sede de CEREST, dada a inoperância da regionalização de saúde no Estado encaminhando as principais demandas de saúde ambulatorial de urgência e emergência hospitalar para as grandes capitais.

Soma-se a esse problema a inobservância dos serviços de saúde na sua competência/ função no acolhimento qualificado ao usuário frente a sua demanda, no encaminhamento para rede de serviços especializados, bem como, na emissão de laudos, pareceres e atestados médicos que fomente/estabeleça o nexo causal da relação doença-trabalho.

**Tabela 8: Série histórica de Notificação de Acidentes, Doenças e/ou Agravos Relacionadas ao Trabalho. Paraíba, 2012-2015.**

Agravos e/ou Doenças Relacionadas ao Trabalho	2012		2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acidente de Trabalho Grave	412	37,9	709	49,7	743	46,3	1853	64,3	4163	52,4
Acid. Material Biológico	484	44,5	494	34,6	450	28,1	596	20,7	2370	29,8
Doença Osteomuscular RT	86	7,9	142	10,0	296	18,5	305	10,6	957	12,0
Intoxicação Exógena RT	82	7,5	66	4,6	78	4,9	49	1,7	296	3,7
Transtornos Mental RT	12	1,1	8	0,6	31	1,9	71	2,5	125	1,6
Perda Auditiva Ind por Ruído	4	0,4	2	0,1	0	0,0	5	0,2	13	0,2
Câncer RT	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Pneumoconiose	1	0,1	2	0,1	3	0,2	1	0,0	8	0,1
Dermatose Ocupacional	7	0,6	3	0,2	3	0,2	0	0,0	14	0,2
<b>Total</b>	<b>1088</b>	<b>100</b>	<b>1427</b>	<b>100</b>	<b>1604</b>	<b>100</b>	<b>2880</b>	<b>100</b>	<b>7949</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN/SES/SMS,2012 -2015.

Disponível em 15 de dezembro de 2015.

Contudo, se por um lado, depara-se com a necessidade de mudança cultural do olhar para o processo saúde-doença, compreendendo este a partir dos determinantes sociais da saúde. De outro, enfrenta-se a fragilidade dos Centros, no que tange a autonomia de gestão técnica, administrativa e financeira na construção da rede de referência.

Atualmente a equipe técnica dos CEREST no Estado da Paraíba é composta por 51 (cinquenta e um) profissionais, destes 45 (quarenta e quatro) são de nível superior em diversas áreas do conhecimento e 06 (seis) de nível médio, com cursos técnicos específicos na área de enfermagem e segurança no trabalho o que confere

um número muito pequeno de técnicos para dar conta da capilarização das ações de saúde do trabalhador nas macrorregionais de saúde.

No que tange ao tipo de vínculo da equipe técnica dos CEREST Regionais<sup>14</sup> no Estado da Paraíba, 54,3% (21) é do quadro efetivo do município e 34,2% (13) prestadores de serviços com contrato temporário e 10,5% (4) comissionados. A maioria dos profissionais exercem suas atividades em 20 horas semanais (41,2%), 40 horas (37,3%), 30 horas (19,6%) e um (2,0%) realiza complementação de carga horaria com 10 horas semanais (CEREST/SES/ SMS, 2015).

No que se refere à formação desses profissionais, os dados apontaram a constituição multidisciplinar das equipes em diversas áreas do saber com destaque para as áreas das ciências da saúde, humanas e sociais de acordo com o Quadro 1 a seguir:

**Quadro 1: Distribuição das equipes técnica dos CEREST segundo a área de formação. Paraíba, 2014-2015**

Formação	Estadual	Campina Grande	João Pessoa	Patos	Total
Enfermagem	2	2	4	1	9
Serviço Social	2	2	3	1	8
Fisioterapia	-	2	2	1	5
Psicologia	2	-	2	1	5
Téc. de Segurança do Trabalho	-	2	1	-	3
Medicina	2	1	3	1	7
Téc.de Enfermagem do Trabalho	-	2	-	1	3
Administração	2	-	1	-	3
Ciência habilitação em química	1	-	-	-	1
Ciências Sociais	-	1	-	-	1
Comunicação Social	-	1	-	-	1
Direito	1	-	-	-	1
Educação Física	1	-	-	-	1
Engenharia Agrônomo	-	1	-	-	1
Engenharia de Materiais	-	1	-	-	1
Engenharia e Segurança do Trabalho	-	2	-	-	2
Total	13	16	16	6	51

Fonte: CEREST/SMS e SES.

<sup>14</sup> O Cerest Estadual não informou o tipo de vínculo de seus servidores

De acordo com a Portaria GM/MS Nº. 1.823/2012, os CEREST inserem-se na rede em saúde do SUS enquanto polo articulador e irradiador das ações intra e intersetoriais para implantação e/ou implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador/a no SUS (PNST-SUS), observando as seguintes atribuições:

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012, p.13).

O que se observa na realidade é a forte tendência assistencial dos Centros tencionada à própria lógica de construção da RENAST enquanto serviço ambulatorial especializado., e que representou inegáveis avanços no campo da Saúde do Trabalhador (VASCONCELLOS, 2007). Todavia, a não compreensão do papel do CEREST pela equipe técnica e de Gestão da saúde, e o não enfrentamento da matéria em Saúde-Trabalho por parte dos governantes, historicamente vem provocando a fragilização das ações de Saúde do Trabalhador no Sistema de Saúde resultando na periferização de suas práticas, com “[...] avanços insuficientes para trazer mudanças no panorama sanitário [...]” (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015,p.838).

Soma-se a essas reflexões o desafio de gerenciar as prioridades de forma planejada, sistemática e integrada as demais ações e serviços de saúde, sem ser imergido pelas demandas espontânea de assistência pertinentes as questões de saúde-trabalho.

Desta feita, se por um lado, uma importante parcela dos pensadores utópicos que resistem a perspectivas da Reforma Sanitária de um SUS universalista, integral e equânime com o olhar voltado aos determinantes sociais da saúde, tendo o trabalho na Centralidade das relações sociais, por outro, os entraves no espaço de gestão técnica e de decisão política e econômica do Estado Brasileiro na interface entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Previdência Social corroboram para não efetividade desta proposta política como direito do cidadão e dever de Estado, reverberado significativamente na fragilização, precarização e flexibilização dos direitos sociais, notadamente abordados no campo da Saúde do Trabalhador.

### **3 SAÚDE, TRABALHO E DIREITO: minimização do Estado e seus impactos na Saúde do Trabalhador**

A lógica expositiva desse capítulo embasa-se na discussão sobre conjuntura econômica e política do Estado Brasileiro e seus impactos nas políticas sociais com enfoque para a transversalidade entre Previdência Social, Saúde e Trabalho e suas implicações no âmbito da Saúde do Trabalhador.

Para tanto, essa discussão estrutura-se em quatro pontos, a saber: o orçamento público e os impactos nas Políticas Sociais: uma reflexão a partir da Saúde do Trabalhador, no qual aborda-se a perspectiva do direito a saúde, ao trabalho e a previdência social, como dever do Estado resguardado constitucionalmente e o debate de sua redefinição neoliberal que impõe um enorme fosso entre a garantia desses direitos e o acesso efetivo das políticas sociais. No segundo momento apresenta-se a face “oculta” dos acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho e suas reverberações econômicas e sociais para a política pública, bem como, aborda-se os impactos biopsíquico e social na vida do trabalhador. A partir daí desenha-se o perfil sociodemográfico e ocupacional dos usuários/trabalhadores atendidos pelo CEREST Regional João Pessoa entre os anos de 2014 e 2015. Posteriormente apresenta-se o perfil dos acidentes, doenças e/ou agravos à saúde do trabalhador suas causas e consequências na vida social e por último discute-se a condição atual no trabalho e o acesso ao direito previdenciário entre afirmação e a negação do direito social.

#### **3.1 Orçamento Público e os impactos nas Políticas Sociais: uma reflexão a partir da Saúde do Trabalhador**

O direito à saúde, ao trabalho e a previdência social, circunscritos no contexto dos direitos e garantias fundamentais da Constituição Federal de 1988 no âmbito dos direitos sociais, expressam-se na atual conjuntura de redefinição neoliberal do Estado, “camuflado” sobre o viés neodesenvolvimentista, um enorme fosso entre a garantia desses direitos e a sua real efetividade frente às demandas apresentadas pela classe trabalhadora. Sobretudo pelo caráter ambíguo da Seguridade Social

brasileira que conjuga no campo da proteção social sistemas híbridos, com modelos da socialdemocracia, corporativista-estatista e liberalista (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Compreender esse movimento contraditório exige perceber nessa arena de lutas duas forças antagônicas, inserida no confronto entre capital e trabalho. E convida-nos a refletir como o Estado tem se posicionado frente a essa realidade a partir do seu papel e sua atuação na trama social, econômica, política e cultural. Para tanto, merece elucidar à luz do materialismo histórico que o Estado,

[...] se impõe na condição de comunidade dos homens. Mas uma comunidade ilusória, pois o Estado, por baixo das aparências ideológicas de que necessariamente se reveste, está sempre vinculado à classe dominante e constitui o seu órgão de dominação (MARX; ENGELS, 2007, p.31).

Assim, o Estado afirma-se na manutenção da vida social de produção e reprodução do sistema capitalista em favor dos interesses intrínsecos à classe dominante, garantindo a classe trabalhadora o mínimo de condições de vida e trabalho. E, na eminência de crises cíclicas desse sistema, minimiza sua atuação de garantia de direitos através de uma política de precarização, terceirização e privatização dos direitos sociais, com rebatimentos em diversas áreas, sobremaneira na saúde, previdência social e educação. Por outro lado, aumenta a inserção de políticas de forte cariz assistencialista com a finalidade de legitimização social.

Esta constatação é ratificada no Orçamento Geral da União. Em 2014 os percentuais relativos à Seguridade Social giravam em torno de 26,77%, destes 19,8% relativos à Previdência Social, 4,11% voltados a Política Pública de Saúde e 2,86% à Assistência Social. Dentre as demais políticas setoriais, como educação, habitação e segurança pública os percentuais giravam em torno de 3,49%, 0,02% e 0,35% respectivamente. Enquanto isso, 45,11% (2,168 trilhões) estavam direcionados ao socorro dos juros e amortizações da dívida pública. Em 2015 a história se repete dos 3,0 trilhões de reais estimados na previsão orçamentária, apenas 784 bilhões estavam direcionados a Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social) que abarca as despesas com aposentadorias, pensões

e benefícios, gastos com serviços de saúde e os programas da Política de Assistência Social. E, em contrapartida, o socorro à dívida pública (interna e externa) alcançava cerca 1,4 trilhões, o equivalente a 45,6% do orçamento total da União (MPOG, 2015).

