



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

TAIANE GONZAGA DE OLIVEIRA

**UMA REFLEXÃO SOBRE
A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA
TRABALHADORA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2022

TAIANE GONZAGA DE OLIVEIRA

**UMA REFLEXÃO SOBRE
A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR
E DA TRABALHADORA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ilma Rezende Soares

Rio de Janeiro

2022

CIP - Catalogação na Publicação

0049r Oliveira, Taiane Gonzaga de
Uma reflexão sobre a Política Nacional de Saúde
do Trabalhador e da Trabalhadora no Município do Rio
de Janeiro. / Taiane Gonzaga de Oliveira. -- Rio de
Janeiro, 2022.
64 f.

Orientadora: Ilma Rezende Soares.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de
Serviço Social, Bacharel em Serviço Social, 2022.

1. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da
Trabalhadora no Município do Rio de Janeiro. 2.
Saúde Ocupacional. 3. Medicina do Trabalho. 4.
Morbimortalidade no ambiente de trabalho. I.
Soares, Ilma Rezende, orient. II. Título.

TAIANE GONZAGA DE OLIVEIRA

**UMA REFLEXÃO SOBRE
A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR
E DA TRABALHADORA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

ORIENTADORA:

Profª Ilma Rezende Soares

BANCA EXAMINADORA:

Profª Mariléia Inoue

Profª Rosana Morgado

Rio de Janeiro

2022

TAIANE GONZAGA DE OLIVEIRA

Eu, Taiane Gonzaga de Oliveira, DRE 112082506, AUTORIZO a Escola de Serviço Social da UFRJ a divulgar total ou parcialmente o presente Trabalho de Conclusão de Curso através de meios eletrônicos e em consonância com a orientação geral do S/BI.

Rio de Janeiro, 11/04/2022.

Assinatura

À minha família, aos meus amigos e à minha orientadora, que com muita paciência e sabedoria me proporcionou a conclusão desse trabalho com excelência.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus e ao universo, aos meus orixás e guias que me levantaram todas as vezes que caí. Ao Centro Espírita Estrela Guia, onde encontrei equilíbrio espiritual, em especial ao Pai Antônio, cujos conselhos e incentivo foram determinantes para mim. Muito obrigada!

Aos meus pais, pela vida e por todo apoio. À minha irmã Tainá, que sempre me deu palavras de conforto e à minha sobrinha Mel, apesar de ser ainda uma criança, sua doçura me alegrou nos dias tristes.

Ao meu médico Felipe Cabral, por ser um excelente profissional, humano, que cuidou de todas as minhas crises de ansiedade e depressão, em especial ao pânico que foi desencadeado por todo estresse de acontecimentos durante o tcc. Sem seu acompanhamento que foi muito além do papel de médico e do consultório, sendo um verdadeiro suporte, eu não conseguiria. Minha eterna gratidão! À minha psicóloga Tatiana, que junto ao Felipe teve um longo trabalho para que eu destravasse do pânico e confiasse em mim.

Aos meus grandes amigos Hanna Araújo, Jean Guerra, Mariana Tavares pela amizade incondicional, pelo carinho e apoio ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho. Também aos colegas de curso que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Ao meu namorado, Ivan Ferreira pelos momentos de companheirismo e incentivo e pela compreensão nos meus momentos de ausência.

E sem dúvidas à grande mentora desse trabalho, minha orientadora Ilma Rezende. Obrigada por aceitar me orientar, por guiar meu aprendizado, me acompanhar em cada passo na construção desse trabalho, por todas as sugestões, por estar sempre presente e me auxiliar com muita paciência, dedicação e amizade. Também por toda preocupação comigo e por nunca me deixar desistir, por acreditar em mim e me mostrar que eu era capaz. Definitivamente a senhora foi muito mais que uma orientadora, dividindo comigo sua sabedoria, se tornou uma amiga que eu admiro e respeito muito! Toda minha gratidão!

“A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um”.

Ministério da Saúde

OLIVEIRA, Taiane Gonzaga de. **Uma Reflexão Sobre A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no município do Rio de Janeiro.** Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

RESUMO

Os altos índices de morbimortalidade no Brasil – dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Previdência Social (2017) – chamaram a atenção da autora a partir dos estágios realizados na Petrobras Distribuidora S.A (BR DISTRIBUIDORA) e na Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST/UFRJ) na área da Saúde Ocupacional e de Saúde do Trabalhador. O estudo realizado a partir de tais dados teve por objetivo trazer uma reflexão sobre os mesmos e examinar os efeitos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) na vida do público-alvo da Política no município do Rio de Janeiro. A análise que procedemos no presente trabalho tem por base a Portaria GM/MS nº 1.823, que foi instituída em 23 de agosto de 2012, na qual: todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. Para o desenvolvimento do trabalho, a metodologia adotada foi a de análise documental com dados oficiais obtidos junto ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Organização Mundial da Saúde (OMS), Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) do município do Rio de Janeiro dos anos de 2016 e 2017, não sendo encontrado do ano de 2015, para o qual foi analisada a RAG Estadual, Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (Smartlab), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Previdência Social.

Palavras-chave: Morbimortalidade; Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; Saúde do Trabalhador.

OLIVEIRA, Taiane Gonzaga de. **A reflection on the national health policy of workers in the city of Rio de Janeiro.** Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

ABSTRACT

The high rates of morbidity and mortality in Brazil - data from the International Labor Organization (ILO) and Social Security (2017) - drew the author's attention from the internships carried out at Petrobras Distribuidora SA and at the Coordination of Workers' Health Policies (UFRJ) the area of Occupational Health and Worker's Health. The study carried out based on such data aimed to reflect on these data and examine the effects of the National Policy on Workers' Health (PNSTT) on the life of the Policy's target audience in the city of Rio de Janeiro. The analysis carried out in the present work is based on Ordinance GM/MS nº 1.823, which was established on August 23, 2012, in which: all workers, men and women, regardless of their location, urban or rural, of their form of insertion in the labor market, formal or informal, of their employment relationship, public or private, salaried, self-employed, independent, temporary, cooperative members, apprentice, trainee, domestic, retired or unemployed are subjects of this Policy. For the development of the work, the methodology adopted was document analysis with data obtained from the Ministry of Labor and Employment (MTE) and the World Health Organization (WHO), Annual Management Reports (AMRs) of the municipality of Rio de Janeiro for the years 2016 and 2017, not being found for the year 2015, for which the State RAG, Observatory of safety and health at work (smartlab), Instituto Nacional Social Security (INSS) and Social Security.

Key words: Morbidity and mortality; National Policy on Worker's Health; Worker's Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANAMT	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CESTEH	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fundacentro	Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PT	Programa de Trabalho
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviços Profissionais de Medicina do Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUBVISA	Superintendência de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

Quadro 1	Doenças do trabalho no Brasil entre 2015 e 2017 (Em números absolutos)
Gráfico 1	Número de mortes por acidentes de trabalho no Brasil entre 2012 e 2018 (Em números absolutos)
Quadro 2	Doenças do trabalho no estado do Rio de Janeiro entre 2015 e 2017 (Em números absolutos)
Quadro 3	Notificações de doenças relacionadas ao trabalho (com CAT) no município do Rio de Janeiro entre 2015 e 2017 (Em números absolutos)
Quadro 4	Principais Características da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT
Quadro 5	Unidades habilitadas como Centros Especializados em reabilitação no município do Rio de Janeiro
Figura 1	Matriz da RAG em 2015
Figura 2	Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Relatório Anual de Gestão do Estado do Rio de Janeiro em 2016
Quadro 6	Acidentes de trabalho/óbitos laborais no município do Rio de Janeiro entre 2015 e 2017 (Em absoluto)
Quadro 7	Metas sobre as notificações dos agravos à saúde do trabalhador encontradas no Relatório de Gestão Anual do Estado do Rio de Janeiro em 2017

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	ORIGEM E EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO DE MEDICINA DO TRABALHO, SAÚDE OCUPACIONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR	14
2.1	MEDICINA DO TRABALHO	14
2.2	SAÚDE OCUPACIONAL	16
2.3	A SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL	17
3.	BREVES PANORAMAS DA SAÚDE DO TRABALHADOR EM SEUS NÍVEIS: INTERNACIONAL, NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL	22
3.1	PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNDO	22
3.2	PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	24
3.3	PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	28
3.4	PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	31
4.	REFLEXÃO SOBRE ALGUNS INDICADORES PARA COMPREENDER A PNSTT NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	33
4.1	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT)	33
4.1.1	Princípios, diretrizes e metas da PNSTT	39
4.1.2	Objetivos da PNSTT	40
4.1.3	Uma Reflexão sobre a PNSTT no Município do Rio de Janeiro e os indicadores de Saúde do Trabalhador	41
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foi decretada no Brasil em 23 de agosto de 2012 através da análise da Portaria GM/MS nº 1.823 devido à necessidade de alinhar a mesma com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST), uma vez que foi preciso responder às constantes mudanças e demandas da sociedade e do mundo do trabalho.

Frente aos elevados índices de adoecimento e morbimortalidade decorrentes do trabalho, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem como objetivo concentrar as ações de Saúde do Trabalhador (ST) nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – primário, secundário e terciário.

O interesse pelo tema surgiu a partir da inserção da autora nos campos de estágio Petrobrás Distribuidora S.A (BR Distribuidora) no ano de 2016 e Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST/UFRJ) em 2017, ambos na área da Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional, em que foi possível observar o constante afastamento, adoecimento e acidentes ocorridos com os trabalhadores, sendo muitas vezes causados pelo ambiente e/ou relações de trabalho.

É pertinente destacar que a Petrobras Distribuidora S.A. ou simplesmente BR Distribuidora foi uma sociedade anônima de capital fechado, subsidiária integral da Petróleo Brasileiro S.A (PETROBRAS), que é uma estatal de capital misto na qual 50,26% das suas ações pertencem ao Governo Federal do Brasil, 10,52% a investidores brasileiros e 38,98 a investidores estrangeiros. Portanto, no período de estágio da autora (fevereiro de 2016 a fevereiro de 2017) a BR Distribuidora era uma estatal.

Em julho de 2019 a Petrobras decidiu vender o controle acionário da sua subsidiária BR Distribuidora, na bolsa de valores e em meados de 2021 vendeu suas ações restantes, tornando a BR Distribuidora em uma empresa privada; tendo esta posteriormente o nome alterado para Vibra Energia.

Com base nos estudos realizados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), Ministério da Saúde (MS) e Previdência Social (PS) o nosso objeto de estudo

foi a análise dos índices de afastamento, doença, acidente e morbimortalidade do trabalho ocorridos no município do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2017, apontando a eficiência ou não da PNSTT na sua proposta em diminuí-los; tendo como objetivo identificar, dessa maneira, se, de fato, a política está cumprindo com aquilo a que se propõe, observando como o referido município está executando a política em questão, partindo da hipótese de que, mesmo após a implementação da política os índices de morbimortalidade e adoecimento no ambiente de trabalho continuam a aumentar.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) visa diminuir os altos índices de morbimortalidade no Brasil e promover ações de prevenção e promoção de saúde. Porém a tentativa da política de articular oficialmente os vários setores de governo, responsáveis pela garantia do trabalho saudável, e obter um eixo condutor único não tem se mostrado satisfatória, pois as ações em saúde pública continuam desmembradas entre os órgãos.

A avaliação é um dos estágios do ciclo das políticas públicas, e para o melhor entendimento da forma e dinâmica da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) é necessário acompanhar todas as fases da mesma, desde a identificação do problema até a análise das mudanças sociais advindas da intervenção pública.

O intuito era o de realizarmos uma avaliação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no município do Rio de Janeiro através do Relatório de Gestão Anual (RAG) municipal, contudo, frente às dificuldades encontradas na disponibilidade de dados para realizar a avaliação no período que abrange o objeto, resolvemos direcionar a discussão para uma análise sobre os dados acessíveis que foram encontrados acerca do tema, nos documentos a seguir: a) o Relatório Anual de Gestão Anual (RAG) Estadual do ano de 2015, b) O RAG municipal do ano de 2016 e c) O RAG municipal do ano de 2017, sendo que este não teve até o presente momento sua aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ), porém encontra-se acessível para pesquisa.

