

SAÚDE DO TRABALHADOR: NECESSIDADE DE UMA POLÍTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

I. INTRODUÇÃO

Considerando-se o trabalho como um fator em torno do qual se organiza a vida dos homens, definidor das relações entre eles e dentro da sociedade, é de longa data que se conhece o seu papel na determinação do processo saúde-doença da população em geral e dos trabalhadores em especial.

No Brasil, progressivamente observa-se que o perfil de morbidade com prevalência de doenças infecto-contagiosas vem sofrendo mudanças, com o crescimento do número de doenças cardio-vasculares, degenerativas e de causas externas, representadas pelos acidentes de trabalho, de trânsito e homicídios.

Esta situação de transição epidemiológica é decorrente do processo de desenvolvimento sócio-econômico do país, que por não propiciar uma superação das condições de pobreza e sub-desenvolvimento de grandes bolsões populacionais, exhibe uma convivência de novos riscos trazidos pelo "desenvolvimento" com outros muito antigos, próprios de um país de terceiro mundo.

Assim, qualquer planejamento e organização em saúde exige que se leve em conta esta situação.

II. A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

O estudo do processo de adoecimento do trabalhador, considerando-se o impacto do trabalho, leva-nos a dividir os eventos em dois grandes grupos: os de manifestação abrupta, que são os acidentes do trabalho e os de manifestação insidiosa, que são as doenças relacionadas ao trabalho.

Embora os dados estatísticos não sejam absolutamente

02

confiáveis devido à conhecida subnotificação, reforçada pelo fato de que até há alguns meses atrás cabia exclusivamente à empresa a notificação oficial do acidente e doença do trabalho, podemos constatar que o processo produtivo no Brasil nas últimas décadas é uma das principais causas de adoecimento e morte em nosso país e em São Paulo.

A curva descendente dos acidentes concomitantemente à ascendente ou pelo menos estável dos óbitos reforça a hipótese da sub-notificação, pois uma melhoria das condições de trabalho resultaria numa queda dos óbitos sincronicamente à queda dos acidentes (vide gráfico anexo).

Além disso, o pequeno número num patamar estável das doenças de trabalho é incompatível com a situação cotidiana vivida pelos sindicatos e técnicos que atuam na área de Saúde do Trabalhador (vide gráfico anexo). Concorrem para essa clara subnotificação, além da já citada competência exclusiva da empresa em fazer a notificação até recentemente, a inexistência de exiguo número de serviços qualificados para estabelecer a relação doença e trabalho e a complicada burocracia previdenciária para o registro da doença do trabalho, que muitas vezes leva o trabalhador a desistir no meio do caminho.

Mesmo tecendo essas considerações, de 1977 a 1989, 15.792.650 pessoas sofreram acidentes decorrentes do trabalho e 59.782 morreram por eventos ocorridos no trabalho.

Até muito recentemente e mais especificamente em São Paulo, havia três estruturas de serviços destinadas a questão acidentária: a fiscalização por parte da Delegacia Regional do Trabalho e a Secretaria de Relações do Trabalho, os serviços de segurança e medicina do trabalho das empresas e para a ação reparatória e reabilitacional, os hospitais privados credenciados

com o INAMPS/INPS, os serviços conveniados de empresas e o Centro de Reabilitação Profissional do INPS.

Com a reestruturação da Saúde e Previdência Social, muitos hospitais credenciados descredenciaram-se, acabaram-se os convênios-empresas e o serviço público progressivamente está sendo requisitado para incorporar oficialmente na sua clientela habitual este tipo de acidentado. Oficialmente, porque informalmente há muito tempo os casos graves pelo menos já são atendidos pelos serviços públicos, e mais recentemente os Pronto-Socorros prestam esse atendimento de forma generalizada, porém sem identificar a condição de acidentado do trabalho e portanto ~~sem notificar e proceder administrativamente junto~~ ao INSS. Esse processo de incorporação oficial está se dando de maneira desigual no estado, com diferentes níveis de dificuldades, desde as precárias condições nas quais funcionam os serviços de urgência, resistência dos profissionais até uma clara resolução que torne obrigatório e inquestionável essa atribuição.