Corroborando com essa discussão afirma Rodrigo Ávila:

Em 2015, somente em juros e outros encargos da dívida, foram pagos R\$ 208 bilhões, de acordo com informações disponíveis no site do Senado Federal. Já com o refinanciamento, o gasto foi de R\$ 753 bilhões. Na soma, o rombo da dívida sugou 42% do orçamento da União. Do outro lado da balança, a Saúde contou com apenas 4,5% do gasto federal (101 bilhões), enquanto a Educação ficou com 3,8% (86 bilhões) (RADIS, 2016, p.14. N.162).

Se não bastasse o baixo financiamento na Saúde, ainda nos deparamos com fortes investidas neoliberais que tencionam a perspectiva de mercadorização da saúde, a exemplo do Projeto de Emenda Constitucional nº. 451/2014 que viola o direito à saúde, como dever do Estado, e aponta para uma segmentação do SUS. Outro exemplo que acentua essas questões, sobretudo, no campo econômico refere-se à Emenda Constitucional 85/2015 que altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, que de forma impositiva retira da saúde recursos financeiros que era para ser transferido automaticamente para os orçamentos municipais e estaduais e dá aos parlamentares o poder de devolvê-los de acordo com interesses políticos particulares (CEBES, 2015). Soma-se a essas iniciativas a abertura para o financiamento do capital estrangeiro a assistência à saúde, conforme prevê a Lei nº 13.019/2014 que de forma irresponsável fere o artigo 199, § 3º da Constituição.

Outro dado relevante acerca dessa questão refere-se aos investimentos públicos em saúde. Segundo a Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012, Estados e União devem aplicar no mínimo 12% e os municípios 15% do Produto Interno Bruto em ações e serviços de saúde. No período de 2008 a 2010 o país aplicou no referido setor uma média 3,7% do PIB (BRASIL, MS/SIOPS, 2010). Conforme pesquisa realizada pelo IBGE (2013), 50% dos Estados Brasileiros ficaram abaixo do mínimo estabelecido, entre eles o Estado da Paraíba, com 10,9%,

o que equivale acerca de 1,01 bilhões de reais.

Para a Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES) o subfinanciamento do SUS revela um posicionamento do Estado em favor ao setor privado em detrimento a saúde pública, e que “ o gasto total com Saúde no Brasil é de 9,5% do PIB, mas a menor parte dele, 47,5% é de responsabilidade do setor público, nas três esferas de governo [...] e o restante, 52,5% vem das chamadas despesas das famílias” (RADIS, 2016, p.15. N.162). Essa constatação aponta para a expansão dos planos privados de saúde que acabam por subtrair recursos para investimentos no setor público de saúde. Para se ter uma ideia a renúncia fiscal da União em 2006 alcançou a magnitude de R\$ 12,5 bilhões (OCKÉ-REIS, 2012).

Na Previdência Social nota-se, ao longo dos anos, uma formulação política de seguro social contributivo, de viés economicista desatrelado ao campo da prevenção doenças e da promoção da saúde dos trabalhadores. Traduz-se historicamente em um sistema de monetarização dos riscos, seletividade dos “mais graves” dos “graves”, “concedendo” a muita custa o acesso ao direito social previdenciário ao trabalhador, a exemplo disso são as Medidas Provisórias de nº 664 e 665, ambas de 30 de dezembro de 2014 que alteraram os direitos sociais previdenciários e trabalhistas, com justificativas econômicas e de controle de gastos.

Embora as estatísticas públicas mostrem um aumento de 177,3 bilhões na receita da Previdência Social ao longo dos últimos cinco anos (2011/2014) e uma média de 5,6% de participação do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, conforme revelam os dados do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (BRASIL, MTPS, 2014), nesse período, observaram-se profundas reformas na previdência social. Essas reformas embasaram-se no argumento falacioso de déficit, na busca de respaldar o afunilamento do acesso aos direitos previdenciários e sociais da classe trabalhadora, revelada por uma postura reacionária do Estado mínimo às necessidades sociais e maximizado aos interesses do capital.

Ainda segundo o MTPS (2014) entre os anos de 2009 e 2014 houve um crescimento de 15,6 milhões de contribuintes ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS), o que representa uma taxa média de crescimento de 5,1% ao ano, índice superior à taxa de crescimento anual da população.

**Tabela 9: Demonstrativo da receita e despesas da Previdência Social.  
Brasil, 2009 – 2014.**

Ano	Valores em Bilhões (R\$)		
	Receita	Despesas	Saldo
2011	318,3	313,1	5,2
2012	362,6	354,8	7,8
2013	386,7	398,0	-11,3
2014	495,6	444,5	51,1
Total	1563,2	1510,4	52,8

Fonte: MTPS, 2011-2014.

Para Silva; Almeida, (2011, p. 5), tais dados refletem:

[...] a postura ideológica do Estado neoliberal sobre o viés da “democratização” frente à “questão social”, advinda da relação de classes (capital versus trabalho) que se configura nesse dado sistema de um Estado máximo para o capital e mínimo para o atendimento das necessidades da classe trabalhadora, rebatendo consideravelmente na forma de acesso as Políticas Públicas.

Assim, reformas políticas e econômicas passam a afetar significativamente o acesso ao direito à saúde, a previdência social e ao trabalho, contribuindo decisivamente para a negação dos direitos sociais adquiridos pela classe trabalhadora, subjugando-os a eminência assistencialista do Estado, sob o viés de culpabilização da pobreza do indivíduo e não nas condições materiais e objetivas de produção e reprodução da vida social.

Não obstante, sucessivos golpes vêm ocorrendo diariamente ao conjunto da classe trabalhadora repercutindo significativamente no direito do trabalho, como o Projeto de Lei 4.330/2004 que dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes e revela-se como uma afronta aos direitos trabalhistas com falso discurso do fim da insegurança jurídica dos contratos terceirizados.

Contribuindo com a problematização da questão proposta, os dados a seguir desenham em escala proporcional a real condição da saúde do trabalhador e da

trabalhadora e como o acesso aos direitos sociais à saúde, a previdência social e ao trabalho estão postos nesse cenário de “avanço” social-liberalismo conjugado a superexploração da força de trabalho e lucratividade do sistema capitalista, sobre a ativa participação do Estado.

### **3.1 A Saúde do Trabalhador em números: a face “oculta” dos acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho**

Os indicadores epidemiológicos de morbimortalidade vivenciados, sobretudo, no final do século XX e início do século XXI revelam um processo de transformação no modo de adoecer e morrer da população brasileira. As doenças parasitárias e infectocontagiosas dão espaço as doenças não transmissíveis de etiologia crônicas, degenerativas e àquelas advindas por causas externas, a exemplo das doenças do aparelho cardiovascular, aparelho circulatório, câncer, acidentes e agravos, entre eles aqueles relativos ao mundo do trabalho decorrentes dos novos padrões de acumulação do capital e conseqüentemente da reestruturação dos sistemas de produção no capitalismo contemporâneo que impõem à sociedade enormes desafios na efetivação dos direitos sociais esboçados na produção da saúde que conjuga, nesse escopo as condições de vida e trabalho dos indivíduos nas relações sociais (POSSAS, 1989; BARATA, 1997; CHAIMOWICZ, 1997; BRASIL, 2006b).

Essas transformações revelam os padrões econômicos e sociais vivenciados no seio da sociedade e as escolhas desenvolvimentistas adotadas no país. A de se considerar, contudo, os ganhos obtidos no avanço das ciências da saúde e a inserção de novas tecnologias na forma do cuidar, bem como, o acesso a bens e serviços sociais à população que passam a contribuir significativamente na produção da saúde<sup>15</sup>.

Nessa conjuntura, os acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, apresentam-se como um relevante problema de Estado, com desdobramentos econômicos, políticos e sociais acentuados. Esses desdobramentos são notadamente revelados a partir de tentativas equacionais de

---

<sup>15</sup> Entende-se saúde dentro do conceito ampliado “[...] estado de bem-estar, físico, mental e social dos indivíduos na coletividade” (OMS, 1948).

saneamento entre Estado – Capital através da oferta de Políticas Públicas como mecanismos de enfrentamento às determinações sociais advindas das relações contraditórias entre Capital e Trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho revelou que cerca de 360 milhões de pessoas sofrem acidentes no trabalho e outras 160 milhões apresentam doenças não letais relacionadas ao trabalho. Segundo a mesma Organização, anualmente morrem cerca de 2,34 milhões trabalhadores em decorrência dos acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, o que equivale a uma média diária de 5.500 mortes. Destes, estima-se que 86,3% dos óbitos ocorrem por doenças e/ou agravos (OIT, 2013).

Tal realidade apresenta-se de forma mais precária nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. As péssimas condições de trabalho, flexibilização e minimização dos direitos sociais, somado aos novos modelos de organização produtiva contribuem indubitavelmente para a construção desses indicadores.

No Brasil, o Ministério do Trabalho e Previdência Social revelou que entre os anos de 2010 e 2014 foram registrados 3,5 milhões de acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho. Nesse período a média anual de afastamento permanente do trabalho era 2,1%, o que equivale a mais de 15 mil trabalhadores que não retornaram mais ao trabalho e mais de 2.700 óbitos por ano. Nesse contexto, as estatísticas de Acidentes de Trabalho vêm se mantendo numa média de 711.288 mil registros anualmente, ou seja, cerca de 02 (dois) acidentes de trabalho a cada minuto. Observou-se também que cerca de 2,7 milhões desses acidentes foram notificados por meio da CAT e 823.771 mil sem registro de CAT. Chama-se atenção para o número de acidentes típicos com percentuais significativos ao longo dos anos e evidencia-se também os acidentes de trajeto.

Contudo, é devido observar que as notificações sem emissão de CAT, possibilitada pela criação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP<sup>16</sup>),

---

<sup>16</sup> A partir da implementação do NTEP a perícia médica passa a adotar três etapas sequenciais e hierarquizadas para a identificação e caracterização da natureza da incapacidade, se acidentária ou não-acidentária (previdenciária). As três etapas são: (1) Identificação de ocorrência de Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho que compreende na verificação da existência da relação “agravo, exposição” ou “exposição, agravo” (Listas A e B do Anexo II do Decreto nº 3.048/1999); (2) Identificação de ocorrência de Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, que realiza averiguação do cruzamento do código da CNAE com o código da CID-10 e a presença na matriz do NTEP (publicada na Lista C do Anexo II do Decreto nº 3.048/1999); (3) Identificação de

em 2007, pelo então Ministério do Trabalho e Previdência Social alcançam no conjunto dos anos 23,2% do total de registros. O que representa uma média de 27,9% no período em questão. Salienta-se que esses casos captados pelo NTEP refere-se a problemas de saúde relacionados ao trabalho que se enquadram no grupo das doenças e/ou agravos advindos dos ambientes e processos de trabalho, que encontram-se “mascarados” em mínimos percentuais que variam entre 2,1% a 2,4%. O que na verdade esses indicadores chegam aos seus 25,5%, conforme Tabela 10, a seguir.