A falta de informações completas para a pesquisa implicou na inviabilidade da elaboração de análise mais detalhada com relação àquilo que foi proposto pela política e o que foi de fato atingido, sobretudo em termos quantitativos. Determinando, portanto, que trabalhássemos com dados de documentos oficiais mais abrangentes, mas que nem sempre têm informações detalhadas sobre o objeto

que nos propusemos a estudar. São eles: a) da Organização Internacional do Trabalho (OIT); b) Organização das Nações Unidas (ONU); c) Organização Mundial da Saúde (OMS); d) Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (Smartlab); e) Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); f) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); g) Previdência Social; h) Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); i) Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

A medida em que a sociedade e as relações de trabalho estão em frequente mudança, a discussão acerca do tema se faz necessária para compreender como e porquê a política em questão assumiu determinados contornos. Bem como, através dos dados, enxergar o quão importante é o investimento na Saúde Ocupacional e na segurança do trabalho.

Isto posto, o presente trabalho de conclusão de curso se propõe a examinar os efeitos da Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) na vida dos trabalhadores e trabalhadoras no município do Rio de Janeiro, compreendendo o período de 2015 a 2017, por se tratar dos anos nos quais a autora esteve vinculada aos campos de estágio realizados, à exceção do ano de 2015, que servirá como base para situar o quadro de problemáticas anterior.

Para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, a metodologia adotada será a análise documental sobre Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) com dados trabalhistas que serão obtidos junto aos *sites* do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Organização Mundial da Saúde (OMS), Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) do município do Rio de Janeiro dos anos de 2016 e 2017, RAG Estadual para o ano de 2015, Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (Smartlab), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Previdência Social.

Conforme é previsto no art. 40 da Constituição Federal (1988) os servidores públicos possuem um Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), o que faz com que esses trabalhadores não estejam incluídos do nosso objeto de estudo, embora também sejam sujeitos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), a fonte de documentos consultada abrange apenas aqueles contemplados pela Previdência Social.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo trata da introdução. O segundo capítulo, de caráter histórico, discorre sobre o tema a partir de duas perspectivas. A primeira estabelecendo a diferença entre: a) *Medicina do*

trabalho; b) *Saúde ocupacional*, momentos de um debate conceitual que antecedeu o conceito de *Saúde do Trabalhador*, discussão que fazemos já articulando-a ao Serviço Social: refletindo sobre a origem e evolução da concepção de Saúde do Trabalhador no Brasil, explicitando o contexto histórico desde o seu surgimento, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 até os dias atuais. No terceiro capítulo serão apresentados breves panoramas da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em seus níveis – internacional, nacional, estadual e municipal – com foco em dados oficiais do número de acidentes e mortes no trabalho.

No quarto capítulo, – no qual são mostrados os indicadores extraídos dos Relatórios de Gestão Anual (RAGs) da prefeitura e do Estado do Rio de Janeiro de 2015 até 2017 – estabeleceu-se a seguinte dinâmica de análise: a) as condições de saúde populacional foram analisadas à luz da diretriz do fortalecimento das ações de vigilância em saúde no documento de 2015; b) para o ano de 2016 foram apresentadas a pactuação de diretrizes, metas e indicadores, que visam reduzir agravos e riscos à saúde através da vigilância; c) para 2017, ainda que tenham sido usadas apenas as matrizes do documento sem aprovação, centramo-nos no que está disponibilizado no *site* da prefeitura do RJ com foco nas notificações em Saúde do Trabalhador, seus fluxos e resultados para análise da PNSTT no município do Rio de Janeiro, e, por fim, elaboramos nossas Considerações Finais.

2. ORIGEM E EVOLUÇÃO DA CONCEPÇÃO DE MEDICINA DO TRABALHO, SAÚDE OCUPACIONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

Neste capítulo discute-se a medicina do trabalho, sua origem e evolução, a saúde ocupacional como evolução da medicina do trabalho e saúde do trabalhador como evolução da saúde ocupacional.

2.1 MEDICINA DO TRABALHO

A Medicina do Trabalho surgiu em 1830 como uma prática de modelo higienista limitada apenas à medicina e buscava fazer uma adaptação do trabalhador ao trabalho, sendo responsabilidade apenas do médico a função de prevenir, ser responsável e intervir nos problemas de saúde advindos do ambiente de trabalho. Assim apontam Mendes e Dias (1991):

[...] Na verdade, despontam na resposta do fundador do primeiro serviço médico de empresa, os elementos básicos da expectativa do capital quanto às finalidades de tais serviços: - deveriam ser serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo; - deveriam ser serviços centrados na figura do médico; - a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica; - a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico. (MENDES; DIAS, 1991, p. 341-342).

Nesse sentido, o modelo desenvolvido pelo Dr. Robert Backer era voltado apenas para os médicos, isto é, não contava com outros profissionais para intervir na saúde dos empregados, pois o referido médico acreditava que, uma vez concedida à autoridade sobre os operários a um médico de confiança, apenas a este cabia responder pelo que ocorresse dentro da fábrica no que se refere à saúde dos operários, como também a defesa dos empregadores.

A Medicina do Trabalho era a técnica mais viável para solucionar os danos à saúde provocados pelos processos produtivos, centrada apenas nos médicos que eram contratados pelas fábricas, que serviam ao empregador e eram responsáveis por apontar ao mesmo onde era possível diminuir ou eliminar os riscos de doença, de acordo com a compreensão da medicina da época de existir uma única causa a provocar doenças, e dessa forma, bastaria eliminá-la para que a doença fosse sanada e evitada, agindo diretamente no indivíduo.

Na medida em que o serviço médico no interior das organizações empresariais atravessava fronteiras, bem como a própria industrialização, tornou-se necessário que a medicina do trabalho fosse regulamentada e profissionalizada para otimização da mesma. Nessa perspectiva, foi criada no âmbito da ONU, em 1919 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) cujo compromisso é mediar tais melhorias institucionais entre os países membros, construindo recomendações normativas.

No Brasil, porém, a relação saúde-trabalho só foi considerada pelas autoridades públicas a partir de 1930 e 1940, quando o crescimento industrial tardiamente atingiu o país, durante o governo Getúlio Vargas (1930-1945), que sancionou o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, no qual surgiu a CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil.

No dia 4 de outubro é celebrado o Dia da Medicina do Trabalho, dia marcado pelo nascimento do médico italiano Bernardino Ramazzini, que foi a primeira pessoa a associar riscos químicos, físicos e biológicos ao trabalho. Ele é considerado o pai da especialidade por contribuir com o livro "Doença dos Trabalhadores" publicado em 1700. No Brasil, tal data foi estabelecida no ano de 1972, após a emissão das portarias nº 3.236 e 3.237. Estas padronizaram a segurança ocupacional e o treinamento técnico médico, e atualizaram o artigo 164 de "Segurança e Medicina do Trabalho"

A CLT faz cumprir as determinações da Secretaria de Engenharia de Segurança e os Serviços Profissionais de Medicina do Trabalho (SESMT) e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (Cipa).

Conforme Mendes e Dias (1991) após a Segunda Guerra Mundial houve o aumento da produção industrial e o surgimento de fábricas, produtos e equipamentos químicos, o que culminou no crescimento de acidentes e doenças ligadas ao trabalho, além de mortes em fábricas e conseqüentemente grandes gastos com indenizações aos trabalhadores e apelo social em decorrência das mortes ocorridas na guerra e insatisfação dos empregados com empregadores devido à Medicina do Trabalho ter caráter emergencial focado apenas na exposição dos trabalhadores aos perigos do ponto de vista médico, desconsiderando a conjuntura de vida, relações interpessoais entre outros aspectos decorrentes da atividade laborativa.

2.2 SAÚDE OCUPACIONAL

Dessa forma, a medicina do trabalho e higiene se mostraram insatisfatórias diante das demandas instauradas pela relação trabalho-saúde, sendo preciso ampliar esse conceito para apreensão das demandas. Foi, então, consolidada a Saúde Ocupacional, conceitualmente mais elaborada e associada às contribuições da higiene industrial, da toxicologia, da epidemiologia e da própria saúde pública. Nesse contexto, Mendes e Dias (1991) dizem que a Saúde Ocupacional aparece estendendo o exercício médico da medicina ocupacional para novas estratégias voltadas ao trabalhador e para o ambiente de trabalho através de métodos multidisciplinares, contando com outros profissionais.

A evolução da Medicina do Trabalho para a Saúde Ocupacional teve influência significativa dos estudiosos da área da Saúde Pública, cujo objeto de estudo era a saúde do trabalho e suas particularidades. De acordo com Lacaz (2007) o foco da Saúde Ocupacional estava pautado na intervenção do ambiente de trabalho visando reduzir os riscos à saúde presentes, não somente prevenir que o trabalhador não fosse atingido.

Ainda que fosse mais avançada ideologicamente, na prática a Saúde Ocupacional acabou sendo mais um modelo que se tornou insuficiente em dar respostas e causar impactos na vida da sociedade frente às demandas e mudanças bruscas que surgiam a partir do mundo do trabalho e que influenciavam a saúde na época, pois não atingiu seus objetivos práticos para a manutenção da saúde dos trabalhadores.

[...] O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde pública, durante os anos 60 e o início da década de 70, ao suscitar o questionamento das abordagens funcionalistas, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Para Mendes e Dias (1991), os fatores que enfatizam as falhas na estrutura da Saúde Ocupacional estão identificados:

a) na permanência da referência médica e nas ações mecanicistas, já que não foi consumada a interdisciplinaridade que o modelo propunha devido às lutas corporativistas e a falta de articulação e aplicação das atividades;

b) no prejuízo da capacitação e produção de conhecimento, assim como produção de tecnologia que em função da limitação dos recursos humanos (pessoal) não pôde se desenvolver de maneira a seguir as tendências e transformações do processo de trabalho;

c) na falta de participação dos trabalhadores na produção e elaboração das ações de saúde, adotando-os como objeto de intervenção dessas ações.

Diante desse cenário de falhas na aplicação e coesão da Saúde Ocupacional, juntamente com as lutas sociais e políticas que eram marco nos países ocidentais desenvolvidos nas décadas de 1960 e 1970, surgiu a Saúde do Trabalhador como um modelo de saúde que privilegiava, finalmente, o trabalhador. Porém, vale ressaltar que a Saúde do Trabalhador não surgiu para substituir a Saúde Ocupacional, uma vez que esta ainda coexiste nos dias de hoje.

2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL

Escrevem Mendes e Dias (1991):

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo - como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica. (MENDES; DIAS, 1991, p.347).

Para compreender o conceito de saúde do trabalhador é importante ressaltar que sua formulação acontece através de uma análise dos conceitos referentes à Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional através de uma reflexão do modelo de produção, uma vez que o modo de produção capitalista condiciona a forma do trabalho e, por consequência, rege a vida e as relações dos trabalhadores.

Dessa maneira, então, de acordo com Mendes e Dias (1991) no final dos anos 1960 teve início a Saúde do Trabalhador nos países industrializados ocidentais (Estados Unidos, Alemanha, França, Inglaterra e Itália) como uma nova perspectiva para encarar a relação trabalho-saúde voltada para a qualidade de vida e novo enfoque de proteção a homens e mulheres. O cenário social que fundamentava essa evolução era a renovação dos ideais e movimentos sociais, no qual o trabalho passava a ter novos e mais reais valores, oriundos da exploração do corpo e da

força. Assim, os trabalhadores passaram a participar da constituição das políticas e estratégias no âmbito do processo de trabalho.

Apesar de até aqui terem sido apontados os avanços conceituais relacionados à Saúde do Trabalho, conquistados por meio de lutas, mudanças sociais, ideológicas, econômicas, científicas etc., é importante citar que nesse processo houve também estagnações e retrocessos, pois no cotidiano nos deparamos com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Conforme Mynaio-Gomez; Thedin- Costa (1997) apontam, as medidas de intervenção na saúde do trabalhador ficaram restritas aos riscos mais aparentes com foco no uso de equipamentos para proteção individual ao invés da proteção coletiva.

No Brasil a Saúde do Trabalhador só foi se manifestar em 1980 no contexto de transição do fim da Ditadura Militar para redemocratização, liberdade de expressão e direitos dos cidadãos, trazendo mudanças na política de saúde brasileira e inovações no modelo assistencial. A Constituição Federal de 1988 foi o marco para um novo desenho institucional da Saúde do Trabalhador, na qual a saúde foi incorporada como “direito de todos e dever do Estado” tendo sido instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que incorporou a saúde do trabalhador como área de competência própria, e pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº8080/90.

