

# EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE PIRACICABA: DESAFIOS DA VIGILÂNCIA EM ACIDENTES DO TRABALHO

EXPERIENCE OF THE PIRACICABA WORKER HEALTH PROGRAM:  
CHALLENGES FOR THE SURVEILLANCE OF WORK-RELATED ACCIDENTS

**Rodolfo Andrade G. Vilela**

Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba

**Gil Vicente Fonseca Ricardi**

Sub-Delegacia do Ministério do Trabalho e Emprego

**Aparecida Mari Iguti**

Departamento de Medicina Preventiva e Social / UNICAMP

## **Resumo**

*Apresenta-se neste estudo a descrição da experiência de saúde do trabalhador no Município de Piracicaba-SP e as propostas de vigilância com ênfase nos acidentes do trabalho graves. O texto representa o esforço coletivo da equipe em sua atuação. Ele mostra a importância de ações interinstitucionais, a parceria entre o Programa de Saúde do Trabalhador - SUS, com membros do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a integração do serviço com as universidades e com representantes da sociedade civil, na proteção e promoção da saúde. Os dados das Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT) processados em 1997 serviram de base para o planejamento das atividades e mostram que o município possui uma proporção de incidência anual de 5,43 acidentes e doenças do trabalho para 100 trabalhadores expostos (regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT), bem acima da média nacional de 1,62 por 100, ano base de 1996. A rede local de prontos-socorros atende a cerca de 60% dos Acidentes e Doenças Profissionais, o que mostra a importância das ações preventivas do setor público, neste contexto. Propõe-se um sistema de vigilância aos acidentes graves e fatais, nos moldes de eventos sentinela, que inclui um sistema de comunicação, a busca ativa de casos e o registro das ocorrências na rede de pronto atendimento e ações ou negociações coletivas setoriais para prevenção dos riscos mais relevantes.*

## **Palavras-Chave**

*Saúde Ocupacional; Doenças Ocupacionais; Programa de Saúde Ocupacional; Promoção da Saúde; Prevenção de Acidentes.*

## **Summary**

*This study describes a worker's health experience in Piracicaba city and proposes surveillance actions with an emphasis on severe work-related accidents. This text represents our collective work as a team. It reveals the importance of interinstitutional actions in prevention and health promotion, such as: the partnership among the Worker's Health Program of the Unified Health System - SUS, with members of the Ministry of Labour, and the integration of health services with the universities and representatives of the community. Data of the Work Related Accident Register (CAT) of 1997, served as the basis for planning the activities and showed an annual incidence of 5,43 work-related accidents and occupational diseases per 100 exposed workers, much more than the National average (1,62 per 100) registered in 1996. The local emergency services assist about 60% of work-related accidents and professional diseases, showing the importance of these health problems and the potential impact of local preventive actions and workers' health promotion. A sentinel surveillance system for severe occupational accidents is proposed, which would include an information system, active search and reporting of the cases at the local emergency services. Another aspect proposed is the actions or collective negotiations for risk prevention.*

## **Key Words**

*Occupational Health; Occupational Diseases; Occupational Health Program; Health Promotion; Accident Prevention.*

Endereço para correspondência: Rua do Trabalho, 634 - 2º andar - Vila Independência. Piracicaba/SP.  
CEP: 13418-220. Tel./Fax.: (19) 3434-6337.  
e-mail: pst\_piracicaba@hotmail.com

## Introdução

No campo da saúde coletiva, entendemos a saúde do trabalhador como processo de vigilância à saúde no interior do Sistema Único de Saúde (SUS). A vigilância à saúde compreende as estratégias de intervenção que resultam da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa.<sup>1</sup> A promoção da saúde é entendida como o conjunto de ações desenvolvidas pela população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias bem como de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva, conforme definidos em encontros internacionais como a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde - Carta de OTAWA<sup>2</sup> que conceitua a saúde como resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos.

Nesse sentido, para atingir uma condição saudável, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, assumindo o papel de protagonistas no controle dos fatores determinantes de sua saúde. Na prevenção de enfermidades e acidentes considera-se o modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a esses eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a proteger indivíduos ou grupos com risco de adoecer ou de se acidentarem.<sup>3</sup>

A vigilância em saúde do trabalhador possui como característica o potencial integrador das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de serviços de atenção da saúde, e outras áreas do conhecimento como o meio ambiente. Componentes como a situação econômica, organização e consciência dos trabalhadores, fazem parte da análise do processo de trabalho tão fortemente quanto as situações de risco e tipos de tecnologias utilizadas em determinado processo de produção.<sup>4</sup>

Até 1988, as ações públicas em saúde do trabalhador no Brasil eram centralizadas e se reduziam às inspeções do trabalho tradicionais efetuadas pelos Agentes de Inspeção do Ministério do Trabalho. As ações de fiscalização nos ambientes de trabalho seguiam, habitualmente, um modelo de atuação tecnicista e afastado da vivência e dos saberes dos trabalhadores.<sup>5</sup> No período do regime militar, os sindicatos e representantes dos trabalhadores foram excluídos do processo de fiscalização nos locais de trabalho. Além do mais, durante mais de meio século, o Ministério da Saúde esteve ausente do controle do processo de produção. Na Reforma Sanitária, as Conferências Nacionais de Saúde recuperaram esse papel para a saúde e os Programas de Saúde do Trabalhador passaram a atuar nesse novo cenário. A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, devolvem ao Ministério da Saúde, o poder de intervenção nos ambientes de trabalho.<sup>6,7</sup>