**Tabela 10: Número de acidentes de trabalho por situação de registro e motivo. Brasil, 2010 – 2014.**

Ano	Com CAT Registrada						Subtotal	Sem CAT Registrada		Total
	Típico		Trajeto		Doença			N	%	
	N	%	N	%	N	%				
2010	414.824	59,1	94.789	13,5	15.593	2,2	525.206	176.290	25,1	701.496
2011	423.167	59,5	100.230	14,1	15.083	2,1	538.480	172.684	24,3	711.164
2012	426.284	59,7	103.040	14,4	16.898	2,4	546.222	167.762	23,5	713.984
2013	434.339	59,9	112.183	15,5	17.182	2,4	563.704	161.960	22,3	725.664
2014	427.939	60,8	115.551	16,4	15.571	2,2	559.061	145.075	20,6	704.136
Total	2.126.553	59,8	525.793	14,8	80.327	2,3	2.732.673	823.771	23,2	3.556.444

Fonte: Ministério do Trabalho e da Previdência Social, 2010 – 2014.

Essa realidade revela uma inoperância funcional e ideológica dos Serviços Especializados em Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) que historicamente vêm atuando mais na saúde financeira da empresa em detrimento das questões de saúde dos seus trabalhadores.

Observa-se também um descumprimento legal da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, que em seu Art. 22, dispõe que:

A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada

ocorrência de Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho, que implica a análise individual do caso, mediante o cruzamento de todos os elementos levados ao conhecimento do médico-perito da situação geradora da incapacidade e a anamnese. A ocorrência de qualquer um dos três nexos implicará na concessão de um benefício de natureza acidentária. Se não houver nenhum dos nexos, o benefício será classificado como previdenciário (BRASIL, Anuário Estatístico da Previdência Social, 2014, p. 545).

e cobrada pela Previdência Social (BRASIL, Presidência da República, 1991, p. 13).

E, no caso da não emissão da CAT pelo empregador, esta poderá ser formalizada pelo próprio acidentado, dependentes, representação sindical ou médico assistente do evento imediato, conforme § 2º do Art. 22, da referida Lei. Também assegura o § 3º que “a comunicação a que se refere o § 2º não exime a empresa de responsabilidade pela falta do cumprimento do disposto neste artigo” (BRASIL, Presidência da República, 1991, p. 9).

Nota-se que o desrespeito à lei confere à classe trabalhadora um cenário de (in) seguridade social que perpassa desde o não cumprimento das obrigações patronais na oferta de ambientes e processos de trabalho salubres, numa perspectiva vigilante de antecipação aos riscos, entendendo estes, como previsível e prevenível, a não garantia da emissão de laudos, pareceres e diagnósticos das doenças patognomônicas do trabalho pelo empregador ou pelos serviços médicos contratados da empresa de forma a dificultar o acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores.

Ademais, observa-se enormes fragilidades do SUS na oferta de serviços de promoção e prevenção aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho a partir das ações de vigilância em saúde, dado as ações assistemáticas e fragmentadas do conceber a saúde sob os processos produtivos e suas implicações no processo saúde-doença da população. Somam-se a isso, as práticas assistenciais e curativas, ainda predominantes no sistema de saúde.

Na Previdência Social nota-se, ao longo dos anos, uma formulação política de seguro social contributivo, de viés economicista desmembrado ao campo da prevenção e promoção da saúde do trabalhador. Traduz-se historicamente em sistema de monetarização dos riscos, seletividade dos “mais graves” dos “graves”, “concedendo” a muita custa o acesso ao direito social previdenciário ao trabalhador.

Defronte a essa realidade, os impactos sociais e econômicos que se apresentam são diversos que vão desde aos aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais e econômicos na vida do trabalhador.

Para se ter uma ideia em 2011 o impacto econômico dos acidentes, doenças

e agravos relacionados ao trabalho apenas para a Previdência Social foi de 8.6 bilhões de reais, sem levar em consideração os gastos com saúde (assistência ambulatorial, hospitalar, fisioterapia, farmacêutica entre outros) que podem elevar esses valores cerca de 3 vezes mais.

**Tabela 11: Despesas do INSS segundo as principais rubricas por Acidentes de Trabalho. Brasil, 2011<sup>17</sup>. (R\$ Mil)**

Despesas por rubrica	2011	
	N	%
Aposent por Invalidez - Acidente de Trabalho	2.371.443	27,42
Pensões Acidentárias	1.513.935	17,51
Auxílio-Acidente	192.440	2,23
Auxílio-Doença - Acidente de Trabalho	2.627.518	30,38
Auxílio-Acidente de Trabalho	1.817.623	21,02
Auxílio-Suplementar - Acidente de Trabalho	124.587	1,44
<b>Total</b>	<b>8.647.546</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MPS, Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho, 2013.

Estudo realizado pelo CEREST Regional João Pessoa em 2015 revelou o impacto financeiro que um trabalhador acometido por um acidente de trabalho trás para os cofres públicos no período de 13 meses (julho de 2011 a setembro de 2012). No setor saúde foram gastos R\$ 10.246,39, sendo R\$ 5.209,34 no setor público e R\$ 5.037,05 no setor privado. Vale salientar que os gastos no setor público encontram-se subregistrados, dado a fragilidade de monitoramento dos procedimentos em saúde, bem como na defasagem da Tabela de valores do SUS. Os gastos referentes ao setor privado dizem respeito a assistência à saúde em apenas 3 dias. As despesas previdenciárias alcançaram os R\$ 6.023,33 e após a morte do trabalhador, já foram repassados a família por direito até dezembro/2015 – pensão por morte - o montante de R\$ 29.786,43 (SMS/CEREST, 2015).

Após os apontamentos introdutórios buscaram enunciar o panorama situacional na efetividade ou não dos direitos sociais, na saúde, no trabalho e na previdência social, arrola-se a seguir a construção analítica do perfil dos

<sup>17</sup> Apenas na Edição do AEAT referente ao ano de 2013 é que constavam esses indicadores relativos a 2011. Os valores referentes aos anos de 2012,2013 e 2014 constam no bloco das despesas, no entanto não são especificados separadamente por rubrica.

trabalhadores e dos acidentes, doenças e/ou agravos à saúde do trabalhador.

### **3.2 Análise do perfil dos trabalhadores atendidos no Cerest – Regional - João Pessoa/PB**

O universo amostral desta pesquisa compreende um total de 205 (duzentos e cinco) usuários trabalhadores que representam 46,2% dos usuários atendidos no CEREST Regional – Macro I João Pessoa/PB entre os anos de 2014 e 2015. O critério da amostra se deu pela totalidade dos trabalhadores que obtiveram o encerramento do acompanhamento com estabelecimento de nexos causal<sup>18</sup> em saúde do trabalhador (relação da doença com o trabalho) e conseqüentemente emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pelo referido Centro.

A construção analítica do perfil dos/as 205 (duzentos e cinco) trabalhadores atendidos no CEREST Regional – João Pessoa envolve um conjunto de dados sociodemográficos e ocupacionais que passam a ser discutidos quanti-qualitativo através da análise tabular e gráfica. Essa análise apresenta um caráter crítico com embasamento teórico-metodológico do campo da saúde do trabalhador a partir da relação saúde, trabalho. Evidencia-se que a discussão dos dados referencia-se na leitura do marco legal e político sobre saúde, trabalho na perspectiva do direito.

#### **3.2.1 Dados Sociodemográficos**

A interpretação dos dados sociodemográficos dos trabalhadores circunscreve-se às seguintes variáveis: faixa etária, sexo, nível de escolaridade, estado civil e município de residência.

Quanto ao perfil dos trabalhadores atendidos entre os anos de 2014 e 2015, que obtiveram nexos causal em saúde do trabalhador com emissão da CAT, a maior incidência se deu no gênero feminino com 51,2%. Várias hipóteses contribuem com essa leitura, entre elas podemos citar que existe uma maior procura dos serviços de saúde pelo público feminino; nos últimos anos vem ocorrendo um crescimento da

---

<sup>18</sup> Nexos Causal em saúde do trabalhador refere-se a relação causal entre a doença e o trabalho.

inserção da mulher no mercado formal de trabalho, e soma-se a essas questões a tripla jornada de trabalho que essas mulheres estão submetidas na vida social. O que por vezes passa a contribuir para a forma de adoecimento e por consequência uma maior procura aos serviços de saúde.

**Tabela 12: Faixa Etária e Sexo dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015**

Faixa Etária	SEXO				Total	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
20  ---  30	16	47,1	18	52,9	34	16,6
30  ---  40	47	56,6	36	43,4	83	40,5
40  ---  50	30	50,0	30	50,0	60	29,3
50  ---  60	12	42,9	16	57,1	28	13,7
Total	105	51,2	100	48,8	205	100,0

Fonte: CEREST/João Pessoa- PB

Ao dialogar esses dados com indicadores do Ministério do Trabalho e Previdência Social (2014, p. 578) observa-se que a maior frequência encontra-se no grupo masculino, com 68,0% das Comunicações de Acidentes de Trabalho. Enquanto que as mulheres representam 32%. Tais percentuais revelam que mesmo com o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho sob a garantia dos direitos trabalhistas, esse dado continua sendo inferior quando comparado aos homens. Segundo dados do IBGE/2010, em 2009, aproximadamente 35,5% das mulheres estavam inseridas no mercado de trabalho com carteira assinada, percentual inferior a população masculina que era de 43,9%. As mulheres empregadas sem carteira e trabalhando por conta própria correspondiam a 30,9% e entre os homens, este percentual era de 40%.

Considerando os dados de faixa etária dos trabalhadores a maior incidência encontra-se entre os 30 a 49 anos de idade com 69,8%, indicando que o processo de adoecimento e/ou estado de doença manifestado no corpo dos trabalhadores a partir de sinais e sintomas se instaura ainda no período de plena capacidade laborativa.

Em torno dessa, questão ressalta-se também a relevância percentual de

16,6% de trabalhadores jovens entre 20 a 29 anos, que na maioria dos casos se encontra no início do exercício profissional e que devido à organização do processo de trabalho já demonstram quadro de restrições e/ou incapacidade para o desempenho de determinadas atividades de trabalho.

Por fim, verificam-se aqueles trabalhadores que ao longo do exercício de uma ou mais atividades laborativas vieram a receber diagnóstico clínico de doença ocasionada pelo trabalho, exigindo tratamento e/ou afastamento total das suas funções, estando na faixa etária de 50 a 60 anos.

No que concerne ao estado civil verificou-se que 55,1% (113) são casados e 20,5% (42) são solteiros e os que afirmaram ser separados judicialmente e outros sem especificação representam 24,4% (50).