A Norma Operacional Básica do SUS (NOB 96) determina que a saúde do trabalhador seja uma competência do SUS, devendo procurar executar ações de Saúde do Trabalhador que promovam a qualidade de vida e melhoria na saúde. Os conceitos relacionados às categorias trabalho, saúde e doença são fundamentais no campo da saúde do trabalhador e permitem compreender os aspectos sociais, econômicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e saúde da população trabalhadora. A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, no Art. 6º, inciso 3º, estabelece a saúde do trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, sp.).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1963) configura a Saúde do Trabalhador como ligada inteiramente à saúde, compreendida como parte e responsabilidade do SUS que, devido à área de ação de seu campo é:

[...] intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo setores relacionados com a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar (saúde, engenharia, ciências humanas) e com a participação pró-ativa do trabalhador (REDE NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR, 2006, p. 13).

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) definem a Saúde do Trabalhador como um conjunto de “práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”. Segundo Lacaz (2007), o enfoque em Saúde do Trabalhador busca resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores, tais como mal-estar, incômodos, desgastes, para além dos acidentes e doenças.

Um estudo realizado pela OIT em 2017 mostrou que anualmente morrem em todo o mundo cerca de 2,3 milhões de pessoas e mais de 300 milhões ficam feridas devido a acidentes de trabalho. No Brasil, dados do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2016 apontaram que no referido ano foram registrados no INSS 578,9 mil acidentes de trabalho, o que coloca o país na quarta posição no *ranking* mundial dos que mais registram acidentes de trabalho, ficando atrás somente da China, Índia e Indonésia.

Apesar de serem alarmantes, os números apresentados não contam a realidade dos fatos, pois os dados oficiais não abrangem os trabalhadores informais, tampouco os trabalhadores estatutários e os autônomos; conforme afirma a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE, em 2013, para cada acidente de trabalho registrado pela Previdência Social, há quase sete acidentes não declarados oficialmente, ou seja, há um grande número de subnotificação dos acidentes.

A Saúde do Trabalhador é um campo ainda em fase de construção, que de acordo com Lacaz (2005) busca apreender e interceder nas relações de trabalho a partir das mudanças ocorridas nos processos de saúde-doença com o surgimento da industrialização, trazendo a classe operária industrial para as fábricas. Sabe-se que o trabalho surgiu juntamente com a humanidade e a ação de trabalhar está diretamente ligada às condições e qualidade de vida e saúde das pessoas, assim, quando executado sob determinadas condições de risco, o trabalho pode levar ao adoecimento, à perda de qualidade de vida ou mesmo ao óbito.

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), ainda que a relação entre o trabalho e a saúde-doença seja reconhecida desde a Antiguidade, só foi alvo de preocupação e ações com o aparecimento da Revolução Industrial, pois durante o período de escravidão não havia cuidados voltados para a saúde, uma vez que os escravos eram apenas uma peça para o trabalho.

Partindo do contexto no qual está inserida a Saúde do Trabalhador, a Revolução Industrial surgida na Inglaterra no século XIX, gerou as fábricas e o trabalho urbano, o que provocou diversas mudanças na forma das pessoas viverem e produzirem, pois a ascensão industrial passou a substituir a produção artesanal e manual tornando os trabalhadores reféns e expostos aos riscos das máquinas e do ritmo acelerado de produção das mesmas com jornadas de trabalho exaustivas em ambientes prejudiciais à saúde, sem contar com nenhum suporte médico.

Apesar de os problemas de saúde mental e trabalho serem reconhecidos na Classificação Internacional de Doenças como CID10, a sua inserção ainda retrata um desafio para a saúde pública. Do lado dos trabalhadores, observa-se que muitos se sentem mais seguros em buscar assistência no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) quando notam que os problemas são de ordem física, sendo minimizadas as ocorrências em situações que apresentam clara demanda de problema de saúde mental.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar seus saberes e próprias habilidades, sendo contributivo com a comunidade, podendo recuperar-se do estresse rotineiro. Estatísticas apontam que, uma a cada cinco pessoas no trabalho podem sofrer de algum problema de saúde mental. Sendo algumas: depressão, estresse, transtorno de ansiedade, entre outros.

As situações de competição são as principais causas de estresse associado ao trabalho, e com isso o impacto é diretamente no ambiente de trabalho, causando o desânimo, cansaço excessivo, perda de produtividade e até faltas ao trabalho. A organização, ou falta de tal, a submissão às chefias autoritárias e a falta de comunicação entre as pessoas juntamente com o aumento do ritmo de trabalho também são fatores que afetam a saúde mental dos trabalhadores.

Os dados do 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade (BRASIL, 2017) revelam que os transtornos mentais e comportamentais são a terceira causa de incapacidade para o trabalho, o que significa que 9% da

concessão do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez corresponde aos transtornos citados. “De acordo com os dados divulgados pela Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (Fundacentro), entre 2000 e 2005 foram registradas 144.789 doenças relacionadas ao trabalho. Pesquisas do Laboratório de Saúde do Trabalhador da Universidade de Brasília demonstram um aumento de 260% do número de afastamentos por doenças mentais entre 2000 e 2006” (VASCONCELOS; FARIA, 2008, p. 453).

Esses números mostram a importância da saúde mental no ambiente de trabalho. E como esse local pode, se não for um ambiente bem organizado e que leve em consideração a saúde do trabalhador, ser danoso para o funcionário em seu desempenho laborativo. Assim, o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro assinala “a importância de trabalhadores, empresas e a sociedade como um todo, atentar para essa situação” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2017, sp.).

No ano de 2006, os transtornos de humor retrataram o segundo motivo de ausência de trabalho. No mesmo ano, o custo do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com auxílio-doença para quem sofria de transtornos neuróticos e também relacionado ao estresse foi de R\$ 90 milhões.

Os empregados têm de ser aconselhados e orientados a reconhecer sinais de depressão entre os colegas, como mudança de humor, falta de esperança, culpa e até aos hábitos de apetite e sono no ambiente de trabalho. Também necessitariam que o colaborador busque suporte profissional quando necessário e apoie quem esteja precisando do mesmo.

A coordenadora de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, Karla Baêta (2020), explica que os riscos à saúde mental devem ser identificados e geridos da mesma forma lógica e sistemática que outros riscos de saúde e segurança no local de trabalho, pois o reconhecimento da relação trabalho e adoecimento mental impulsiona a melhora das relações laborais e resulta na prevenção do mesmo.

3. BREVES PANORAMAS DA SAÚDE DO TRABALHADOR EM SEUS NÍVEIS: INTERNACIONAL, NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

Retomando a discussão do primeiro capítulo, onde foi exposta a trajetória da Medicina do Trabalho, apresentamos nesse capítulo um breve panorama sobre o tema a nível nacional e internacional, com foco sobretudo em dados oficiais disponíveis nos *sites*: a) da Organização Internacional do Trabalho (OIT); b) Organização das Nações Unidas (ONU); c) Organização Mundial da Saúde (OMS); d) Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (Smartlab); e) Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); f) Ministério do Trabalho; g) Previdência Social; h) Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); i) Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

3.1 PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNDO

No ano de 2017 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) divulgou que aproximadamente 2,3 milhões de trabalhadores morrem e 300 milhões ficam feridos por ano no mundo, em decorrência de acidentes laborais. Além disso, o órgão também chama a atenção para o custo financeiro equivalente a perda de U\$\$ 2,8 trilhões que corresponde a 4% do Produto Interno Bruto (PIB) da economia mundial com acidentes de trabalho, havendo perda de produtividade e de vidas.

Os Estados Unidos, Tailândia, China e Brasil, nesta ordem, são os países com maiores índices de mortes laborais em um *ranking* com mais de 200 países. No quesito de acidentes de trabalho, a Colômbia ocupa o primeiro lugar, seguida da França, Alemanha, Estados Unidos e Brasil em quinto lugar.

Uma matéria do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH)¹ (2019) mostra que a OIT faz a comparação de acidentes de trabalho entre os países, com base nas listas que recebe cujos critérios de avaliação variam em cada país. No Brasil, por exemplo, os dados são da Previdência Social,

¹ O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), criado em 10 de dezembro de 1985, integra a estrutura da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e atua nas áreas de Saúde, Trabalho e Ambiente, desenvolvendo atividades de Ensino, Pesquisa e Serviço. A área de Ensino é responsável pela formação de recursos humanos para o campo da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Por meio de cursos de pós-graduação e estágios, o Cesteh forma pesquisadores, professores e técnicos para atuação e fortalecimento do campo da Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS e de outras instituições.

onde há muitas subnotificações de acidentes de trabalho e alguns trabalhadores, como os que não têm carteira assinada e policiais por exemplo não entram na estatística por não serem abrangidos pela previdência, ou seja, o número que consta na lista de acidentes e mortes de trabalhadores brasileiros não demonstra a realidade. Zuher Handar, médico e consultor da Organização Internacional do Trabalho (OIT), diz que:

“Infelizmente no Brasil nós não temos números muito fiéis, pois são números que vêm da Previdência Social e refletem somente os trabalhadores da economia formal. Nós temos muitos trabalhadores na informalidade que se acidentam, ou adoecem, e não há uma notificação precisa às autoridades e aos organismos públicos.” (AGÊNCIA BRASIL, 2017, sp.)

Não apenas no Brasil, de acordo com a agência da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU, 2017), mas em outros países também não são revelados os dados das consequências reais dos acidentes e doenças dos trabalhadores. A partir disso, a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2017), concluiu que, para cada um acidente de trabalho registrado no planeta existem sete que não são comunicados, além das mudanças do mercado de trabalho que exercem influência no contexto. Explica ainda a OIT que partindo dos "dados de segurança ocupacional e de saúde, a meta é preparar políticas e estratégias eficazes para combater os problemas", frisando que dados confiáveis são fundamentais em termos políticos, pois a partir disso é possível determinar as prioridades com mais facilidade, uma vez que a redução do número de acidentes de trabalho tem ligação direta com as políticas de saúde que englobem as condições de trabalho.

A OMS afirma que os maiores desafios para a saúde do trabalhador, atualmente e no futuro, são os problemas de saúde ocupacional ligados às novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens. (CAMPOS; LIMA, 2018, sp.)

Ter um ambiente de trabalho saudável e ser saudável é um bem valioso para os indivíduos, comunidades e nações. A OMS diz ainda que a saúde ocupacional não é apenas uma estratégia importante para garantir a saúde dos trabalhadores,

mas também tem uma colaboração positiva para a melhoria da produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação no trabalho, tendo, portanto, um efeito positivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas e da sociedade como um todo.

3.2 PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Brasil é um dos países que possui o maior número de acidentes e mortes decorrentes do trabalho no mundo. Pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) fica em quarto lugar entre os países com mais mortes em atividades laborais registradas, atrás somente dos Estados Unidos, Tailândia e China. Em 2017, no Brasil, foram registrados 574.050 acidentes e 1.989 mortes.

No caso do nosso país, a cada 3 horas, 38 minutos e 43 segundos uma pessoa morre por acidente de trabalho (OBSERVATÓRIO DIGITAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO, 2018). Entretanto, esses dados não são totalmente fiéis à realidade, pois existem as subnotificações, isto é, os casos de acidente de trabalho e trajeto, como também doenças ocupacionais que não são registrados no INSS através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Conforme o *site* do Governo Federal (2020) este comunicado através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é obrigatório e deve ser feito pela empresa na qual trabalha o trabalhador vitimado até o primeiro dia útil após o acontecimento, de forma inteiramente *online* ou caso necessário numa agência do INSS e pode ser usado em outros órgãos além deste. Se a empresa não comunicar, a CAT pode ser reportada pelo trabalhador(a) ou por seus dependentes, como também através de entidades sindicais, por médicos ou autoridades públicas. A não informação do acidente é passível de multa, de acordo com os artigos 286 e 336 do Decreto nº 3.048/1999.