Quanto à fiscalização, pode-se dizer que não foi planejada com a intenção da prevenção, mas sim baseada nas denúncias e ocorrência de acidentes, de caráter prioritariamente punitivo. Mesmo para esse tipo de intervenção pode-se dizer que o número de fiscais é insuficiente. Assim, a intervenção de prevenção, com base em mapeamentos regionais, dados estatísticos, dados fornecidos pelos trabalhadores e pelos sindicatos é mais uma concepção existente do que uma realidade.

A lei 8080 prevê a atuação do Sistema Único de Saúde nessa área, desempenho que pode se dar generalizadamente aproveitando-se a rede capilar, dependendo da política que o Estado adote. Dessa maneira, a definição de uma outra forma de intervenção, preventiva e planejada, com a participação dos

sindicatos, requer a adequação das estruturas e recursos humanos e materiais existentes.

Por outro lado, os serviços especializados de engenharia de segurança e medicina do trabalho das empresas e as CIPAs carecem fundamentalmente de autonomia e controle por parte dos trabalhadores, o que vai ocorrer apenas quando houver um fortalecimento do movimento sindical e radical mudança da consciência do empresariado.

III. VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ SISTEMA DE REFERÊNCIA

A Saúde do Trabalhador necessita de uma política clara, com adequação de recursos humanos e materiais por parte da Secretaria do Estado da Saúde, concomitantemente a um processo de maturidade empresarial e priorização do movimento sindical no combate às péssimas condições de trabalho no Brasil.

Para o cumprimento desses objetivos dentro do SUS pressupõe-se a existência de diferentes níveis de ações e serviços, que vão desde as unidades básicas de saúde até centros especializados, que se constituam enquanto Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

As unidades básicas, com diferentes níveis de complexidade, devem ter em seu planejamento de ações a de vigilância de nível local compatível.

Essas unidades devem ter equipes mínimas para realizar vistorias de pequena monta e complexidade em empresas de sua área, abordar irregularidades gerais que estejam prejudicando a saúde de seus trabalhadores e/ou vizinhança.

Quanto ao atendimento, as equipes devem ser treinadas para que fiquem atentas em relação aos vários fatores contribuintes para o adoecimento do paciente entre eles as condições de trabalho.

Assim como na atuação dentro das empresas, a abordagem no atendimento deve se dar no sentido de se detectar alguma suspeita de adoecimento decorrente de condições de trabalho.

No caso de dúvidas ou necessidades de confirmação diagnóstica e nexos causais com o trabalho, os pacientes devem ser encaminhados aos Centros de Referência.

Esses Centros de Referência devem ser regionais e ter como meta:

. servir de referência no estabelecimento de diagnóstico e nexos causais com o trabalho de pacientes encaminhados pelos sindicatos, unidades básicas, pronto-socorros, empresas, serviços privados;

. servir de referência na área de vigilância à saúde em relação às condições de trabalho, tanto para os serviços locais como para os serviços de vigilância regionais;

. atuar ativamente sobre as condições de trabalho nas empresas das regiões, estabelecendo prioridades com base em dados locais, particularmente os coletados das CAI e das fichas de atendimento médico. Estabelecer 2 tipos de ações, uma delas respondendo à ocorrência de acidentes graves e fatais, imediata, e a outra respondendo à análise de tendências (por exemplo, empresas com maior número de acidentes num determinado período de tempo, empresas com acidentes zero e reconhecidamente de risco importante, etc);

. centralizar as informações sobre os acidentes e doenças do trabalho, processá-las através de sistema informatizado já vigente em algumas regiões e analisá-las traçando as ações prioritárias. Estas informações devem ser posteriormente consolidadas em nível municipal e estadual;

. organizar treinamento contínuo aos profissionais da

rede no sentido de incluir na rotina das ações de saúde as pertinentes à área de Saúde do Trabalhador;

. realizar estudos relacionados à área de Saúde do Trabalhador;

. promover atividades de educação junto aos trabalhadores sobre as questões da relação saúde/trabalho.