Quanto ao grau de instrução/escolaridade os dados revelaram que 54,1% (111) dos trabalhadores concluíram o ensino médio, 16,6% (34) possuem o ensino fundamental e apenas 9,8% (20) afirmaram ter curso superior. Destaca-se também que 16,5% (34) dos trabalhadores afirmaram possuir até a 5ª ano do ensino fundamental, conforme Tabela – 13, a seguir.

Ao comparar o grau de instrução por gênero observou-se que as mulheres possuíam maior nível de escolaridade que os homens. Sobre esse perfil, estudos do IBGE (2010) apontaram que na faixa etária de 25 anos ou mais, o percentual de mulheres com nível superior de graduação completo é cerca de 2,6% a mais que os homens. Esse dado chega a uma diferença de 7,7% entre os ocupados.

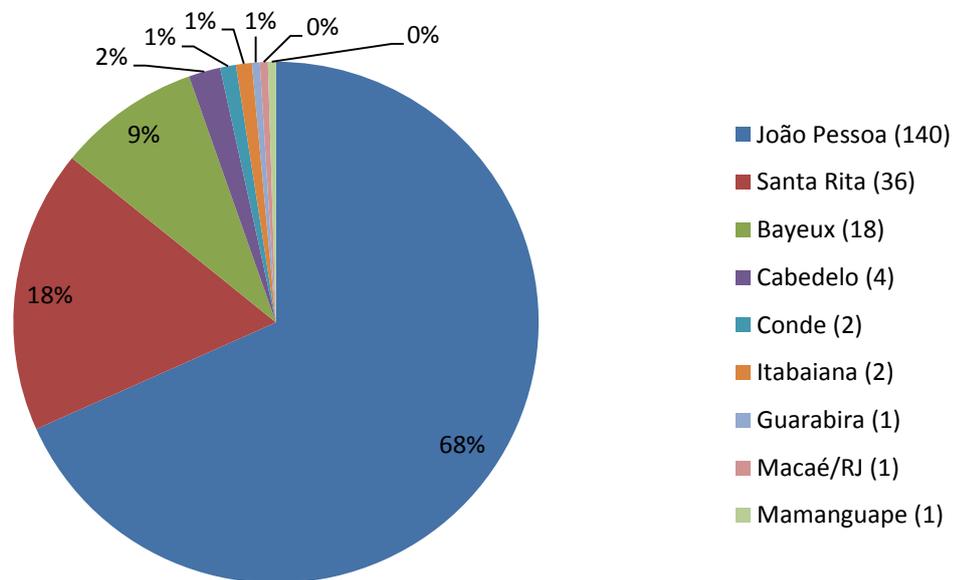
**Tabela 13: Escolaridade e Sexo dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.**

Grau de Instrução	SEXO				Total	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	1	1,0	1	1,0	2	0,98
Ensino Fundamental incompleto	6	5,7	28	28	34	16,5
Ensino fundamental	19	18,1	15	15	34	16,6
Ensino médio completo	64	60,9	47	47	111	54,1
Ensino superior completo	12	11,4	8	8,0	20	9,8
Não informado	3	2,9	1	1,0	4	2,0
Total	105	100,0	100	100,0	205	100,0

Fonte: CEREST/João Pessoa-PB

No que concerne ao município de residência dos trabalhadores, constatou-se que a maioria residem em João Pessoa (68%), seguidos de Santa Rita (18%) e Bayeux (9%). Os demais municípios apresentaram percentuais que variam entre 1% a 2%. Foi identificado também um trabalhador que residia no município de Macaé-RJ.

**Gráfico 1: Município de residência dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.**



Fonte: CEREST/João Pessoa- PB

Observa-se a partir desses dados que os pareceres técnicos e o estabelecimento de nexos causais emitidos pelo Núcleo de Acolhimento e Assistência do CEREST Regional João Pessoa encontram-se centralizados no município sede da 1ª macrorregional de saúde em detrimento aos demais municípios da região (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012). Essa constatação aponta para as limitações da descentralização das ações de saúde do trabalhador junto aos demais municípios da 1ª macrorregional respaldado pela inoperância da regionalização da saúde, na ingerência e/ou escassez dos recursos financeiros, bem como, na fragilidade da Programação Pactuada Integrada (PPI) no Estado. Por vezes esse cenário passa

exigir da Política Estadual em Saúde do Trabalhador um apoio aos Centros Regionais no sentido de implementar os processos de descentralização com o fomento de Núcleos de Saúde do Trabalhador (NUSAT) que viabilize maior inserção das ações aos demais municípios da macro.

### 3.2.2 Perfil produtivo e dados ocupacionais dos trabalhadores atendidos no CEREST

Os perfis produtivos das atividades econômicas sinalizaram para uma predominância de trabalhadores advindos de do setor da indústria 44,4%, com destaque para fabricação/preparação de artigos de couro (calçados e artigos diversos), serviços com 27%, com ênfase nas atividades de correios, administração pública e defesa da seguridade social, o setor comércio com 15,9%, destacando as atividades de comércio varejista e atacadista, sobretudo, na área de alimentos, transporte 7,1% com maior frequência para o transporte terrestre e armazenamento de cargas e âmbito da construção civil e serviços afins com 5,6% voltado a construção de edifício e infraestrutura.

**Tabela 14: Atividade econômica dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.**

Atividade Econômica	N	%
Comércio varejista	23	11,2
Preparação de couros e fabricação de artefatos de couro	22	10,7
Fabricação de produtos têxteis	14	6,8
Transporte terrestre	14	6,8
Atividades de serviços financeiros	13	6,3
Administração pública, defesa e seguridade social	8	3,9
Confecção de artigos do vestuário e acessórios	8	3,9
Fabricação de bebidas	8	3,9
Construção de edifícios	7	3,4
Correio e outras atividades de entrega	7	3,4
Eletricidade, gás e outras utilidades	7	3,4
Fabricação de produtos alimentícios	7	3,4
Atividades de atenção à saúde humana	6	2,9
Comércio por atacado, exceto veículos automotores e motocicletas	6	2,9
Demais atividades	55	26,8
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

Fonte: CEREST/João Pessoa- PB

Guardadas as proporcionalidades estatísticas, os resultados ora apresentados são ratificados com as informações do Anuário Estatísticas da Previdência Social. Na Paraíba a maior incidência de acidentes de trabalho ocorreu no setor da indústria de transformação, comércio e construção civil (BRASIL / MPS, 2014).

No tocante às ocupações exercidas pelos trabalhadores atendidos no CEREST, destacaram-se: alimentadores de linha de produção (21,6%) ligados ao setor da indústria de calçados, têxtil e confecções, operadores de telemarketing (6,3%), motoristas (6,3%), bancários (4,0%), conforme Tabela 15, a seguir.

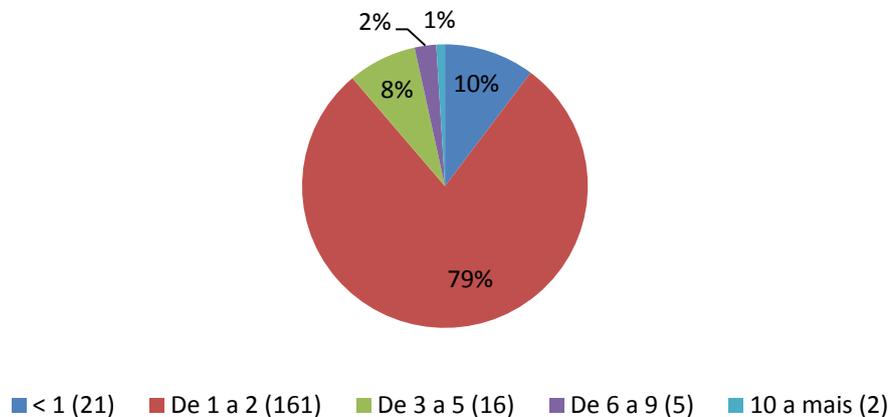
**Tabela 15: Ocupação dos trabalhadores atendidos no CEREST.  
João Pessoa/PB, 2014-2015.**

Ocupação	N	%
Alimentador de linha de produção (calçados, têxtil e confecções)	44	21,6
Motorista	13	6,3
Operador de Telemarketing	13	6,3
Trabalhador do setor bancário	8	4,0
Carregador	8	4,0
Carteiro	6	2,9
Operador de caixa	6	2,9
Auxiliar de serviços de manutenção	5	2,4
Repositor de mercadoria	5	2,4
Operador de máquinas, em geral	5	2,4
Operador de produção (química/petroquímica)	4	2,0
Promotor de vendas	4	2,0
Faxineiro	4	2,0
Demais ocupações	70	34,2
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CEREST/João Pessoa- PB

Em torno da renda salarial verificou-se que 79% recebiam de 1 a 2 salários mínimos; constatou-se também que 10% já se encontravam desempregados, e, por conseguinte não dispunham de renda, e percebiam menos de 1 salário mínimo disponibilizados pelos benefícios assistências do governo federal conforme Gráfico 9 a seguir.

**Gráfico 2: Renda salarial dos trabalhadores atendidos no CEREST.  
João Pessoa/ PB, 2014-2015.**



Fonte: CEREST/João Pessoa- PB.

Salienta-se que maioria desses trabalhadores em condição de desemprego muitas das vezes foram demitidos em situação de adoecimento decorrente ou agravado no trabalho e recebiam pela previdência social o Auxílio-doença Previdenciário (B-31). Como não eram “reconhecidos” pericialmente pelo INSS como Auxílio-doença Acidentário (B-91) ao retornarem à empresa após um a dois meses eram colocados para fora do trabalho. Caso como este não ocorresse, em tese, se o trabalhador estivesse com o B-91. Nesses casos, o empregador por força da Lei tem que garantir a estabilidade do trabalhador por um ano a partir da data de retorno ao trabalho, e se necessário, a readaptação funcional. Outro direito resguardo ao trabalho no período de afastamento por auxílio-doença acidentário é o depósito do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Esses trabalhadores agora mutilados biopsíquico e socialmente quando não conseguem reinserção no mercado de trabalho formal ou informal na condição de empreendedores, passam a depender único e exclusivamente do cônjuge quando este possui renda, da ajuda da família, parentes e programas de transferência de renda do governo, como Programa Bolsa Família, auxílio gás, cestas básicas entre outros através da Política de Assistência Social, aliás, quando conseguem acessar. Portanto, da condição ativa de trabalhador, transforma-se em “assistido” e na maioria das vezes essa condição torna-se irreversível. Portanto, efetiva-se a perda

definitiva da condição de trabalhador, adquirindo a “qualidade” de usuário da Assistência Social (MOTA, 2012).