Uma vez a CAT sendo enviada para a Previdência Social, através desse documento é possível mensurar os dados de acidentes de trabalho. Com o propósito de juntar informações sobre acidentes de trabalho em uma só ferramenta e a partir dessas informações trabalhar fundamentado na melhoria de políticas públicas. Em 2012 o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (Smartlab) surgiu de uma parceria entre o Ministério Público do Trabalho, a Organização Internacional do

Trabalho (OIT) e a Universidade de São Paulo (USP), sendo considerado o recurso de consultoria mais acessível do país. Essa ferramenta permite vários tipos de buscas, como, por exemplo, qual parte do corpo do trabalhador foi atingida, em qual cidade aconteceu, os gastos para a Previdência Social, com informações em tempo real. Do ano do surgimento da plataforma (2012) até o final de 2018 ocorreram mais de 4,5 milhões de acidentes e 16.736 pessoas morreram, vitimadas por acidentes de trabalho.

O quadro a seguir mostra os dados fundamentados no Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (2017) no Brasil, considerando o período a ser avaliado neste trabalho, do ano de 2015 a 2017.

Quadro 1 – Doenças do trabalho no Brasil entre 2015 e 2017 (Em números absolutos)

Quantidade de doenças do Trabalho Brasil			MOTIVO			
Ano	Total (com e sem CAT)	Total com CAT registrada	Típico	Trajeto	Doença do Trabalho/atípico	Sem CAT registrada
2015	622.379	507.753	385.646	106.721	15.386	114.626
2016	585.626	478.039	355.560	108.552	13.927	107.587
2017	549.405	450.614	340.229	100.685	9.700	98.791

Fonte: BRASIL, 2017.

O gerente de Coordenação de Segurança no Processo de Trabalho da Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), José Damásio de Aquino (2017) aponta que apenas os dados disponíveis na Previdência Social são registrados no INSS e podem ser obtidos, o que significa 70% da população economicamente ativa, dessa forma há muitas subnotificações e trabalhadores informais não entram nas estatísticas.

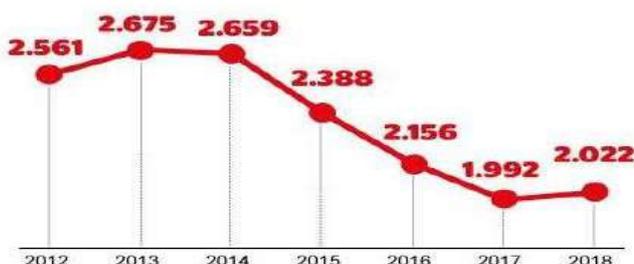
Durante o período mencionado (2015 a 2017), o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (Smartlab) contabilizou as seguintes atividades econômicas com mais notificações de acidente de trabalho:

- 1º Assistência hospitalar: 159.181 (11%);
- 2º Varejo de mercadorias em geral: 57.425 (4%);
- 3º Administração pública geral: 43.160 (3%);
- 4º Atividades de Correio: 39.414 (3%);
- 5º Transporte rodoviário de carga: 37.434 (2%).

As lesões mais frequentes são: corte, laceração, ferida contusa, punctura (21%), fratura (17%), contusão, esmagamento – superfície cutânea (15%).

Com relação ao exposto, em primeiro lugar estão os profissionais de atendimento hospitalar, que ficam extremamente vulneráveis à contaminação, uma vez que estão constantemente expostos a agentes químicos e biológicos que podem fazer mal à saúde. Além de apresentar muitos problemas ergonômicos e estresse emocional, isso também pode levar a transtornos mentais. Em segundo lugar estão os profissionais do comércio varejista, majoritariamente os da indústria de alimentos, pois muitas vezes trabalham com equipamentos de corte, como faca, etc. Quanto às demais atividades é possível citar que a exposição na rua faz correr risco de acidentes também, como é o caso dos motoristas de carga e carteiros. Os trabalhadores administrativos também podem sofrer acidentes em seus ambientes de trabalho, mesmo um escritório pode representar perigo pois o funcionário pode sofrer cortes, queda, e até mesmo estar inserido em um ambiente que não oferece segurança como chão escorregadio, por exemplo. Além de tudo, muitas vezes também não são oferecidos a quaisquer dos trabalhadores citados os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) que evitariam muitos acidentes.

Gráfico 1 – Número de mortes por acidentes de trabalho no Brasil entre 2012 e 2018 (Em números absolutos)



Fonte: OBSERVATÓRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, sd.²

² Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>

Conforme mostra o gráfico, houve entre o ano de 2015 e 2017 uma queda de aproximadamente 16,5% no número de mortes decorrentes de acidentes de trabalho, sendo 2013 o ano com mais casos de mortes registradas, ou seja, os trabalhadores informais não entraram nessa estatística. Em 2018 as taxas de morbimortalidade voltaram a subir em torno de 1,5% em comparação ao ano anterior.

Baseado no Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho no ano de 2013 com a economia aquecida houve 2.675 mortes por acidentes de trabalho ou de trajeto e desde o referido ano o número foi decrescendo. De acordo com Osório Mendonça, coordenador da Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho (Codemat) do Ministério Público do Trabalho (2017), este fato é atribuído à desaceleração da economia, que faz o número de trabalhadores diminuir e consequentemente o número de acidentes e/ou mortes também. Até que em 2018 o número de empregos subiu um pouco e então voltaram a crescer os números de acidentes e mortes, porém não se pode justificar esse aumento de casos com a pequena recuperação da economia.

O gráfico mostra, em princípio, que durante o período do estudo – 2015 a 2017 – a política cumpriu um dos objetivos a que se propunha: o de reduzir o número de mortes por acidente de trabalho, porém como pôde ser visto, não necessariamente isto ocorreu apenas por seu mérito, pois para que este objetivo fosse cumprido era necessário que estivessem sendo tomadas medidas de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores.

No que se refere às propostas e ações do Ministério da Saúde no combate aos acidentes, é importante falar sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) instituída por meio da Portaria nº 1.679/ Gabinete do Ministro (GM), no ano de 2002, com o objetivo de divulgar as ações de saúde do trabalhador e se articular com as demais redes do Sistema Único de Saúde, o SUS. De acordo com a definição da Política Nacional de Saúde Ocupacional de 2005 (Brasil, 2005), a RENAST passou a chefiar a área de tecnologia em saúde ocupacional do Ministério da Saúde sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) no SUS.

O Ministério da Saúde tem proposto estratégias e orientações à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) que permitam a detecção, modificação e cuidado oportuno e integral a todos os

trabalhadores. E, ainda, atuação na vigilância nos locais de trabalho com intervenções que propiciem a eliminação ou minimização dos riscos inerentes ao processo de trabalho. (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, sd., sp.)

Também é importante destacar a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), criada em 1968, que é a maior entidade sem fins lucrativos da América Latina. Esta representa a Medicina do Trabalho no âmbito do Ministério da Saúde, promovendo e apoiando políticas públicas e ações em conjunto com outros profissionais para proporcionar um ambiente de trabalho mais seguro para os brasileiros. Além da perda irreparável de vidas, os acidentes e doenças também podem levar à perda de tempo e à redução da produtividade, cujas consequências muitas vezes se estendem para além do ambiente de trabalho. Portanto a ANAMT age capacitando os médicos do trabalho em sua assistência à saúde do trabalhador.

Neste contexto de promoção e apoio às políticas públicas, o mês de abril é dedicado à conscientização da prevenção de acidentes de trabalho, sendo chamado de Abril Verde, devido à celebração do “Dia Mundial em Memória das Vítimas de e Doenças do Trabalho”, a partir da Lei nº 11.121, de 25 de Maio de 2005. No dia 7 do mesmo mês também é comemorado o Dia Mundial da Saúde, que foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948.

O Movimento Abril Verde, iniciado pelo Sindicato dos Técnicos de Segurança do Paraná, tem como objetivo levar a segurança e a saúde dos trabalhadores brasileiros para a sociedade. A fim de reduzir o número de vítimas de acidentes e doenças ocupacionais, é necessária mobilização – para redução de acidentes de trabalho e agravos à saúde do trabalhador – de órgãos governamentais, empresas, entidades de classe, associações, federações, e organizações da sociedade civil, para prevenir e alertar sobre os problemas no/e causados pelo mundo do trabalho. O plano visa levar saúde e prevenção ao lugar onde vivemos a maior parte do tempo e criar a sétima riqueza econômica do mundo ³

3.3 PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020)

³ <https://www.abrilverde.com.br/oquee.php>

revelam que o Estado do Rio de Janeiro tem um território de 43.780.172 km² dividido em 92 municípios, composto em sua totalidade por uma população estimada de 17.366.189 e densidade demográfica de 396,67 habitantes/km². No último censo realizado pelo IBGE (2010) a população do Rio de Janeiro era de 15.989.929 pessoas.

O Ministério da Saúde diz que aos governos estaduais é cabida a criação de políticas próprias de saúde e prestação de assistência na execução das políticas nacionais, aplicando recursos próprios (mínimo de 12% de sua receita) além dos repassados pela União. Os Estados repassam também verba para os municípios, além de coordenar sua rede de laboratórios e hemocentros, definir os hospitais de referência e gerenciar os locais de atendimentos complexos da região.

Com base em dados do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (2017) o Estado do Rio de Janeiro ocupa o 6º lugar entre os estados brasileiros que possuem o ambiente de trabalho mais crítico, apresentando 40.548 CATs. A Lei n.º 8.213/91, que dispõe sobre o regime de benefícios previdenciários, além de estabelecer outras disposições relativas ao direito das pessoas com deficiência ao trabalho, define que Acidente do Trabalho “é o acidente que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente” (Art. 19 da Lei nº 8.213/91).

Dados do Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (2017) revelam a quantidade de acidentes de trabalho em sua totalidade, categorias que mais se acidentam, idade, etc. Acidentes de trabalho são aqueles que ocorrem durante o serviço ou no caminho entre a casa e o local de trabalho, causando ferimentos ou disfunções pessoais, resultando em perda ou redução da capacidade para o trabalho e, por fim, morte. Além disso, as doenças ocupacionais também podem ser classificadas nesta categoria.

Há três tipos de acidente de trabalho determinados pelo artigo 21 da Lei nº 8.213/91:

1) Típico: é o tipo de acidente mais comum que ocorre dentro da empresa durante o horário de expediente. São eventos prejudiciais e traumáticos que podem levar à morte ou à redução da capacidade de trabalho;

2) De trajeto: acontece durante a jornada do trabalhador de casa ao local de trabalho, incluindo o início e o final do horário de trabalho e hora do almoço;

3) Doença do trabalho ou Atípico: resultado da exposição constante a substâncias estranhas ou ao uso impróprio de recursos ou equipamentos. O Ministério do Trabalho estabeleceu vínculos epidemiológicos tóxicos constatando a relação entre doença e trabalho (BRASIL, 1991).

O quadro a seguir mostra os dados fundamentados no Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (2017) no Estado do Rio de Janeiro, considerando o período a ser analisado neste trabalho, do ano de 2015 a 2017.

Quadro 2 – Doenças do trabalho no estado do Rio de Janeiro entre 2015 e 2017 (Em números absolutos)

Quantidade de doenças do trabalho no estado do RJ			MOTIVO			
Ano	Total (com e sem CAT)	Total com CAT	Típico	Trajeto	Doença do Trabalho/atípico	Sem CAT registrada
2015	47.381	42.210	31.612	9.032	1.566	5.171
2016	42.192	37.606	27.557	8.620	1.429	4.586
2017	37.469	32.772	24.217	7.472	1.083	4.697

Fonte: BRASIL, 2017.

É possível notar que entre os três anos em questão houve uma diminuição considerável, em média 20%, na quantidade de casos de doenças do trabalho, acidentes típicos e de trajeto. Porém, há que se observar também que, na última coluna do quadro acima os casos de subnotificação (sem CAT registrada) superam os números registrados dos casos em pauta, reforçando a questão levantada anteriormente sobre a fidedignidade dos dados devido à falta de registro.

Os dados de sinistralidade sem apuração do CAT são obtidos pela apuração da diferença entre o benefício por acidente definido pelo INSS com a data do acidente no ano-calendário e o benefício por acidente definido vinculado ao CAT no mesmo ano. Os dados característicos da vítima podem ser obtidos no Sistema Único de Previdência (BRASIL, 2017).

3.4 PANORAMA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Os dados relativos a esse breve panorama do município do Rio de Janeiro foram pautados basicamente no documento “Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro” (2017) elaborado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com o IBGE (2020) a população estimada do município do Rio de Janeiro é de 6.747.815 pessoas e no último censo demográfico, realizado em 2010, a população era de 6.320.446 pessoas. A proporção de pessoas ocupadas comparada à população total era de 37.7% em 2018, quando a população ocupada correspondia a 2.524.428.