Essas ações devem ser planejadas e executadas de forma articulada com instâncias da própria Secretaria e externas (sindicatos, Ministério Público, CRT, universidades, movimentos populares, etc) sempre que conveniente e necessário.

IV. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A Constituição Federal de 1988 estabelece no seu artigo 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e equitativo às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Artigo 200: "Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I.....

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

.

.

VIII. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde, lei n. 8080, de 1990, diz no título II, capítulo I, artigo 6: "Estão incluídas ainda no campo

de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I. a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador;

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II.....

.

.

V. a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI...

VII. o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

.

.

III. a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

par. 1.....

par. 2.....

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

I. assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II. participação, ao âmbito de competência do Sistema Único de Saúde -SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III. participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV. avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V. informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas, sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI. participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e ~~empresas públicas e privadas;~~

VII. revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;

VIII. a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores."

A lei 8080 continua no seus:

art. 13: "A articulação das políticas e programas, a

cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I.....

.
.

VI. saúde do trabalhador.

art. 17: À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I...

.
.

IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;

V. participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI.....

VII. participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

art. 18 À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I.....

II.....

III. participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV. executar serviços:

a)....

.
.

d) de saúde do trabalhador;

V.....

VI. colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;"

Por outro lado, a Constituição do Estado diz em seu título VII, da ordem social, capítulo 223:

art. 223: "~~Compete~~ ao Sistema Único de Saúde, nos termos da lei, além de outras atribuições:

I.

II. A identificação do controle dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, mediante especialmente, as ações referentes a:

- a) vigilância sanitária;
- b) vigilância epidemiológica;
- c) saúde do trabalhador;
- d)...
- e)....

III.

.
.

VI. A colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo do trabalho, atuando em relação ao processo produtivo para garantir:

- a) acesso aos trabalhadores às informações referentes a

atividades que comportem riscos à saúde e a métodos de controle, bem como aos resultados das avaliações realizadas;

b) a adoção de medidas preventivas de acidentes e doenças do trabalho."

V. ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO

O atendimento ao acidentado do trabalho deve ser igual ao realizado ao acidentado comum, devido a causas extra-laborais.

A diferenciação deve se dar quanto aos procedimentos administrativos relacionados ao INSS e a outros eventuais direitos trabalhistas que tem o acidentado do trabalho. Alguns acordos coletivos asseguram direitos como estabilidade, complementação salarial; a lei 8.213 também confere estabilidade de 1 ano àquele que tenha tido direito ao recebimento de auxílio-doença por AT; e o auxílio-doença por AT é de maior valor que o auxílio-doença por acidente ou doença comum.

Esse registro diferenciado deve servir também de subsídio para as ações de vigilância epidemiológica e sanitária..

O Sistema Nacional de Saúde e a legislação acidentária diferenciavam as responsabilidades referentes ao trabalhador com doença ou acidente do trabalho, tanto no que dizia respeito à assistência médica, a cargo do INAMPS, quanto aos benefícios previdenciários, a cargo do INPS.

A assistência médica, farmacêutica e odontológica especial ao acidentado do trabalho era prestada exclusivamente pelos serviços de saúde privados credenciados ou diretamente pelos empregadores, através de Convênio com o INPS. Estes, por sua vez, freqüentemente faziam convênios com empresas médicas para a prestação da assistência.

Durante anos, afirmou-se que o acidentado do trabalho tinha prioridade e assistência privilegiada, afirmação que encontrava

alguma base de sustentação, uma vez que havia uma dotação orçamentária própria, tanto para o atendimento, reabilitação e transporte quando necessário, bem como os benefícios previstos pelo INPS tinham valor maior do que aqueles concedidos a pacientes com doenças e acidentes não decorrentes do trabalho.

Por outro lado, a rede pública se ocupava basicamente de gestantes, crianças e idosos, ressalvando-se os PAM do INAMPS que atendiam também trabalhadores.

Havia, assim, distorções que levavam a que a clientela habitual da rede estadual e municipal fosse constituída de gestantes, crianças e idosos. Os PAM do INAMPS atendiam trabalhadores com carteira profissional e os acidentados do trabalho, este sim, ficavam a cargo exclusivamente dos serviços privados credenciados ou das empresas convenientes.