Em 2013 foram registrados pelo Programa de Reabilitação Profissional (PRP) no Brasil 53.843 mil segurados, destes 34.642 mil eram considerados elegíveis, ou seja, embora com limitação da capacidade laborativa, reuniam condições de se submeterem ao PRP, com o objetivo de serem preparados para retorno ao trabalho, seja na mesma função ou em outra). Contudo, o número de reabilitados alcançou a casa dos 48,2% o que equivale a 16.711 mil. E destes, apenas 23,8% (3.984 mil) estavam-se em retorno ao trabalho, e mais de 76% ficam no limbo entre o trabalho e a Previdência Social, não conseguem retornar ao trabalho, mas também não permanece com o acesso ao benefício previdenciário, e, portanto, passam a recorrer judicialmente (MTPS, 2013). É o que percebe-se quando nos debruçamos na análise do perfil dos acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho vivenciados pelos trabalhadores usuários do CEREST Regional João Pessoa.

### **3.3 Acidentes, doenças e/ou agravos à saúde do trabalhador: uma realidade atual e vivenciada pelos trabalhadores atendidos no CEREST Regional João Pessoa/PB**

Os acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, sobretudo, na atual conformação dos modelos produtivos expressam-se como um relevante problema de Estado, com reverberações econômicas e sociais acentuadas. Essa realidade vivenciada cotidianamente pela classe trabalhadora é notadamente revelada pelos atendimentos realizados no CEREST Regional – João Pessoa/PB. Desse modo, passa-se a discutir essa realidade a partir dos seguintes pontos: Trabalho e doença: o perfil epidemiológico de adoecimento do trabalhador e Condição atual no trabalho na perspectiva da afirmação ou negação do direito.

#### **3.3.1 Trabalho e doença: o perfil epidemiológico de adoecimento do trabalhador atendido no CEREST**

O perfil epidemiológico dos acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao

trabalho no presente estudo revelou que 171 (83,4%) dos trabalhadores atendidos no CEREST Regional João Pessoa possuem doenças patognômicas do trabalho, 28 (13,7%) são acidentes típicos por causas externas e 6 (2,9%) decorreu de acidente de trajeto entre trabalho casa / casa trabalho.

Ao proceder a leitura dos casos a partir da distribuição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), destacou-se que 126 (61,5%) dos trabalhadores apresentavam doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99), 33 (16,1%) refere-se a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S,T), 28 (13,7%) são doenças do sistema nervoso (G00-G99) e 11 (5,4%) são em consequência de transtornos mentais e comportamentais, conforme dispostos na Tabela 16, a seguir.

**Tabela 16: Tipologia dos Acidentes de Trabalho segundo capítulo da CID-10 dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.**

Capítulo da CID-10	N	%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	126	61,5
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S,T)	33	16,1
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	28	13,7
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	11	5,4
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95)	2	1,0
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	2	1,0
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	1	0,5
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	1	0,5
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	1	0,5
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CEREST/João Pessoa- PB.

As doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo relacionam-se a um considerável número de atividades econômicas, sobretudo, pelas atuais conformações do mundo do trabalho e a inserção de novas tecnologias que exigem do trabalhador esforços repetitivos com ritmos acelerado de produção e muitas das vezes em condições ergonômicas inadequadas que acabam por contribuir na intensificação dos fatores de risco no processo de adoecimento. Assim, verificou-se que a maior prevalência dessas doenças foi encontrada no setor de Indústria de transformação (44,4%) com destaque para as atividades de fabricação de artefatos

de couro, calçados, têxtil e fabricação de alimentos; no setor serviços (27%) destacando-se as atividades de serviços financeiros, correios, eletricidade e abastecimento de água, administração pública e defesa da seguridade social; no comércio (15,9%) observou-se maior presença dos trabalhadores do comércio varejista/atacadista, sobretudo aqueles ligados a supermercados e comércio automobilístico; e nas atividades de transporte, constataram-se aqueles de características terrestre, aéreo e marítimo (7,1%). A Tabela 7 apresenta os dados concernentes às atividades econômicas que provocam doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho que atingem 41 (quarenta e um) trabalhadores atendidos no CEREST.

**Tabela 17: Atividades econômicas indutoras de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015**

Atividades Econômicas	N	%
Preparação de couros e fabricação de artefatos de couro	18	14,3
Comércio varejista	15	11,9
Fabricação de produtos têxteis	12	9,5
Atividades de serviços financeiros	9	7,1
Confecção de artigos do vestuário e acessórios	6	4,8
Transporte terrestre	6	4,8
Correio e outras atividades de entrega	5	4,0
Fabricação de bebidas	5	4,0
Comércio por atacado, exceto veículos automotores e motocicletas	4	3,2
Fabricação de produtos de borracha e de material plástico	4	3,2
Fabricação de produtos de minerais não-metálicos	4	3,2
Eletricidade, gás e outras utilidades	3	2,4
Fabricação de produtos alimentícios	3	2,4
Obras de infra-estrutura	3	2,4
Publicidade e pesquisa de mercado	3	2,4
Demais	26	20,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CEREST/João Pessoa- PB .

Nota<sup>(\*)</sup>: Esta Tabela totaliza-se em 126 (cento e vinte seis) por corresponder ao número de trabalhadores atendidos no CEREST acometidos de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo.

Verificou-se também que as lesões e consequências por causas externas o maior grupo de trabalhadores acidentados estão inseridos no setor serviços (45%), com destaque para serviços financeiros, correios, eletricidade e abastecimento de

água, administração pública e defesa da seguridade social; construção civil e transportes terrestres e marítimos, ambos com 15%. No que concerne as doenças do sistema nervoso os percentuais se apresentam de forma semelhante. Chama-se atenção para os casos de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho que apresentou 28 (13,7%) casos, sobretudo ligados aos trabalhadores de serviços, comércio e transporte de valores.

Ao verificar as principais partes do corpo do trabalhador atingidas pelo processo de trabalho (Tabela 18), constatou-se que 57,1% apresentaram problemas de saúde relacionados aos membros superiores, sobretudo, nas mãos, punhos, braços e ombros; observou-se também as doenças que atingem a coluna lombosacra e cervical com 22,4%; Entre os membros inferiores com 14,5% dos casos diagnosticados, as partes mais afetadas foram joelho e pé.

**Tabela 18: Parte do corpo atingida por doenças dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015**

Parte do corpo atingida	n	%
Membros superiores (ombro, braço, antebraço, cotovelo, punho, mão e dedo)	117	57,1
Tronco (tórax, abdome, dorso, coluna cervical, lombar e pelve)	46	22,4
Membros inferiores (quadril, coxa, perna e pé)	19	9,3
Sistema nervoso	13	6,3
Cabeça (crânio e face)	5	2,4
Pescoço	4	2
Aparelho circulatório	1	0,5
Total	205	100

Fonte: CEREST/João Pessoa- PB

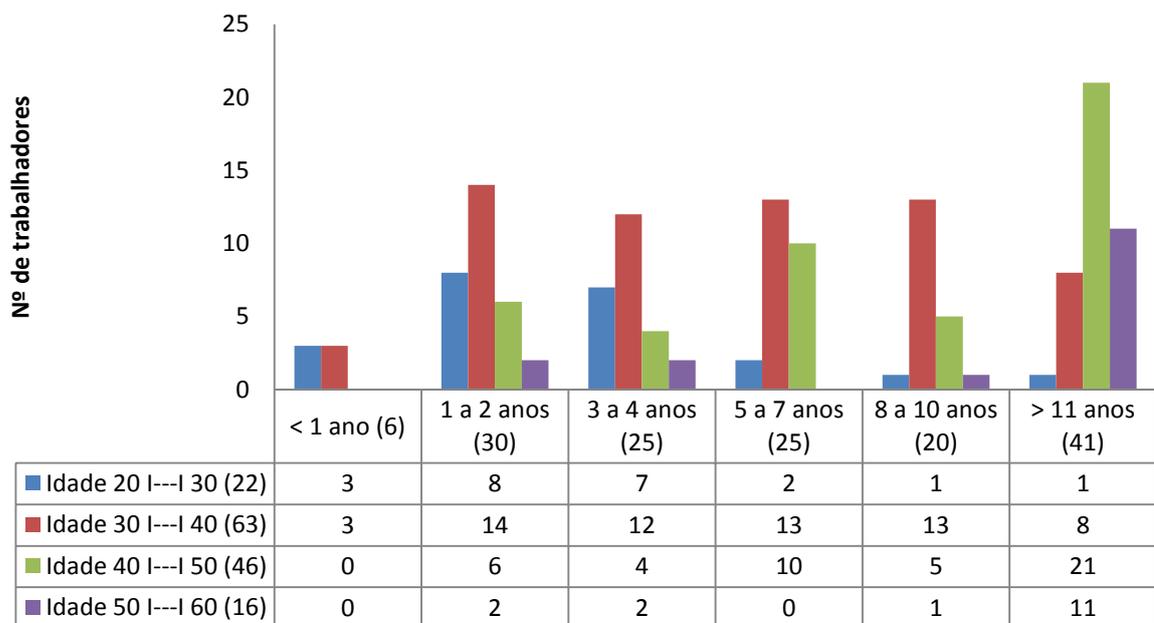
É importante salientar que os diagnósticos confirmados através das avaliações clínicas e ratificados por meio de exames de imagens, em especial para os agravos osteomusculares e do tecido conjuntivo, têm suas causas alicerçadas na organização do processo de trabalho com atividades intensas e exaustivas, com carga horária que varia entre 40 (quarenta) a 44 (quarenta e quatro) horas de trabalho semanais.

Entre as causas que contribuíram para a forma do adoecimento dos trabalhadores destacaram-se os esforços excessivos e movimentos repetitivos

(75%) somando a essas questões as posturas inadequadas decorrentes da organização do ambiente de trabalho (ergonomia + processo de trabalho).

A exposição aos riscos ocupacionais decorrentes da imprudência, negligência e imperícia na organizacional dos processos de trabalho tem contribuindo de forma significativa para os acidentes, doenças e agravos na saúde do trabalhador que atingem cada vez mais cedo trabalhadores jovens de 20 a 29 anos, recém-inseridos no mercado de trabalho, bem como aqueles que se encontram no auge de sua vida produtiva entre 30 a 49 anos de idade.

**Gráfico 03: Acidentes de Trabalho por idade e tempo na ocupação dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/ PB, 2014-2015.**



Fonte: CEREST/João Pessoa- PB

Nota: 58 trabalhadores não constavam informações sobre tempo de ocupação.