A ação de saúde ocupacional está incluída na área de ação do Sistema Único de Saúde (SUS) no artigo 3º, § 6º da Lei nº 8.080/90, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A lei citada define saúde ocupacional como:

Art. 3º - um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990)

O município do Rio de Janeiro foi um dos primeiros a criar e implementar atividades que visem proteger, garantir e desenvolver locais e processos de trabalho voltados para a saúde do trabalhador. Em 2010, a Saúde do Trabalhador do município do Rio de Janeiro foi integrada à Superintendência de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA).

A estrutura organizacional atual da saúde do trabalhador no município é composta por uma Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador (CST), uma Gerência de Vigilância Epidemiológica, Informação e Capacitação, uma Gerência de Pronto Atendimento, Fiscalização e Investigação de Acidentes Graves e Fatais, dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST 1 e 2), suas descentralizações técnicas em cinco áreas programáticas (APs): 2.1, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3. (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 9)

De acordo com o Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro (2017) cabe à Coordenação de Saúde

do Trabalhador:

[...] coordenar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), articular e fortalecer o controle social em Saúde do Trabalhador, no âmbito municipal através da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, estabelecer e monitorar os indicadores dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS e promover ações de vigilância, fiscalização e educação sanitária em Saúde do Trabalhador nas cadeias produtivas, nas atividades formais e informais e nos processos de degradação ambiental e de trabalho. . (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 9)

Um dos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) definido no artigo 8º é detectar as atividades produtivas dos trabalhadores e as circunstâncias que colocam a saúde dos mesmos em risco, além de verificar as dificuldades, requisições e as complicações de saúde dos trabalhadores nas áreas. Conforme a citação, no município do Rio de Janeiro isto é feito através da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) no âmbito do SUS por meio dos indicadores dos sistemas de informação. O quadro a seguir mostra as áreas em que mais houve comunicação de acidentes de trabalho:

Quadro 3 - Notificações de doenças relacionadas ao trabalho (com CAT) no município do Rio de Janeiro entre 2015 e 2017 (Em números absolutos)

Notificações de doenças relacionadas ao trabalho (com CAT) no município do Rio de Janeiro			
ANO	MOTIVO		
	Atividades de atendimento hospitalar	Atividades de correio	Comércio varejista em geral (com predominância de produtos alimentícios)
2015	3.036 (13%)	2.086 (9%)	693 (3%)
2016	3.126 (15%)	1.700 (8%)	765 (4%)
2017	2.737 (15%)	1.741 (9%)	696 (4%)

Fonte: OBSERVATÓRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, 2018.

4. REFLEXÃO SOBRE ALGUNS INDICADORES PARA COMPREENDER A PNSTT NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Identificar no cotidiano o que está causando o adoecimento do trabalhador é importante para elaborar estratégias de prevenção a acidentes e proteção à saúde da classe trabalhadora. O trabalhador é protagonista nesse processo de adoecimento, devendo ser, por vezes, a principal pessoa que poderá dizer o que está causando esse adoecimento, levando em conta seu dia a dia no ambiente de trabalho onde está inserido.

Porém, a responsabilidade e o protagonismo do poder público a partir dos dados de monitoramento da situação nos níveis nacional, estadual e municipal com acompanhamento de situações mais graves nos grandes centros do país, sejam eles de indústrias urbanas ou de áreas agrícolas, rurais, são insubstituíveis em termos de planejamento e definição de diretrizes.

É necessário mensurar os indicadores para saber como está a promoção e prevenção do adoecimento dos trabalhadores de um determinado território. Somente por meio do acompanhamento de indicadores é possível ter um diagnóstico sobre a dimensão do problema sanitário que os acidentes de trabalho representam como problema de saúde no Brasil, mais especificamente no município do Rio de Janeiro, e a partir de tal diagnóstico traçar estratégias públicas para resolvê-lo.

4.1 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)

Com a rápida evolução econômica mundial na década de 1940, a classe trabalhadora demandava educação, profissionalização, saúde e assistência. A partir desse contexto, a Saúde Ocupacional, Engenharia de Segurança e o Direito do Trabalho também evoluíram para assegurar o bem-estar do trabalhador. No Brasil mais tardiamente, na década de 1960, a evolução das práticas em saúde ocupacional proporcionou o início dos primeiros rudimentos em saúde do trabalhador.

Surgiram, assim, os primeiros estudos para a elaboração de políticas públicas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 definiu a abrangência das ações em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde – SUS. Formou-se um Grupo de Trabalho instituído pela Portaria

Interministerial (Previdência Social, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego) nº153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogado pela Portaria Interministerial nº1009, de 17 de setembro de 2004 para redigir um documento que aprimorasse as ações voltadas para a saúde e segurança do trabalhador e elaborar uma política para tal.

Foi a Portaria nº 800 (2005) que colocou em consulta pública o texto referente à Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST), preconizando os aspectos de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

Surgiu então a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), prevista pela Portaria nº 2.728/Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, de 11 de novembro de 2009 e mais adiante a Portaria nº 777 (2004) que dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador (acidentes e doenças ou suspeitas) a ser feita por médicos ou responsável pelo estabelecimento de saúde privado ou público às autoridades de saúde, aperfeiçoada pela Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o país estabelecendo fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições dos profissionais e serviços de saúde.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi instituída em 23 de agosto de 2012, por meio da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde nº 1.823, devido à necessidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal – referentes à Saúde do Trabalhador.

Com isso, cabe definir que a política tem como finalidade diminuir as doenças e acidentes ligados ao trabalho, através de *reabilitação*, *promoção* e *vigilância em saúde*. Para tanto, a *promoção* e a *vigilância em saúde* procuram identificar as atividades produtivas das pessoas e os riscos aos quais estão expostas visando a criação de ações para eliminar os mesmos, analisar as demandas, necessidades e situação de saúde dos trabalhadores e intervir no ambiente, buscando torná-lo saudável; já a *reabilitação* consiste na recuperação do trabalhador acometido por alguma doença ou acidente de trabalho.

Conforme determina a Constituição Federal de 1988, é competência do SUS a realização das ações em Saúde do Trabalhador e do Ministério da Saúde a coordenação nacional da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. O artigo 3º da

PNSTT define que:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (BRASIL, 2012,sp.)

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora se articula com a Política e o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, que integra ações do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e de outros dois ministérios: Trabalho e Emprego e da Previdência Social. E está alinhada com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Em termos práticos isto significa dizer que a dinâmica das relações de trabalho de determinado território será o fator decisivo das suas necessidades.

Em relação à participação da comunidade, esta é concretizada através de Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, instâncias instituídas em cada esfera de governo por meio da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e trata das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. As conferências de Saúde são realizadas quadrienalmente em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada Estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.

Participam das Conferências de Saúde diversos representantes dos segmentos sociais, visando avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formular políticas de saúde nos níveis correspondentes.

No que diz respeito ao seu público-alvo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora abrange todos os trabalhadores e até mesmo desempregados. Trata-se de uma política que aborda uma problemática – com raízes históricas na Revolução Industrial – cujo documento sofreu várias modificações até o formato de 2012. Desde 2004, no princípio do movimento da PNSTT foi conceituado como trabalhador todo homem e mulher que exercesse atividades para fins de seu sustento e/ou de seus dependentes. Ainda referente ao

público-alvo, a PNSTT alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, em que se deve considerar a transversalidade das ações de Saúde do Trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. São sujeitos dessa política aqueles que trabalham ou trabalharam nas seguintes condições:

a) empregados assalariados; b) trabalhadores domésticos; c) trabalhadores avulsos; d) trabalhadores rurais; e) trabalhadores autônomos; f) trabalhadores temporários; g) servidores públicos; h) trabalhadores cooperativados e empregadores, incluindo os proprietários de micro e pequenas empresas e outros; i) trabalhadores não remunerados; j) aprendizes ou estagiários; k) trabalhadores afastados do ambiente de trabalho por processos de adoecimento, aposentadoria ou desemprego.

Ainda que a política contemple todos os trabalhadores, devem ter prioridade pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, em especial aqueles inseridos em atividades ou relações informais e precárias de trabalho, atividades de maior risco para a saúde, aqueles submetidos às formas nocivas de discriminação ou ao trabalho infantil, buscando-se superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

As ações de Saúde do Trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Para que assim seja ampliada a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias da mesma forma específicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Lacaz (1997), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) adotou em 1985 a Convenção nº 161 e a Recomendação nº 171 denominadas “Convenção e Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho”, que tinha como características relevantes o princípio da ampla participação dos trabalhadores e o desenvolvimento dos trabalhos em equipes multiprofissionais, cuja implementação seria feita através de políticas públicas.

Representando um avanço em relação à Recomendação anterior nº 112 de 1959, que era referente aos Serviços de Medicina do Trabalho de caráter privado, que inclusive inspirou em 1975 a criação dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalhador (SESMETs) no Brasil. É importante destacar que tais proposições seguiam uma orientação internacional de ampliação de direitos dos trabalhadores, com a abolição da recomendação da OIT de 1959 focada apenas na

medicina do trabalho.

Quadro 4 - Principais Características da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	PNSTT
Origem normativa	Brasil, Portaria nº 1.823/2012.
Finalidades	Definir os princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) para desenvolver a atenção integral à saúde do trabalhador, reduzir a morbimortalidade no ambiente de trabalho.
Objetivos	Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador, promover a saúde e ambientes saudáveis de trabalho, integralidade na Saúde do Trabalhador, identificação da relação saúde-trabalho em toda a rede de atenção, incorporar a categoria trabalho como determinante da relação saúde-doença.
Metas	Promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade consequente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS.
Estratégias	Inserção da Vigilância em Saúde do Trabalhador junto aos demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde.
Abrangência	Nacional.
Público alvo	Todos os trabalhadores em geral, independente do vínculo empregatício.
Articulação Institucional	Nenhuma.
Órgão Gestor	Ministério da Saúde.
Controle Social	É um dos princípios e diretrizes da política. Ocorre nas Conferências Nacionais de Saúde e Conselhos de Saúde.
Gestão	Ministério da Saúde e SUS.
Financiamento	Esferas federais, estaduais e municipais através de recursos advindos do orçamento da Seguridade Social e do Orçamento Fiscal.

Fonte: BRASIL, 2012.

Os profissionais dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no âmbito da RENAST promovem as ações voltadas para a saúde do trabalhador por meio da prevenção e vigilância, funcionando como um administrativo especializado do SUS. Existem 214 CEREST habilitados no Brasil, que podem ser de abrangência estadual, regional e municipal. O recurso financeiro é repassado

mensalmente do Fundo Nacional da Saúde para a realização das ações promovidas pelos CEREST. Os centros são acessíveis aos trabalhadores, sendo, normalmente necessário encaminhamento pela unidade de saúde.

As ações em saúde do trabalhador presumem: identificação e registro da situação de trabalho, notificação do acidente ou agravo relacionado ao trabalho, preenchimento da CAT, articulação com as equipes técnicas, capacitações periódicas e campanhas. Sobre isso a Portaria GM/MS 1.679 de 19 de setembro de 2002, anexo II, determina a descentralização das ações em Saúde do Trabalhador:

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 CEREST poderão assumir atividades que os caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção. (BRASIL, 2002, p.6)

Esta afirmação significa dizer que os CEREST são pólos executores das ações determinadas pela PNSTT, que devem ser articulados aos outros serviços existentes na rede do SUS, até porque uma das intenções da instituição da política é agrupar em uma só fonte diversas ações em saúde do trabalhador que estavam fragmentadas.

O SUS é a porta de entrada principal para os trabalhadores com doenças relacionadas às atividades profissionais terem acesso ao CEREST. Isto significa dizer que, uma pessoa ao chegar a uma unidade de saúde em busca de atendimento este será feito, em um primeiro momento, seguindo as normas do SUS, e o profissional de saúde ao analisar os sintomas ou doenças, através de sua abordagem irá avaliar se há relação com a atividade laborativa realizada por este paciente. Caso não haja, o atendimento segue o procedimento normal do SUS.