No caso dos acidentes e doenças do trabalho, adicionalmente estabeleceu-se uma rotina de fluxo com o INPS diferente da existente para os acidentes e doenças não relacionados ao trabalho. Foi criada a figura do coordenador de Acidentes do Trabalho que tinha por funções regularizar situações de acidentes notificados fora do prazo, autorizar tratamentos especiais, estabelecer nexos causais entre doença e trabalho, conferir contas hospitalares para o pagamento, autorizar transferências de hospitais e retornos aos tratamentos, etc. Esses Coordenadores podiam nomear coordenadores auxiliares, e muitos desses nomeados eram os próprios diretores de hospitais credenciados a cuidarem de suas próprias contas.

Estabeleceu-se uma rotina extremamente burocratizada, centralizada e personalizada na figura dos Coordenadores de Acidente do Trabalho, que além de não desencadear ações de vigilância, auxiliou na constituição de uma prática de se

prestigiar e contemplar serviços privados assistenciais.

Apesar do advento do SUDS e da discussão da universalização do atendimento na rede pública, o acidentado do trabalho permaneceu marginalizado, na prática, deste atendimento. Assim, o acidentado do trabalho continuou sendo atendido oficialmente na rede privada credenciada, a estrutura burocrática da Coordenação de Acidentes do Trabalho manteve-se intacta dentro do SUDS, apenas com restrição de suas funções, pois o controle de contas de serviços prestados por privados passou a ser exercido pela Unidade de Avaliação e Controle (UAC) de cada SUDS.

Assim, se por um lado a rede pública não absorveu o atendimento ao acidentado do trabalho oficialmente, por outro lado houve uma incorporação cada vez maior desse atendimento, só que sem a identificação da condição de AT, isto por causa do processo de descredenciamento crescente dos serviços privados. Este, sem dúvida, é um dos fatores contribuintes para a queda do número de acidentes do trabalho registrados nos últimos anos.

Dessa forma, a universalização do atendimento à saúde definida na Constituição Brasileira e Leis Orgânicas de Saúde dos estados e municípios, não se deu na prática, a não ser em alguns municípios onde houve municipalização do sistema de saúde, e ainda assim dificultosa dada a manutenção confusa da condição dos quadros pessoais do ex-INAMPS e INSS, e as novas atribuições.

Assim, a resolução do atendimento ao acidentado do trabalho passa pela implantação de fato de um modelo universal, hierarquizado e regionalizado ao acidentado em geral.

É fundamental que esse processo seja conduzido pela Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, independentemente da etapa de municipalização em que estejam os

diferentes municípios, pois é preciso em cada cidade e cada região realizar um estudo dos equipamentos existentes de níveis emergenciais e de retaguarda ambulatorial e hospitalar e reabilitacional. Após esse estudo o planejamento das estruturas necessárias deve se dar harmonicamente para que se assegure a otimização dos recursos.

VI. CONCLUSÕES

A necessidade de uma política prevencionista na área de saúde dos trabalhadores é mais que evidente, e as atribuições em níveis federal, estadual e municipal estão suficientemente definidas por diversas leis.

Cabe agora às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde definir as estruturas, recursos humanos e materiais necessários para o cumprimento dessas leis.

No momento, em nível estadual, existe um Colegiado na área de Saúde do Trabalhador formado pelo Centro de Vigilância Sanitária, Centro de Vigilância Epidemiológica, Instituto Adolfo Lutz, Instituto Clemente Ferreira e Programa de Saúde do Trabalhadores do SUDS-6, coordenado pelo Dr. Koshiro Otsubo que está finalizando uma proposta global para a área no estado de São Paulo. Cabem às diversas instâncias decisórias da Secretaria Estadual de Saúde a discussão, contribuições e propostas baseadas nesse documento e a forte determinação de que não fiquem apenas nas intenções e papéis, prática infelizmente muito comum em nosso país.

abril/92 PROGRAMA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SUDS-6