Assim, o espaço da produção ritmada pela lucratividade do capital sob a super exploração da força de trabalho, o trabalhador passa por quatro etapas cruciais no processo saúde-doença-trabalho: (a) a percepção de que o corpo não responde mais a contento as exigências de produtividade, com isso os trabalhadores passam a diminuir o ritmo de trabalho em consequência da doença; (b) o sofrimento psíquico e social decorrente da pressão por produção pelo empregador e, muitas das vezes, dos próprios colegas de trabalho, para alcance das metas estabelecidas atreladas a premiações; (c) o reconhecimento da doença e dos limites do corpo

desfigurado que não responde mais aos estímulos de produção; e por último (d), o sentimento amargo da improdutividade, do esquecimento, do flagelamento social e familiar do incapacitado, não por escolha, mas por que assim o fizeram ser (grifos do autor).

### 3.3.2 Condição atual no trabalho e o acesso ao direito previdenciário entre afirmação ou negação?

Segundo o Ministério da Previdência Social, o novo sistema de concessão de benefício denominado de Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) impactou de forma positiva as estatísticas de acidente de trabalho, possibilitando um melhor reconhecimento de nexos causais da relação doença-trabalho pela Medicina Pericial do INSS. Essa nova metodologia se deu mediante estudos estatísticos e epidemiológicos a partir do cruzamento da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) permitindo identificar a associação entre diversas lesões, doenças, transtornos de saúde, distúrbios, disfunções ou síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independente do tempo de latência e sua relação com as diversas atividades desenvolvidas pelo trabalhador (BRASIL, MPS, 2012).

Em tese, a formulação do sistema compreende três etapas que contribuem significativamente no estabelecimento do nexo causal, sobretudo, por que a ocorrência afirmativa de qualquer uma dessas etapas, a seguir explicitada implicaria na concessão do nexo.

A 1ª etapa se dá na relação agravo – exposição ou vice-versa com base na Lista A e B do Anexo II do Decreto nº. 3.048, de 06 de maio de 1999; a 2ª etapa refere-se ao cruzamento da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) com a Classificação Brasileira de Ocupação a partir da matriz do NTEP, tendo como base a Lista C do Anexo II do mesmo decreto; e a 3ª etapa compreende na avaliação individual (história ocupacional e anamnese clínica) quando da ocorrência de Nexos Técnicos por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho (NTDEAT) (BRASIL/MPS, 2012).

Em torno dessas etapas questiona-se como vivenciam na prática o acesso aos direitos previdenciários pelos inúmeros trabalhadores brasileiros? O NTEP tem respondido positivamente?

Com base nessas indagações apresenta-se a seguir como o acesso aos direitos previdenciários acidentários do trabalho tem se expressado nos trabalhadores, sujeitos desta pesquisa.

Do total de 205 trabalhadores registrados, 189 (92,2%) encontravam-se afastados ou com indicação de afastamento do trabalho. Entretanto apenas 57,3% recebiam algum tipo de benefício previdenciário, 19% não recebiam e 27,3% não informaram ou não constava essa informação no prontuário. Daqueles que recebiam algum tipo de benefício verificou-se que 91 (82,7%) estavam enquadrados pericialmente pela previdência social enquanto auxílio doença (B31) e 19 (17,3%) encontravam-se com reconhecimento de nexos causal com o trabalho e estavam recebiam da previdência social o auxílio doença acidentário (B91).

Quanto ao tempo de afastamento do trabalho, assinalou-se que 26,8% dos trabalhadores permaneciam entre 01 a 03 meses, 10,7% de 7 a 11 meses e 12,7% entre 01 a 03 anos. Ainda se observou a presença de trabalhadores com afastamento igual e superior a 04 (quatro) anos que equivale a 2,9% dos casos, conforme verifica-se na Tabela – 19 a seguir:

**Tabela 19: Tempo de afastamento do trabalho dos trabalhadores atendidos no CEREST. João Pessoa/PB, 2014-2015.**

Tempo de Afastamento	N	%
< 1 mês	15	7,3
1 a 3 meses	55	26,8
4 a 6 meses	14	6,8
7 a 11 meses	22	10,7
1 a 3 anos	26	12,7
4 a 5 anos	5	2,4
Acima de 6 anos	1	0,5
Não afastado	3	1,5
Não Informou	64	31,2
Total	205	100,0

Fonte: CEREST/João Pessoa- PB

Ao tomar como base o critério de tempo mínimo de afastamento exigido pela Previdência Social para acesso aos benefícios previdenciários B-31 ou B-91 e as normas de carência (tempo de contribuição) de no mínimo 12 meses para o acesso ao B-31 e sem carência para o B-91 verificou-se que dentre os 205 trabalhadores, 133 (64,9%) encontravam-se afastados por mais de 15 (quinze) dias do trabalho.

Em torno dessa afirmação, passa-se a investigar quantos trabalhadores recebiam benefício previdenciário e que classificação de benefício foram enquadrados a fim de que seus direitos sociais e trabalhistas fossem resguardados aos lhes garantir estabilidade empregatícia, recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), reabilitação profissional e na comprovação de perda da capacidade de trabalho o acesso ao benefício Auxílio Acidentário (B-94), entre outros.

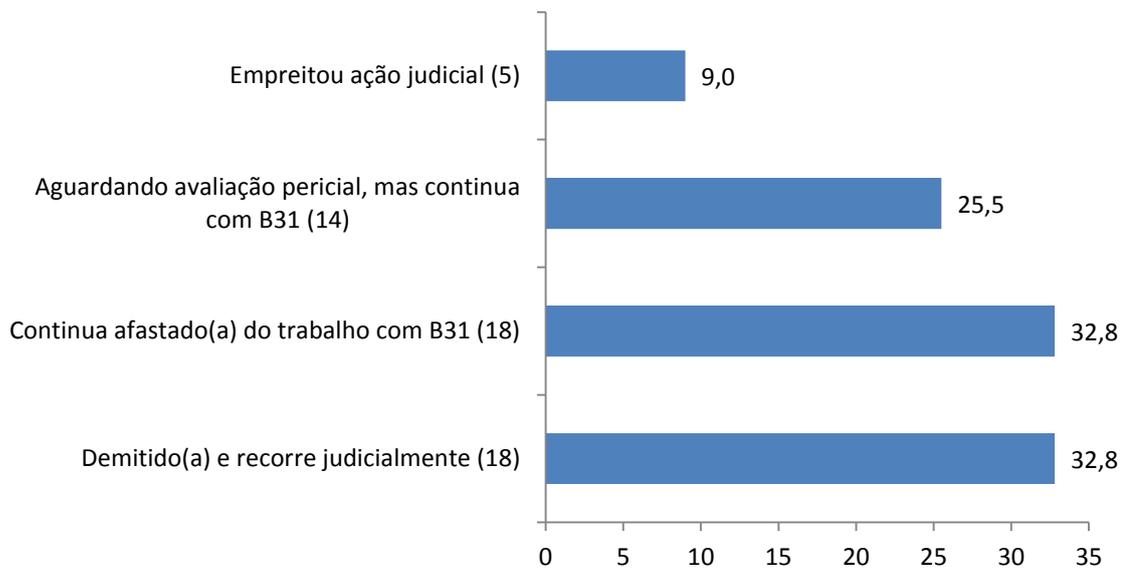
De modo a garantir uma maior expressividade dos dados, selecionou-se apenas os trabalhadores que ainda mantêm vínculo contratual com a empresa e que encontram-se afastados do trabalho igual ou superior a 01(um) mês, tempo limite para recebimento do 1º mês de benefício previdenciário. Após essa seleção o universo amostral restringiu-se a 123 casos. Destes, 85,4% (104) recebiam algum tipo de benefício previdenciário e 14,6% (18) não recebiam.

Quando averiguado a classificação de benefício que estes trabalhadores recebiam, constatou-se que 85% (89) estavam enquadrados com Auxílio-Doença Previdenciário (B31) e apenas 15% (16) foram reconhecidos com Auxílio-Doença Acidentário (B91). Estudos realizados por Silva (2013) já apresentava essa realidade. No universo de 45 trabalhadores, 82,2% (37) recebiam Auxílio-doença Previdenciário, 6,7% (03) com Auxílio-doença Acidentário e 05 (11,1%) não recebiam nenhum tipo de benefício previdenciário.

Merece registrar que a CAT não é um instrumento de confirmação do acidente do trabalho, mas uma suspeita, com diagnóstico provável. Entretanto, o erro já inicia a partir dessa concepção. Como um instrumento de notificação de um acidente, doença ou agravo decorrente do trabalho com laudo e parecer médico comprobatório emitido por um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador ou pelo médico assistente pode ser apenas uma suspeita? E na maioria das vezes é simplesmente ignorada pela perícia médica previdenciária.

Essa confirmação se dá pelo acompanhamento dos 89 casos que foram reconhecidos Nexo Causal em Saúde do Trabalhador pelo CEREST, com emissão de laudo e parecer e que, no entanto, o reconhecimento pela perícia médica da previdência social só se deu para 27% (24) trabalhadores, 61,8% (55) não foram aceitos e os demais 11,2% (10) não informados. Quando avaliado a situação atual dos trabalhos que não obtiveram transformação de benefício de B31 para B91, constatou-se que 32,8% foram demitidos e recorrem judicialmente, 32,8% continuam afastados do trabalho com Auxílio-Doença Previdenciário, 25,5% encontram-se aguardando a realização de perícia médica previdenciária, mas continuam com o B-31 e 9,0% empreitaram ação judicial para reconhecimento no nexo causal em saúde do trabalhador.

**Gráfico 04: Situação atual dos trabalhadores que não obtiveram a transformação de B31 para B91. João Pessoa/ PB, 2014-2015.**



Fonte: CEREST/João Pessoa- PB.

É preciso pontuar que são inegáveis os avanços alcançados ao longo da história de luta da classe trabalhadora por melhores condições de vida e trabalho, a exemplo da Consolidação das Leis do Trabalho (1943), a abertura do Sistema Público de Saúde como direito de todos e dever do Estado, incluindo questões relativas à saúde do trabalhador nas ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde, assistência e reabilitação à saúde dos

trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. No âmbito da Previdência Social, mesmo que esta se estabeleça a partir do trabalho assalariado como condição de acesso. Contudo, esses avanços seguem-se no movimento contraditório entre capital e trabalho, mediado pelo Estado com acentuados retrocessos a partir de alterações de legislações, como Medidas Provisórias, Emendas Constitucionais que apresentam-se como afronta aos direitos sociais da classe trabalhadora, sobretudo, à saúde, à previdência e ao trabalho, notadamente expresso nesse estudo na negação e/ou no acesso restrito.