Porém, caso o estado de saúde da pessoa tenha relação com o trabalho, o paciente deve ser encaminhado por regulação para a especialidade da Medicina do Trabalho onde será atendido pelo CEREST responsável por sua área, que realizará o estudo de caso e prestará os serviços assistenciais através de redes de serviço sentinelas de média e alta complexidade que podem diagnosticar os agravos relacionados à saúde como atendimento médico, psicológico, do serviço social,

exames etc. e campanhas educativas. Os estudos de caso realizados pelos CEREST são registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sendo possível fazer um mapeamento das doenças e agravos à saúde oriundos dos trabalhos que ocorrem por região e dessa maneira as ações de prevenção podem ser mais pontuais e eficientes.

De acordo com o *site* da Prefeitura do Rio de Janeiro, no que diz respeito à reabilitação de trabalhadores com deficiência, que visa restaurar a função de pacientes que foram prejudicados por doença, acidente ou outros eventos, resultando em incapacidade temporária ou permanente, o município do Rio de Janeiro conta com cinco Centros Especializados de Reabilitação (CER), que são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, licenciamento, modificação e manutenção das tecnologias assistivas e constituem a referência da rede de atenção à saúde do território.

Os encaminhamentos para os CER são feitos pelas Unidades Básicas de Saúde, por meio do Sistema de Regulação (SISREG III), que inclui justificativa clínica, exame físico detalhado, compatível com a hipótese diagnóstica, informações complementares do resultado do exame, o tempo de evolução e a descrição de dos procedimentos empregados.

Quadro 5 – Unidades habilitadas como Centros Especializados em reabilitação no município do Rio de Janeiro.

TIPOS DE CER	UNIDADE	TIPO DE REABILITAÇÃO
*Tipo II ** Oficina Ortopédica	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR	*Intelectual e física **Confecção de Órteses e Próteses Dispensação de equipamentos
Tipo II	Centro Educacional Nosso Mundo – Filantrópica	Intelectual e Auditiva
Tipo III	Policlínica Newton Bethlem - CMS	Intelectual, Auditiva e Física
Tipo IV	Policlínica Manoel Guilherme da Silveira Filho – CMS	Intelectual, Auditiva e Física
Tipo V	Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark- CMR	Intelectual, Auditiva, Física e Visual Dispensação de equipamentos

4.1.1 Princípios, diretrizes e metas da PNSTT

No art. 5º da PNSTT são definidos sete princípios e diretrizes: *universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução*, que passaram a nortear as ações da Saúde Pública a partir da Constituição de 1988. Isso implica medidas de prevenção de danos à saúde dos trabalhadores, “mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde” (artigo 5º e item 6 do anexo I da Portaria).

As Conferências Nacionais de Saúde contribuíram de maneira a evidenciar e discutir a necessidade da construção de uma Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Aponta Dias (2011):

A implementação de ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços do SUS é oriunda de um processo sociopolítico e técnico em construção e que teve início no fim dos anos 80, com ações isoladas, a partir de alianças solidárias entre as organizações e os sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos e de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social em alguns estados e municípios brasileiros, onde foram criados os Programas de Saúde do Trabalhador (PST). (DIAS et al., 2011, p. 108).

A PNSTT define os princípios, diretrizes e estratégias referentes à saúde do trabalhador, visando à atenção integral à saúde através da construção de ambientes e processos de trabalhos saudáveis, ao fortalecimento da vigilância de ambientes e aos processos e agravos relacionados ao trabalho. Consiste na organização descentralizada do serviço de saúde, na qual a esfera federal atua estabelecendo políticas e instrumentos que devem ser estudados e executados pelas esferas estaduais e municipais com ênfase na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras e a redução da mortalidade relacionada à ocupação. Tais objetivos devem ser alcançados mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde.

No que diz respeito às metas da política, estão elencadas a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade consequente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Levando em consideração objetivos, diretrizes, metas e indicadores no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde (PAS) e no Relatório Anual de Gestão (RAG) em cada

esfera do SUS.

4.1.2 Objetivos da PNSTT

No capítulo II, Artigo 8º da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) constam os sete objetivos da política, não havendo especificação de objetivos específicos. Os três primeiros objetivos são subdivididos em alíneas.

No objetivo I há oito alíneas, que chamam atenção para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) articulado aos outros componentes da Vigilância em Saúde; o objetivo II se subdivide também em oito alíneas voltadas para a promoção da saúde, ambientes e processos de trabalho saudáveis; o objetivo III tem dez subdivisões focadas na garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador. O objetivo IV visa ampliar o entendimento de que a Saúde do Trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; o objetivo V propõe incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde. No objetivo VI a proposta é assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis conseqüências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e no objetivo VII a finalidade é assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. Nos quatro últimos objetivos apresentados não há subdivisões.

4.1.3 Uma Reflexão sobre a PNSTT no Município do Rio de Janeiro e os indicadores de Saúde do Trabalhador

Inicialmente este trabalho iria analisar a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no município do Rio de Janeiro através do Relatório Anual de Gestão (RAG) municipal. No entanto, o que foi encontrado disponível para pesquisa refere-se ao *site* da prefeitura do Rio de Janeiro contendo os documentos: Relatório Anual de Gestão (RAG) do ano de 2016 e do ano de 2017, sendo que esta

não teve até o presente momento sua aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ), porém, encontra-se acessível para pesquisa. E para o ano de 2015 foi utilizado o Relatório Anual de Gestão (RAG) estadual.

Sendo assim, estabeleceu-se a seguinte dinâmica de análise: a) primeiro, referente ao ano de 2015, será analisado o Eixo I - condições de saúde da população com a seguinte diretriz: fortalecimento das ações de vigilância em saúde para prevenção e controle de doenças e outros agravos, cujo objetivo é reduzir os riscos e agravos à saúde da população e com a estratégia de apoio à implantação e/ou implementação das ações de vigilância em saúde do trabalhador junto aos municípios. Disponível no Relatório Anual de Gestão (RAG) do Estado do Rio de Janeiro, publicado no *site* da Secretaria de Estado de Saúde do RJ; b) depois, para o ano de 2016 será apresentado o documento Relatório Anual de Gestão (RAG, 2016) do município do Rio de Janeiro expondo duas diretrizes, dois objetivos, três indicadores e uma ação presentes no referido documento, que foram escolhidos para análise neste trabalho; c) por fim, serão explanados dados do Relatório Anual de Gestão (RAG) do município do Rio de Janeiro, embora conste apenas suas matrizes sem aprovação para pesquisa no *site* da prefeitura do Rio de Janeiro, utilizaremos as informações disponíveis neste documento para análise: eixo: 2.4. Notificação dos agravos à saúde do trabalhador, no qual há a META 1 - Realizar 20 investigações/fiscalizações sanitárias dos agravos mais prevalentes das notificações em Saúde do Trabalhador constantes da portaria GM/MS Nº777 de 28 de abril de 2004 e atualizações subsequentes através de estudo sistemático do banco de dados SINAN e a META 2 - Refazer o fluxo de notificação de agravos publicado na Resolução SMS nº 3150 de 26 de dezembro de 2016 e seus respectivos resultados; e também será analisado o eixo 2.6 – número de fiscalizações sanitárias em saúde do trabalhador – termos de visita sanitária (TVS) por estabelecimento/data e a meta 1: 300 Termos de Visita Sanitária (TVS) e seus resultados.

Como já dito anteriormente, conforme consta na PNSTT, a intenção de sua criação foi desfragmentar diversas ações em saúde, agrupando-as em uma só fonte, sendo o SUS o pólo executor.

De acordo com o mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro (2017), a organização deste se dá através de: a) uma Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador (CST); b) uma Gerência de Vigilância Epidemiológica, Informação e Capacitação; c) uma

Gerência de Pronto Atendimento, Fiscalização e Investigação de Acidentes Graves e Fatais; d) dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST 1 e 2), suas descentralizações técnicas em cinco áreas programáticas (APs).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT) tem sua implementação no município do Rio de Janeiro sob a responsabilidade da prefeitura por meio de ações planejadas e executadas pela Coordenação de Saúde da Subsecretaria de Vigilância Sanitária.

A seguir o quadro com informações de acidentes de trabalho e óbitos laborais extraídas do Observatório de Segurança e Saúde do Trabalho mostra os indicadores do município do Rio de Janeiro entre 2015 e 2017.

Quadro 6 - Acidentes de trabalho/óbitos laborais no município do Rio de Janeiro entre 2015 e 2017 (Em absoluto)

Acidentes de Trabalho/óbitos laborais no município do Rio de Janeiro			
Ano	Acidentes de Trabalho	Acidentes de Trabalho com óbito	Estimativa de subnotificações de Acidentes de Trabalho
2015	25.271	58	1.584
2016	22.853	50	1.549
2017	20.000	45	1.525

Fonte: OBSERVATÓRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, 2018.

Para discutir a Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro é importante introduzir alguns programas que fazem parte do processo de políticas públicas. Começando pela Programação Anual de Saúde (PAS), que realiza os planos elencados quadrienalmente no Plano Estadual de Saúde (PES) e apresentadas através do Relatório Anual de Gestão (RAG); no qual são analisadas a eficácia e eficiência das ações em saúde.

O Plano Estadual de Saúde (PES) é definido como:

[...] instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de

saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, a fim de garantir a integralidade desta atenção e é elaborado observando os prazos do PPA conforme definido nas Leis Orgânicas dos Entes (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016, sp).

Isto é, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2016), o Plano Estadual de Saúde é desenvolvido levando em conta as necessidades de saúde da população, analisando a situação social para formular diretrizes, metas, indicadores e objetivos e o processo de avaliação e monitoramento. É importante destacar também que:

Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. [...] O Plano de Saúde considera as diretrizes definidas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e à aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus). (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016, sp.)

Nesse sentido, não estão disponíveis – no período que abrange nosso objeto de estudo – todos os documentos de Programação Anual de Saúde (PAS) de todos os anos, pois para isso é necessário que sejam aprovados e disponibilizados na *internet* pelo Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGUSUS). A falta desses dados à disposição da pesquisa implica na impossibilidade de um diagnóstico de análise cem por cento fiel àquilo que se propunha o programa e o que foi de fato atingido, principalmente em termos quantitativos.

De acordo com o *site* do governo do Estado do Rio de Janeiro, infelizmente a PES do ano de 2015 se encontra sob apreciação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ), isto é, ainda não foi apreciada e aprovada por este, estando indisponível para consulta. A Programação Anual de Saúde (2017) também está em apreciação do Conselho Estadual de Saúde (CES), porém com a matriz disponibilizada para consulta e a Programação Anual de Saúde (PAS) do ano de 2016 disponível para consulta, pois já foi aprovada.

A Programação Anual de Saúde (PAS) apresenta as ações estratégicas e metas para o ano de 2015, que são definidas pelo Plano Estadual de Saúde (PES, 2012-2015) no qual são determinados para cada um dos eixos, diretrizes e objetivos do Plano Estadual de Saúde (PES, 2015). Diante da ausência do Relatório Anual de

Gestão (RAG) de 2015 para análise, serão apresentadas agora informações relacionadas à Saúde do Trabalhador contidos na PAS 2015 com as respectivas estratégias propostas pelo PES, seguida da avaliação da implementação através do Relatório Anual de Gestão (RAG) do Estado do Rio de Janeiro para o ano de 2015.

Figura 1 – Matriz da RAG em 2015



5 – MATRIZ DA RAG 2015

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2015					
EIXO I - CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO					
1ª DIRETRIZ					
FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS E OUTROS AGRAVOS					
OBJETIVO					
1.1) Reduzir os riscos e agravos à saúde da população					
ESTRATÉGIA					
1.1.9) Apoio à implantação e/ou implementação das ações de vigilância em saúde do trabalhador junto aos municípios					
Ações anuais	Metas Previstas	Metas Realizadas	Área responsável	Parcerias	PT
Equipar o CEREST Estadual e Regionais	100% dos CERESTs	100% CEREST estadual O CEREST estadual foi equipado. Os regionais têm incentivo próprio oriundo do FNS. O município sede do CEREST Regional é o receptor do recurso e responsável pela ação de equipar, portanto, não serão contemplados com recurso desse PT.	SVS	-	2732
Capacitar as equipes estadual e regionais dos CEREST	100% das equipes	100% das equipes	SVS	-	2732
Prestar assessoria técnica aos CERESTs Regionais	15 CERESTs	15 CERESTs	SVS	-	2732
Elaborar e divulgar as informações sobre a Saúde do Trabalhador	3.000 boletins impressos	Embora os Boletins não tenham sido impressos, a Divisão de Saúde do Trabalhador/SVS/SES elaborou informações técnicas que foram divulgadas através do website Rio com Saúde e do Portal da SES/RJ.	SVS	-	2732
Realizar eventos na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador	3 eventos	4 eventos Além dos 3 eventos programados pela área técnica, foi realizado um Seminário sobre Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Pesca.	SVS	-	2732

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2015.