Todavia, a realidade expressa nesse estudo traduz-se em um cenário que se conforma em uma espécie de “limbo”, de não pertencimento de classe social, de negação do direito do trabalhador em consequência da lógica perversa do Estado-Capital, perpassada pelos interesses ideopolíticos de forte cariz economicista, burocrático, produtivista e assistencialista no enfrentamento da questão social, na qual o trabalhador é desnudado da sua condição humana e social, tornando-se invisível para o Estado e para a sociedade capitalista.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interdependência da saúde-trabalho-doença emerge da base estrutural do processo de formação histórica da humanidade a partir da categoria trabalho na interrelação homem/natureza e suas repercussões no modo de organização social, política e econômica. Essa compreensão descortina a concepção aparente do binômio saúde/doença para além da desorganização biológica do corpo humano a uma imersão sócio-histórica do modo de vida e trabalho.

Apreende-se nessa questão emblemática que o processo saúde-doença e trabalho apresentam aspectos relevantes sobre a urgente necessidade de um posicionamento político e ideológico de Estado capaz de contrapor a lógica de monetarização dos acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Do ponto de vista das Políticas Sociais, abordadas no âmbito da Política de Saúde e Previdência Social, tendo como foco a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, observou-se que estas se revelam nas estruturas de Estado como políticas assistemáticas, fragmentadas, pontuais e, por consequência, fragilizadas e de baixa resolutividade.

Várias são as análises consideradas nesse estudo frente às fragilidades das Políticas Sociais no enfrentamento aos acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho que se encontram circunscritos ao modelo de desenvolvimento econômico, político e social da atual sociedade capitalista.

A Política de Saúde, apesar de todos os esforços empreitados pelo movimento de luta em defesa da Saúde do Trabalhador envolvendo sindicatos, técnicos e estudiosos na área, após 25 anos de sua regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) até o momento, não conseguiu implantar/implementar de forma efetiva nas ações e serviços de Atenção à Saúde (Assistência em Saúde e Vigilância em Saúde), uma análise dos processos de adoecimentos advindos do mundo do trabalho.

Obviamente que essa constatação, perpassada por uma compreensão ideopolítica de um modelo de atenção à saúde fortemente arraigado sob o viés médico assistencial, nega ou simplesmente ignora os determinantes sociais da saúde na compreensão da forma de adoecer e morrer da população. Por

consequente, as práticas interventivas na produção da saúde não ultrapassam os limites da anatomofisiologia do indivíduo.

O modelo de organização da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) ainda se apresenta como uma incógnita para o SUS. Suas prerrogativas esbarram na ineficiência de um sistema público de saúde, cuja Reforma Sanitária apresenta-se inconclusa, limitada pela lógica neoliberal de retração do Estado e expansão privada, sobretudo, na área da Saúde e da Previdência Social, desfigurando o indivíduo da qualidade de cidadão usuário do sistema público, protegido pelos direitos.

Soma-se a esse cenário, a negligência e/ou incompreensão dos gestores públicos quanto ao gerenciamento técnico, administrativo e financeiro dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no cumprimento de sua competência técnica e política na implantação/implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS junto aos municípios de sua abrangência. Atrela-se a essas questões o modelo de organização regionalizada da RENAST que esbarra na estrutura de execução de gestão do SUS que é municipal. Além disso, depara-se com a ineficiência gerencial e financeira da regionalização da saúde entre estados e municípios.

Na Previdência Social nota-se, ao longo dos anos, uma formulação política de seguro social contributivo, de viés economicista desatrelado do campo da prevenção doenças e da promoção da saúde do trabalhador. Historicamente, apresenta-se como sistema de monetarização dos riscos, seletividade dos “mais graves entre os graves”, “concedendo” a muita custa o acesso ao direito social previdenciário ao trabalhador. Como exemplo, cita-se as Medidas Provisórias de nº 664 e 665, ambas de 30 de dezembro de 2014, que passaram a alterar os direitos sociais previdenciários e trabalhistas com justificativas econômicas e de controle dos gastos públicos.

No campo trabalhista, depara-se com a ocorrência de sucessivos golpes ao conjunto da classe trabalhadora que repercutem significativamente no direito do trabalho, como o Projeto de Lei 4.330/2004 que dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho deles decorrentes e revela-se como uma afronta aos direitos trabalhistas sob o discurso falacioso do fim da insegurança jurídica dos contratos terceirizados.

Esses golpes contribuem significativamente para o descumprimento das normativas da Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho, enquanto medidas protetivas individual e/ou coletiva dos trabalhadores de competência das empresas contratantes, que implicam na ocorrência de acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho pela ausência de ambiente e processos de trabalho salubres com condições dignas para o exercício laboral.

Em face dessa constatação, as interpretações analíticas dos resultados desta pesquisa, as interpretações das correlações secundárias dos dados, bem como as reflexões teóricas permitiram afirmar que os direitos sociais do trabalhador no Estado brasileiro, historicamente, vêm sendo negados e escamoteados frente aos interesses econômicos da classe burguesa.

Não obstante, infere-se que a expressão saúde/trabalho vem se robustecendo de novas concepções teóricas, o que possibilita no campo prático a emergência de mudanças importantes na organização das estruturas sociais, econômicas e políticas, capazes de ultrapassar os interesses da sociedade capitalista. Impõem-se, portanto, nesse escopo desafios intrínsecos a esse sistema entre os limites e possibilidades da gestão de Políticas Sociais no atendimento das demandas sociais, impostos pelo conflito capital e trabalho.

É preciso também entender que a estrutura basilar de conformação das Políticas Sociais, na sociedade tardo-burguesa, conforma-se em uma arena de disputa entre dois projetos políticos antagônicos sediados no confronto de interesses diversos. A efetivação dos direitos sociais, expressos na materialidade do acesso à Seguridade Social (da Saúde, da Previdência e Assistência Social), homologados na Constituição Federal de 1988, requer dos diversos sujeitos sociais uma postura ética, política, cultural e ideológica em defesa desses direitos.

Para o enfrentamento dessa realidade, é premente a participação democrática dos sujeitos sociais, sobretudo, da classe trabalhadora nas definições de Políticas Sociais que venham atender as necessidades dos indivíduos na sua coletividade através dos Conselhos de Políticas nas áreas da Saúde, Previdência Social, Políticas de Trabalho e Emprego, entre outras; o fortalecimento das bases sindicais na defesa dos direitos sociais, trabalhistas e de saúde para além da monetarização dos riscos e dos agravos à saúde do trabalhador; ampliar e difundir as Políticas Sociais ao limite de cobertura em uma agenda de luta dos

trabalhadores, como tarefa de todos que são comprometidos com a emancipação política e humana dos indivíduos, enquanto sujeitos sociais.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Luciene; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, n. 106, p. 830-840, jul./set. 2015.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2009a. p. 47- 81. Disponível em: <  
<http://welbergontran.com.br/cliente/uploads/612af8194e789e3814f5cd5369e7a69c7369f888.pdf>> Acesso em 20 jan. 2016.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 4.330**, de 09 de novembro de 2004. Dispõe sobre o contrato de prestação de serviço a terceiros e as relações de trabalho dele decorrentes. Disponível em:< [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=2BA10411D44438E5978033308BE7BA60.proposicoesWeb1?codteor=246979&filename=PL+4330/2004](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2BA10411D44438E5978033308BE7BA60.proposicoesWeb1?codteor=246979&filename=PL+4330/2004)> Acesso em 11 jan.2016.

\_\_\_\_\_, Fundação Jorge Duprat e Figueiredo. **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013**: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. (Org.) MAIA, Andre L. Santiago; SAITO, Cezar Akiyoshi; OLIVEIRA, Juliana Andrade; BUSSACOS, Marco Antonio; MAENO, Maria; LORENZI, Ricardo Luiz; SANTOS, Sergio Antonio dos. Disponível em:<  
<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/boletimfundacentro12015.pdf>> Acesso em 14 fev.2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Coordenação de PEREIRA, Eduardo da Silva. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2012. Disponível em <<http://mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>> Acesso em 18 jan.2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Coordenação de PEREIRA, Eduardo da Silva. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2013. Disponível em <<http://mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>> Acesso em 18 jan.2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Coordenação de PEREIRA, Eduardo da Silva. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2014. Disponível em <<http://mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>> Acesso em 18 jan.2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde do Trabalhador. **Manual de Gestão e Gerenciamento da Saúde do Trabalhador.** Coordenação de Ana Gomes, Luísa Zanibonie Gomes, Sérgio. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal no Estado da Paraíba.** Jan. 2014/Dez 2015. Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em 14 fev 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Economia da Saúde Investimentos e Desenvolvimento/ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal) e IBGE (PIB). **Despesas com saúde no Brasil.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/> Acesso em: 14 fev.2016.

\_\_\_\_\_, Ministério do Trabalho e Emprego. **Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho (PDET).** Disponível em: <<http://bi.mte.gov.br/bgcaged/login.php> > Acesso em 14 jan. 2016.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **Decreto 7602**, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/m\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/m_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)> Acesso em 18 dez. 2015.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)13-de-janeiro-de-2012.pdf> Acesso em 18 dez. 2015.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **Decreto nº. 19.770**, de 19 de março de 1931. Regula a sindicalização das classes patronais e operárias e dá outras providências. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Antigos/D19770.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D19770.htm)> Acesso em 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **Decreto nº. 5452**, de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm)> Acesso em 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **Lei 13.019**, de 31 de julho de 2014. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm)> Acesso em 18 dez. 2015.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **Lei 13.019**, de 31 de julho de 2014. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm)> Acesso em 18 dez. 2015.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em 23 jan. 2016.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **Lei 8.142**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)> Acesso em 21 jan. 2016.

\_\_\_\_\_, Presidência da República Casa Civil. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/federal/lei\\_complementar\\_n.141-de-13-de-janeiro-de-2012.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/federal/lei_complementar_n.141-de-13-de-janeiro-de-2012.pdf)> Acesso em 18 dez. 2015.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)> Acesso em: 12 fev.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. v. 15, n. 1, p. 47-65. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>> Acesso em 11 jan.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em :<<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>> Acesso em: 21 jan.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 3.120**, de 01 de junho de 1998. Disponível em: <[http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/CEREST/doc/DOC000000000\\_042912.PDF](http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/CEREST/doc/DOC000000000_042912.PDF)> Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339**, 18 de novembro de 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html)> Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, 23 de agosto de 2012. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html) > Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437**, de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.78, 09 de dezembro de 2005. Seção 1. Disponível em: < <http://www.CEREST.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Portarian2437-RENASt.pdf>> Acesso em 16 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728**, de 11 de novembro 2009. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html) > Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em 21 jan.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)> Acesso em 21 jan.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.679**, de 20 de setembro de 2002. Disponível em: < [http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria\\_1679\\_12092014.pdf](http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf) > Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 104**, de 26 de janeiro de 2011. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html) > Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 777**, de 28 de abril de 2004. Disponível em: < [http://www.abralapac.org.br/v2/down/Procedimentos\\_tecnicos\\_para\\_a\\_notificacao\\_compulsoria\\_de\\_agrivos\\_a\\_saude\\_do\\_trabalhador-Portaria777GM.pdf](http://www.abralapac.org.br/v2/down/Procedimentos_tecnicos_para_a_notificacao_compulsoria_de_agrivos_a_saude_do_trabalhador-Portaria777GM.pdf)> Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 220** de 06 de março de 1997 . Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_inicial.htm.doc](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm.doc)> Acesso em 15 dez.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf)> Acesso em 18 de abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/INAMPS. **Portaria nº 234**, de 07 de fevereiro de 1992. Disponível em: < [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf)> Acesso em 21 jan.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/INAMPS. **Resolução nº273**, de 17 de julho de 1991. Disponível em: < [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273\\_17\\_07\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf)> Acesso em 21 jan.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Orçamento Cidadão**: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2015. Brasília, 2014. 60p. Disponível em: <<https://www.orcamentofederal.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.142**, de 10 de outubro de 2013. Torna sem efeito as Portarias nº 110/SAS/MS e nº 112/SAS/MS, ambas de 8 de fevereiro de 2013, publicadas no Diário Oficial da União (DOU), de 8 de outubro de 2013. Diário Oficial [da] União. Brasília 25 de out.2013. Seção 1, p. 67. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/10/2013&jornal=1&pagina=67>> Acesso em 15 dez.2015.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete *et. al.* (Org.) **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez, 2011, p. 53 - 180.