Acima é possível ver que a área responsável pela realização dos objetivos é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e o Programa de Trabalho (PT) nº 2732

corresponde à Ações de Vigilância Epidemiológica.

A estratégia de apoio à implantação e/ou implementação das ações de vigilância em saúde do trabalhador junto aos municípios obteve 100% de êxito no que se propôs. É importante que os trabalhadores possuam conhecimento sobre acidentes de trabalho, equipamentos, bem como os profissionais que eventualmente possam atender vítimas de acidentes laborais estejam capacitados tanto para orientar o trabalhador, quanto para saber como agir nessa determinada situação.

De acordo com dados do Anuário Estatístico (2016), no ano de 2014 o número de acidentes de trabalho no Estado do Rio de Janeiro foi de 52.186, já em 2015 foram 47.381 acidentes; o que mostra uma queda de aproximadamente 9,2%. A diferença positiva entre um ano e outro pode ter sido uma resposta às estratégias educativas implementadas pelo governo do Estado do Rio de Janeiro.

Para o ano de 2016 foram apresentados nos Relatório Anual de Gestão do Estado do Rio de Janeiro (2016) indicadores e objetivos de relevância com seus resultados. O documento intitulado “Considerações Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde”, referente ao RAG 2016, diz o seguinte:

Figura 2 – Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Relatório Anual de Gestão do Estado do Rio de Janeiro em 2016

Pactuação de diretrizes, objetivos metas e indicadores - Pactuação 2016			
Diretriz: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.			
Objetivo 4: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.			
Indicador 18: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	Unidade Nº absoluto	Meta 2016 4.000	Resultado 3.108
Ação: Elaborar relatório anual sobre as ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador	Meta 2016 1,00	Resultado 0,00	Unidade Nº Absoluto
Diretriz: Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.			
Objetivo 8: Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o Desenvolvimento sustentável do setor.			
Indicador 26: PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS.	Unidade %	Meta 2016 100	Resultado 100
Objetivo 10: Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.			
Indicador 27: PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	Unidade %	Meta 2016 100	Resultado 90

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2016.

É possível perceber pelos indicadores acima que o município do Rio de Janeiro obteve resultados satisfatórios na realização das diretrizes propostas pela PAS 2016. O indicador 18 que trata das notificações de doenças ou agravos laborais registrou 3.108 notificações, o que significa, em termos absolutos, 892 notificações e 22,3% em termos percentuais a menos que a meta. É um resultado positivo, porém, também é possível que o ocorrido se deva aos casos de subnotificação; daí a importância de executar a ação de elaborar um relatório anual sobre as ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador, o que não foi alcançado.

O objetivo de número oito da PAS visa reduzir os riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância em saúde e vigilância sanitária; na qual

o objetivo 10 consiste no fortalecimento das ações de vigilância em saúde e vigilância sanitária.

Uma das ações em saúde do trabalhador, proposta no objetivo nº 8 da tabela era realizar ações educativas em vigilância sanitária, na qual o indicador 26 mostra um resultado alcançado de 100% da meta proposta para o ano de 2016.

Colocando os indicadores apresentados em comparação com os números de acidentes e óbitos em 2016 cujo número de acidentes foi de 22.853 e acidentes com óbito foram 50, é notável a queda de 9,56% com relação a 2015, quando os acidentes foram 25.271 e os acidentes com óbito foram 50. Em termos absolutos a queda no número de acidentes de trabalho, de 2015 para 2016 foi de 2.418 acidentes a menos e em termos percentuais 9,56%. Já em relação aos acidentes com óbito, o fato de haver se mantido o número de 50 óbitos mesmo havendo tido uma diminuição de 2.418 acidentes de trabalho a menos de 2015 para 2016, significa que, proporcionalmente, houve um aumento, ainda que discreto, de óbitos de 2015 para 2016.

Serão expostos agora dados e análise do Relatório Anual de Gestão da prefeitura do Rio de Janeiro do ano de 2017. Conforme diz o documento:

Em 01 de janeiro de 2017 inicia-se uma nova gestão com elaboração de relatório de auditoria e a partir deste, elaboração de metas que foram apresentadas à Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador – CIST e ao Grupo de Trabalho em Saúde do Trabalhador da CIR – Metro I em 15 de março de 2017. Este relatório não demonstra a execução anual das proposições da PAS 2017 em Saúde do Trabalhador, uma vez que não houve aprovação da mesma no Conselho Municipal de Saúde no ano 2016. (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 3)

Isto significa dizer que no citado documento estão presentes os resultados das metas segundo mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro, relatórios de mídia, desenvolvimento de ações emblemáticas, parcerias intra e interinstitucionais, transparência. (RIO DE JANEIRO, 2017). Também é importante ressaltar que:

Cria-se o 3º Centro de Referência em Saúde do Trabalhador S/SUBVISA/CST/3º CEREST através da publicação do Decreto Rio nº 43675 de 19/09/2017 em D.O. Rio de 20/09/2017 (anexo), onde dispõe sobre a estrutura organizacional da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses – S/SUBVISA, por solicitação do Controle Social e a necessidade de ampliação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na área da Zona Oeste. O 3º CEREST localiza-se na 5ª Inspeção Regional de Fiscalização Sanitária em Bangu. (RIO DE JANEIRO, 2016, sp.)

Serão agora expostos e analisados as metas e os resultados, de acordo com os dados do Relatório Anual de Gestão do município do Rio de Janeiro (2017).

Meta 2 - Reavaliar/Repactuar os Programas de Saúde do Trabalhador existentes nas áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro, com a SUBVISA para que estes se alinhem às estruturas da Prefeitura e atendam aos princípios e diretrizes da SUBVISA e da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Resultado: 100% cumprida. A diretriz IV – descentralização do art. 5º CAPÍTULO I - de incorporação da temática em todas as ações e serviços da rede de saúde de uma Prefeitura presente na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT), que foi efetivada através da meta 2 da RAG (2017), aponta que ao serem extintos os programas de saúde do trabalhador (PST), foi consolidado o papel do CEREST como suporte técnico para desenvolver as ações em Saúde do Trabalhador no município.

Mas, ainda assim, não foi possível perceber a real inserção das ações de Saúde do Trabalhador em nenhuma das dez áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. Para que isso ocorra é necessário fomentar a participação social e política.

A seguir será mostrado o resultado de algumas metas descritas em planejamento de 2017 com os eixos norteadores e suas respectivas metas e resultados alcançados de acordo com o Relatório de Gestão Anual (RAG, 2017).

Quadro 7 – Metas sobre as notificações dos agravos à saúde do trabalhador encontradas no Relatório de Gestão Anual do Estado do Rio de Janeiro em 2017

<p>Eixo: 2.4. NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR:</p> <p>META 1 - Realizar 20 investigações/fiscalizações sanitárias dos agravos mais prevalentes das notificações em Saúde do Trabalhador constantes da portaria GM/MS Nº777 de 28 de abril de 2004 e atualizações subsequentes através de estudo sistemático do banco de dados SINAN</p> <p>RESULTADOS ALCANÇADOS 2017 – RAG: 0% alcançado. Não foi possível realizar estudo em banco de dados SINAN em virtude da ausência de acesso ao mesmo, devido à sua inexistência.</p>

META 2 - Refazer fluxo de notificação de agravos publicado na Resolução SMS nº 3150 de 26 de dezembro de 2016⁴.

RESULTADOS ALCANÇADOS 2017 – RAG: 100% alcançado

A meta foi 100% cumprida, através da Publicação das Resoluções SMS nº 3283 de 31 de maio de 2017 e nº 3446 de 20 de outubro de 2017

A Resolução SMS nº 3283 de 31 de maio de 2017, foi revogada por solicitação da Superintendência de Vigilância em Saúde, por constar no fluxo a indicação da permanência do Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (CIEVS) como suporte e apoio para a notificação dos acidentes graves e fatais. Houve o entendimento de que as unidades de urgência e Emergência podem e devem cumprir o papel de comunicar diretamente à Subvisa os acidentes para imediata investigação e que fica sob a responsabilidade da CAP a digitação e o encaminhamento para arquivo das fichas de SINAN. Por isso foram realizadas duas Resoluções sobre o tema no mesmo ano.

EIXO 2.6. NÚMERO DE FISCALIZAÇÕES SANITÁRIAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR – TERMOS DE VISITA SANITÁRIA (TVS) POR ESTABELECIMENTO/DATA

META 1 – 300 Termos de Visita Sanitária (TVS). Nesta meta estão inseridas as ações ocorridas nos EVENTOS DE MASSA, demandas dos cidadãos recebidas pela Central 1746 e as demandas do Ministério Público Estadual, Federal e do Trabalho.

RESULTADOS ALCANÇADOS 2017 – RAG: 100% ALCANÇADO.

Ano	TVS
2014	204
2015	286
2016	487
2017	1881

Houve um aumento exponencial de fiscalizações realizadas em comparação com os anos anteriores, devido a meta 1 acima citada posta em prática. Observa-se também que em janeiro de 2017 a área técnica de Saúde do Trabalhador ainda não se encontrava aderida ao SISVISA por isso não foi possível encontrar dados no Sistema. Das 1711 fiscalizações sanitárias efetuadas no ano de 2017, os técnicos lavraram aproximadamente em 54,

⁴ Disponível em: < <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=334532>> Acesso em: 14 de nov, 2021.

41% dos casos termos de intimação, 9,93% editais de interdição e 19,69% autos de infração. Observa-se também que o somatório de procedimentos fiscais é elevado sendo considerada a ação bem qualificada.

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2017.

Por meio dos indicadores apresentados e o número de acidentes de trabalho no município no ano de 2017, que foi de 20.000, diminuição de 12,48% comparado ao ano de 2016 e os acidentes com óbitos laborais que foram 45 em 2017, representando queda de 10% com relação a 2016, bem como os indicadores apresentados no período de 2015 a 2017 é possível concluir que o município do Rio de Janeiro apesar de ainda lidar com muitos acidentes e óbitos laborais tem boas diretrizes que apenas não foram postas em prática.

Como podemos ver, a vigilância em saúde não conseguiu fazer o Relatório Anual de Gestão (RAG) que tinha como meta a número 1 do eixo 2.6, porém, por outro lado, empreendeu diversas ações educacionais e conscientizadoras sobre segurança no trabalho com os profissionais de saúde e com os trabalhadores.

Portanto, como dito no início deste capítulo, é por meio dos dados de monitoramento que se pode determinar critérios para diagnosticar a proporção da situação da Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro e elaborar estratégias públicas para a resolução de problemas que forem encontrados. Porém, o desprovimento de implementação de diretrizes e ações voltadas para a temática são reflexo da insuficiência de informações e imprecisão de documentos sobre a questão. Haja vista que, sem indicadores fidedignos e documentos completos não é possível traçar uma estratégia para o real público necessitado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito das dificuldades e impossibilidade de acesso a alguns dos dados que nos permitiriam realizar a análise a que nos havíamos proposto originalmente, ainda assim, o desenvolvimento desse trabalho possibilitou que refletíssemos sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no município do Rio de Janeiro desde o ano de 2015 até o ano de 2017. Além disso, permitiu também, ainda que de forma preliminar e panorâmica, o conhecimento de dados e estatísticas sobre a saúde do trabalho em termos estaduais e nacionais, bem como as plataformas digitais onde ficam armazenadas tais informações.

A evolução da Medicina do Trabalho comprovou cientificamente que é possível evitar o adoecimento, acidente ou morte de trabalhadores através do investimento na Saúde Ocupacional e na promoção e prevenção à saúde do trabalhador. Os riscos aos quais os trabalhadores são expostos para desempenhar suas tarefas podem ser reduzidos por meio do fornecimento dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ações de prevenção em saúde e conscientização de segurança do trabalho, por exemplo.

O ambiente de trabalho é o meio mais propício para adoecimento do trabalhador, sendo muito comum também o adoecimento mental e psicológico, que vem crescendo a cada ano, devido ao desgaste ou peso de sua função. Muitos empregados podem se sentir pressionados por cobranças diárias e repetitivas, por um ambiente de trabalho inadequado ou insalubre, situações que podem provocar estresse mental, adoecimento e afastamento do trabalhador de suas atividades laborais.

Para evitar o quadro acima faz-se necessário um programa de prevenção e promoção da saúde para os trabalhadores, que seja eficiente, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Através da informação e educação em saúde ocupacional tanto para empregados, quanto para empregadores, é possível criar condições que gerem mudanças culturais e assim estruturais no cenário estatístico.

Debater sobre a causa do adoecimento de indivíduos e/ou equipes e o que pode ser feito para que isso seja prevenido, a reflexão sobre as condições de trabalho entre empregador e empregado com a finalidade de desenvolver ações

preventivas e de conscientização em saúde no ambiente de trabalho, fomentar estratégias coletivas para melhoria do ambiente de trabalho, identificar os incômodos no ambiente de trabalho são fatores primordiais para a prevenção de acidentes e fadigas que possam levar ao ponto da exaustão.

O cuidado com a saúde do trabalhador traz desafios teóricos e práticos que precisam ser enfrentados: os teóricos são as formulações de políticas públicas de saúde para o trabalhador, e os práticos são a melhoria de vida no ambiente de trabalho, ou seja, um ambiente mais saudável.

Nos campos de estágio se pôde observar os desafios do Serviço Social no contexto da temática, na medida em que foi notório o processo de precarização em que o trabalho é realizado e o desenvolvimento de polivalência e multifuncionalidade para execução de tarefas e atendimento aos funcionários devido ao fato de haver poucos Assistentes Sociais nas empresas e muita demanda.

Dessa forma, a intervenção do Serviço Social nas empresas é voltada tanto para preservação da força de trabalho dos empregados como para a necessidade de mediar conflitos e comportamentos que surgem na relação capital x trabalho. Portanto o profissional deve atender às necessidades do capital contratante dos serviços profissionais, bem como às necessidades do trabalho, pela via de uma intervenção voltada para a consideração das demandas do trabalhador.

Foi possível constatar ao longo do trabalho que, embora os índices oficiais de saúde do trabalhador e as estatísticas nos mostrem avanços, também é preciso trabalhar com o pressuposto de que a diminuição desses números se deve ao grande aumento de trabalhadores informais – sem carteira assinada e/ou autônomos – que crescem com a falta de oferta de emprego registrado em carteira. Sendo importante salientar que esses trabalhadores não aparecem nas estatísticas oficiais do INSS, apenas os trabalhadores formais – com carteira assinada – são considerados nos dados oficiais.

Portanto, nesta pesquisa a hipótese levantada de que mesmo após a implementação da política os índices de morbimortalidade e adoecimento no ambiente de trabalho continuam a aumentar sob a ótica dos dados oficiais não pôde ser confirmada, uma vez que ao longo do trabalho foram mostrados números de acidentes e óbitos em declínio em sua maioria. Porém, se analisássemos a hipótese abrangendo os trabalhadores em sua totalidade, ou seja, independente de vínculo

empregatício, já que apenas os formais entram na contagem oficial dos órgãos de saúde, acreditamos que, possivelmente, ela se confirmaria. Ainda que a PNSTT diga que todos os trabalhadores, sem exceção, são sujeitos com direito a usufruto de si, na prática isso não acontece.

Dessa forma, é considerável que seja desenvolvida uma forma de inclusão dos demais trabalhadores e sujeitos desta política nos dados oficiais de saúde, de forma precisa, para que se possa ter um mapeamento fidedigno da realidade da saúde do trabalhador no Rio de Janeiro. Uma forma interessante seria o desenvolvimento de um Sistema que permitisse que qualquer trabalhador, seja ele, autônomo, sem carteira assinada, etc, pudesse comunicar o acidente que sofreu e que fosse amparado pela saúde pública, pois assim entraria nas estatísticas e teria atendimento adequada para a demanda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. **Acidentes de trabalho matam 2,3 milhões de pessoas por ano no mundo, diz OIT**. Brasília, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/bjFKN Acesso em: 04 fev. 2018.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. **Sobre a ANAMT**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.anamt.org.br/portal/sua-historia/>> Acesso em: 06 de mar. 2021.

BENTES, Ariel. **Janeiro Branco: saúde mental no ambiente de trabalho. 2020**. Disponível em: encurtador.com.br/pxEF7 Acesso em 24 de fev. 2022.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **"Saúde mental no trabalho" é tema do Dia Mundial da Saúde Mental 2017, comemorado em 10 de outubro**. Sd. Disponível em encurtador.com.br/fmGVW Acesso em: 07 de jun. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Dia Nacional da Prevenção de Acidentes do Trabalho**, Sd. Disponível em: encurtador.com.br/uyLW7 Acesso em: 06 de mar. 2021.

BRASIL. **Anuário estatístico de acidentes do trabalho**. Ministério da Fazenda, Brasília, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/luDW6 Acesso em: 09 de mar. 2022.

BRASIL. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Ministério do Trabalho, Brasília, 2016. Disponível em: encurtador.com.br/hvzMV Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde: Composição**. Ministério da Saúde, Brasília, sd. Disponível em: encurtador.com.br/avILO Acesso em: 01 fev. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Poder Executivo, Brasília, 1988. Disponível em: encurtador.com.br/fpxJ4 Acesso em: 21 nov. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999**. Presidência da República, Brasília, 1999. Disponível em: encurtador.com.br/bhxJW Acesso em: 07 de mar. 2021

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Presidência da República, Brasília, 1990. Disponível em: encurtador.com.br/nuKSY Acesso em: 09 de mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.113 de 24 de julho de 1991.** Presidência da República, Brasília, 1991. Disponível em: encurtador.com.br/npDX1 Acesso em: 09 de mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993.** Presidência da República, Brasília, 1993. p. 1-10. Disponível em: encurtador.com.br/frwA1 Acesso em: 08 abr. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.121 de 25 de março de 2005.** Presidência da República, Brasília, 2005. Disponível em: encurtador.com.br/hpzBH Acesso em: 09 de mar. 2022.

BRASIL. **Manual de gestão da vigilância em saúde.** Ministério da Saúde, Brasília, 2009. Disponível em encurtador.com.br/IGTX1 Acesso em: 28 de ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004.** Ministério da saúde, Brasília, 2004. Disponível em: encurtador.com.br/nNP27 Acesso em: 01 fev. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.679 de 20 de setembro de 2002. Ministério da Saúde, Brasília, 2002. Disponível em: encurtador.com.br/mpwxW Acesso em: 09 de mar. 2022.

BRASIL. **Portaria° 1823 de 23 de agosto de 2012.** Ministério da Saúde, Brasília, 2012. Disponível em: encurtador.com.br/cqF07 Acesso em: 08 abr. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da saúde.** Ministério da Saúde, Brasília, 2002. Disponível em: encurtador.com.br/boJLV Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. Ministério da Fazenda, Brasília, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/gyAC8 Acesso em: 09 de mar. 2022.

CAMPOS, Sofia; LIMA, Mirella. **Desafios à Saúde do Trabalhador.** 2018. Disponível em: encurtador.com.br/bsFJ6 Acesso em: 09 de mar. 2022.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Avaliação de Projetos Sociais. In: ÁVILA, Célia M. de. (Coord.). **Gestão de Projetos Sociais.** 3. ed. São Paulo: AAPCS,

2001.

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA. **Brasil é um dos países com maior número de mortes e acidentes de trabalho no mundo. Será o trabalhador brasileiro superprotegido?** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2019. Disponível em: encurtador.com.br/dmHM2 Acesso em: 04 de abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Plano de Saúde.** 2016. Disponível em: encurtador.com.br/iuwT5

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Transtornos mentais são a 3º principal causa de afastamento do trabalho.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/knH78 Acesso em: 09 de mar. 2022.

DE ALMEIDA, Wellington. **Promoção e Prevenção à Saúde do Trabalhador DA Secretaria Municipal de Saúde de Campinas- SP.** Campinas, 2012. Disponível em: encurtador.com.br/tuO23 Acesso em: 09 mar. 2022.

DE CARVALHO, Alexandre et al. **Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Post.** Brasília: IPEA, 2018.

DIAS, Elizabeth et al. Desenvolvimento de Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). In: MINAYO, Carlos.; MACHADO, Jorge; PENA, Paulo (orgs.). **A saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ESPÍRITO SANTO. **Diretrizes em Saúde Mental. Espírito Santo, Secretaria de Saúde do estado do Espírito Santo.** Disponível em: encurtador.com.br/vyMT5 Acesso em: 28 nov. 2020.

GLINA, Débora Miriam Raab et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Rio de Janeiro – Panorama.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: encurtador.com.br/muvFV Acesso em: 09 mar. 2022.

KONCHINSKI, Vinicius. **Número de mortes por acidente de trabalho volta a crescer após 5 anos.** Curitiba, 2019. Disponível em: encurtador.com.br/lswET Acesso em: 09 de mar. 2022.

LACAZ, Francisco Antonio. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social, 2005.

LACAZ, Francisco Antonio. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LIMA, Isabel Maria; DA SILVA, Berenice. Análise Política da Composição do Conselho de Saúde 2015/2018. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

MATHIAS, Maíra. **A Ponta do Iceberg: Brasil é um dos países com maior número de mortes e acidentes de trabalho no mundo.** Será o trabalhador brasileiro superprotegido? Fiocruz, 2019. Disponível em: encurtador.com.br/fyER4 Acesso em: 06 mar. 2021.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. S21-S32, 1997.

NOGUEIRA, Rodrigo. **Os impactos economicos dos acidentes de trabalho.** Sd. Disponível em: encurtador.com.br/lswET Acesso em: 09 de mar. 2022.

OBSERVATÓRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Número de mortes por acidentes de trabalho no Brasil.** Sd. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst> Acesso em: 10 de mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Acidentes de trabalho matam 2,3 milhões de pessoas por ano.** 2017. Disponível em: encurtador.com.br/mlKOR Acesso em: 09 de mar. 2022.

PEREIRA, Eliana Tavares. **Avaliação da Política Pública executada na implementação do programa CAPES/FAPS sob a ótica do PNPB 2011-2020.** 2019. 69 f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências: Química da Vida e da Saúde, Instituto de Ciências Básicas da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: encurtador.com.br/uyHNQ Acesso em: 08 de mar. 2021.

POSSAS, Cristina. **Saúde e Trabalho a crise da previdência social.** 1ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Avaliação da Qualidade em Saúde. In: ROZENFELD, Suely, (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

RAMOS, Davidson. **Saúde os 7 Pilares da Qualidade de Avedis Donadedian.** Blog da Qualidade, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/stuzQ Acesso em: 07 de set. 2019.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR. **Dia Mundial para a Saúde e Segurança no Trabalho.** 2016. Disponível em: encurtador.com.br/sxEIX Acesso em: 09 de mar. 2022.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR. **Manual de Gestão e Gerenciamento.** São Paulo, 2006. Disponível em: encurtador.com.br/jCEP8 Acesso em: 09 de mar. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/akmwC Acesso em: 09 de mar. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Programação Anual de Saúde e Pactuação de Saúde.** Secretaria de Estado e Saúde, Rio de Janeiro, Sd. Disponível em: encurtador.com.br/goER5 Acesso em: 28 de ago. 2021.

RIO DE JANEIRO. **Relatório Anual de Gestão do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: encurtador.com.br/lxJM3 Acesso em: 09 de mar. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Relatório Anual de Gestão do Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: encurtador.com.br/ceuxP Acesso em: 09 de mar. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Relatório Anual de Gestão do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: encurtador.com.br/dpQ89 Acesso em: 09 de mar. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Resolução Nº 3150 de 26 de dezembro de 2016**. Secretaria Municipal da Saúde, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=334532> Acesso em: 14

SOUZA, Renato. **Brasil tem 700 mil acidentes de trabalho por ano**. 2017. Disponível em: encurtador.com.br/ajFIS Acesso em: 09 de mar. 2022.

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique de. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 453-464, 2008.