CHAIMOWICZ, F. A Saúde do Idoso Brasileiro às vésperas do Século XXI: problemas, projeções e alternativas. In: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FILHO; José Marçal Jackson; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública**. RBSO. v38, São Paulo, 38 n. 127, p. 13-30, 2013.

DIAS, Elizabeth, Costa; HOEFEL, Maria das Graças. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia RENAST. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V 10, n4, p817-828, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf>> Acesso em 15 dez 2015.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três Economias Políticas do Welfare State. In. **Lua Nova**, n. 24. Set 1991p. 85-116. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>> Acesso em 20 jan. 2016.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Trabalho da Política**: saúde e segurança dos trabalhadores. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010. v. 1.

FERNADES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Editora: Globo, 2008.

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa S.; FERRITE, Silvia. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, 2012.

GAZE, Rosângela; LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de. Os movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde. In: VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. p. 257 - 356.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, Maria da Glória. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. São Paulo/SP: Edições Loyola, 1995.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1999.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 10. Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IANNI, Octavio. **As metamorfoses do escravo: apogeu e crise da escravatura no Brasil meridional**. São Paulo: Difel, 1962.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados do Censo Demográfico de 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em 14 jan 2016.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista. In: **Seminário do Sintratel**, 2000, São Paulo. Disponível em < [www.higieneocupacional.com.br/download/saude-trabalcaz.rtf](http://www.higieneocupacional.com.br/download/saude-trabalcaz.rtf). Acesso em 15 dez 2015.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, Asa. Cristina. A saúde-doença como processo social. In: **Textos. Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**. São Paulo: Global, 1983.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de.; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. p. 453 - 489.

MARX, Karl. **O Capital**. Livro I, Tomo I. São Paulo, Nova Cultural, 1996. (Os Economistas).

MARX, Karl. **O Capital**. Livro I, Tomo II. São Paulo, Nova Cultural, 1996. (Os Economistas).

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Tradução de Luís Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 7-39.

MELO, Ana Cristina Martins de. **Banco de Dados da 3ª Edição do Questionário da RENAST 2013 – 2014**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebido por < kjs21jc@gmail.com > em 4 mar.2016.

MELO, Ana Cristina Martins de. **Banco de Dados da 4ª Edição do Questionário da RENAST 2014 – 2015**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebido por < kjs21jc@gmail.com > em 9 mar.2016.

MENDES, Jussara Maria Rosa. Serviço Social e a Saúde do Trabalhador: uma dispersa demanda. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 461- 481, jul./set. 2011.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel (Orgs.) **Controle Social na Saúde do Trabalhador**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. 192p.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise, desenvolvimentismo e tendências das políticas sociais no Brasil e na América Latina**. Disponível em: <<http://configuracoes.revues.org/1324>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

NAVARRO, Vera Lúcia. A Restruturação produtiva na indústria de calçados de couro em Franca (SP). In: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria A. Moraes. (Org.) **O Avesso do Trabalho**. São Paulo: Expresso popular, 2. ed. 2010. p. 66 - 126.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 29 - 53.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Doenças profissionais são principais causas de mortes no trabalho** Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br> Acesso em 11 jan.2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, de 22 de julho de 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>Acesso em 11 jan.2016.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, Rita Barradas (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.

PENA, Paulo Gilvane Lopes; GOMES, Alessandra Rocha. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. p. 85 - 123.

PENA, Paulo Gilvane Lopes; GOMES, Alessandra Rocha. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. p. 85 - 123.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

RENAST ONLINE. **Cobertura dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)**. Disponível em: < <http://RENAStonline.ensp.fiocruz.br/CERESTs>> Acesso em 14 fev 2016.

RUDEK, Cláudia Márcia. **As condições de trabalho e de vida dos operários brasileiros 1850 – 1930**. Disponível em< <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/762-4.pdf>> Acesso em: 24 fev.2016.< [Set/28/Despesa\\_total\\_saude.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/762-4.pdf)> Acesso em 19 fev. 2016.

SILVA, Kleber José ; ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo. Seguridade Social: os limites dos direitos sociais no Estado neoliberal. In: **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luis: UFMA, 2010.

SILVA, Kleber José da. **Saúde, Trabalho e Direito Social: uma análise a partir dos Usuários do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – João Pessoa/PB**. Monografia (TCC). Universidade Federal da Paraíba. CCHLA/DSS, 2013.

STEVANIM, Luiz Felipe. Quem ganha com a dívida pública? In: **Revista Radis**. ENSP, nº 162, março 2016.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. **SUS: Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Informe Epidemiológico do SUS. 1998; VII (2): 7–28. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_2\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf)>. Acesso em 18 de abr. 2016.

VANNUCHI, Paulo; MARINGONI, Gilberto. **Direitos Humanos: imagens do Brasil**. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2010.

VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel. Medicina do Trabalho: subsciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1105 - 1116, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400031&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 Nov. 2015.

VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado. 2007. 422 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, LUIZ C. FADEL. A imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho. In: VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. p. 125-164.

VASCONCELLOS, LUIZ C. FADEL. As relações saúde-trabalho-direito e a justiça injusta. In: VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. p. 33-58.

YAZBEC, Maria Carmelita. **Estado e Políticas Sociais**. 2009, p. 1-22. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/ejornal/index.php/praiavermalha/article/viewPDFInterstitial/39/24> Acesso em 23 jan. 2016.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO ACADÊMICO EM SERVIÇO SOCIAL

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) Macrorregional I João Pessoa/ Paraíba, está ciente e concorda com a execução da pesquisa intitulada “SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: uma avaliação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir dos Sistemas de Informação”, que será desenvolvida por Kleber José da Silva, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, matrícula N°204113242.

O referido discente está sob a orientação da Profª Drª Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, que assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa.

João Pessoa, de junho de 2015.

---

Assinatura e carimbo do(a) Gestor(a)

**ANEXOS**

## ANEXO A – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT)



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

### COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

		<b>1. Emitente</b> 1 Empregador 2 Sindicato 3 Médico 4 Segurando ou dependente 5 Autoridade pública		<input type="checkbox"/>				
				<b>2. Tipo de C.A.T.</b> 1 Início 2 Reabertura 3 Comunicação de Óbito em ____/____/____		<input type="checkbox"/>		
<b>Empregador</b>	3. Razão Social/Nome			4. Tipo <input type="checkbox"/> 1 CGC 2 CEI 3 CPF 4 NIT		5. CNAE		
	6. Endereço Rua/Av./Nº/Comp.		Bairro	CEP	7. Município	8. UF	9. Telefone	
<b>Acidentado</b>	10. Nome <input type="checkbox"/>			11. Nome da mãe <input type="checkbox"/>				
	12. Data Nasc	13. Sexo 1 Masc 2 Fem	14. Estado Civil 1 Solteiro 2 Casado 3 viúvo 4 Sep. Jud 5 outros 6 ING		15. C.T.P.S./série	Data emissão	16. UF	
	17. Carteira Identidade órgão		Data emissão	18. UF	19. PIS/PASEP		20. Remuneração Mensal	
	21. Endereço Rua/Av./Nº/Comp.		Bairro	CEP	22. Município	23. UF <input type="checkbox"/>	9. Telefone <input type="checkbox"/>	
	25. Nome da ocupação		26. CBO	27. Filiação à Previdência Social 1 Empregado 2 Trab. Avulso 7 Especial 8 Médico Resid		28. Aposent. 1 Sim 2 Não	29. Área 1 Urban. 2 Rural	
<b>I - EMITENTE</b>	30. Data Acidente	31. Hora	32. Após qtas hs trabalho?		33. Houve afastamento? 1 sim 2 não		34. Último dia trabalhado.	
	35. Local do acidente	36. C.G.C.		37. Município do local	38. UF	39. Especif. local acidente <input type="checkbox"/>		
	40. Parte(s) do corpo atingida(s)				41. Agente causador			
	42. Descrição da situação geradora do acidente ou doença:				43. Houve registro policial? 1 Sim 2 Não			
					44. Houve morte? 1 Sim 2 Não			
<b>Testemunhas</b>	45. Endereço Rua/Av./Nº/Comp.		Bairro	CEP	46. Município	48. UF	Telefone	

	49. Endereço Rua/Av./Nº/Comp.	Bairro	CEP	50. Município	52. UF	Telefone
Local e data				Assinatura e Carimbo do emitente		
II - ATESTADO MÉDICO	53. Unidade de atendimento médico			54. Data	55. Hora	
	56. Houve internação? 1 Sim 2 Não <input type="checkbox"/>	57. Duração provável do tratamento _____ dias		58. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1 Sim 2 Não		
	59. Descrição e natureza da Lesão					
	60. Diagnóstico provável				61. CID – 10	
62. Observações						
Local e data				Assinatura e Carimbo do médico com CRM		
III - INSS	63. Recebida Em :	64. Código da Unidade	65. Nº do acidente		Notas: 1.A inexatidão das declarações desta comunicação implicará as sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal. 2.A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa. 3.A comunicação do acidente do trabalho reger-se-á pelo art. 134 do Decreto nº 2172/97. 4.Os conceitos de acidente do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 e 133 do Decreto nº 2172/97. 5.A caracterização do acidente reger-se-á pelo art. 135 do Decreto nº 2172/97	
	66. É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentário? <input type="checkbox"/> 1 Sim 2 Não		67. Tipo <input type="checkbox"/> 1 Típico 2 Doença 3 Trajeto			
	68. Matrícula do Servidor  _____		Assinatura do Servidor  _____			
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.						