A nova Constituição e a LOS trouxeram também a possibilidade de resgate da questão ambiental para o campo da saúde coletiva, que constam nas atribuições do Sistema Único de Saúde, as de execução de ações de Vigilância Sanitária, incluindo a prevenção dos riscos à saúde decorrentes de fatores ambientais, do saneamento e dos ambientes e processos de trabalho.<sup>7</sup>

As diretrizes das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS foram consolidadas por meio da Portaria Ministerial nº 3.120, de 1º de julho de 1998,<sup>8</sup> que prevê: **universalidade das ações**, independentemente da existência de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; **integralidade das ações**, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, e a prevenção através de intervenções nos processos de trabalho; **plurinstitutionalidade**, através de ações articuladas entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador, centros de atendimento e assistência, instituições, universidades e centros de

pesquisa sobre saúde e ambiente; **controle social**, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador; **hierarquização e descentralização**, consolidando o papel do município e dos distritos sanitários como instância de desenvolvimento de ações; **interdisciplinariedade**, incorporando as diversas áreas de conhecimento técnico com o saber operário; **pesquisa - intervenção**, como processo onde a pesquisa é parte integrante e indissolúvel que subsidia e aprimora a própria intervenção; **caráter transformador** de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho.

A legislação atual constitui, portanto, um marco importante para a aproximação da temática saúde-trabalho-meio ambiente com perspectiva do controle social através da municipalização e dos avanços democráticos que inspiram a implantação do SUS. As ações de saúde do trabalhador e de saúde ambiental abrem um campo de ação inovadora e transformadora das condições de vida e trabalho. Um campo de práticas democráticas, onde o poder público aja em sintonia com as aspirações da sociedade organizada, tendo este segmento como ator privilegiado no processo de mudança. Esta articulação deve ser buscada por governos, por intermédio das políticas públicas comprometidas com um processo de proteção e promoção da saúde, uma vez que os riscos ambientais e ocupacionais são duas facetas de uma mesma moeda. São os riscos originários de um modelo de desenvolvimento não sustentado que interfere negativamente tanto na força de trabalho como no ambiente geral e na saúde da população.

Os municípios em processo de gestão Plena, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.908,<sup>9</sup> de 10 de novembro de 1998, devem assumir atribuições em saúde do trabalhador tais como: ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho; aplicação de

procedimentos administrativos e investigação epidemiológica; emissão de laudos sobre incapacidade do trabalhador seqüelado; implantação de serviços de referência especializados com capacidade para estabelecimento denexo causal dos agravos e para tratamento, recuperação e reabilitação do trabalhador; e instituição e manutenção de cadastro das empresas com a indicação dos fatores de risco.

No Estado de São Paulo, o Código Sanitário reformulado e atualizado pela Lei nº 10.083,<sup>7</sup> de 1998, adiciona competência à Vigilância Sanitária para a atuação em meio ambiente e saneamento, visando enfrentamento dos problemas ambientais e ecológicos. A área ambiental que se constituía em esfera dissociada da área de saúde pública e praticamente exclusiva dos âmbitos estadual e federal,<sup>10</sup> passa a ser incorporada e ser objeto de ações da saúde pública, através do SUS. Apesar das dificuldades políticas e técnicas na implantação dos Programas de Saúde do Trabalhador, levantamento efetuado em 1994<sup>11</sup> contabilizou um total de 180 programas no país patrocinados pelos Estados, Municípios ou Serviços Universitários. Esta experiência apresenta como resultado positivo a alteração do perfil e da magnitude das estatísticas de doenças profissionais no país - apesar da persistência do sub-registro no período de 1990 a 1992.

Tomando como ponto de partida uma crítica ao modelo de inspeção tradicionalmente desenvolvido no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, no Rio de Janeiro, e da constatação da impossibilidade de intervenção no conjunto dos ambientes de trabalho, Luiz Fadel e Fátima Ribeiro<sup>12</sup> propõem as denominadas “intervenção ética de impacto”, assim chamadas por serem paradigmáticas para o ramo de produção ou área territorial em questão. Tais intervenções são tidas como principal estratégia desenvolvida no âmbito do Programa de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, inspiram-se no conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador e são

**A legislação atual constitui marco importante para a aproximação da temática saúde - trabalho - meio ambiente com perspectiva do controle social através da municipalização e dos avanços democráticos que inspiram a implantação do SUS.**

planejadas segundo quatro tipos de bases operacionais: a sindical (encaminhamento de denúncias), organizada por ramo produtivo (atuação conjunta com os sindicatos em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo), partindo de um evento sentinela (realizadas a partir da detecção de um caso modelo que serve de motivo para a busca ativa de outros) e com abrangência microrregional (que atua sobre todos os problemas de uma determinada região geográfica). Nesta direção, de ordenamento de estratégias de ação, Jorge Machado<sup>4</sup> propõe uma representação matricial articulada de quatro formas distintas de delimitação dos objetos e de suas relações na vigilância em saúde do trabalhador: por tipo de efeito na saúde (agravos), por riscos e causas de acidentes e doenças, por território e por ramo de atividade econômica.

Do ponto de vista de vigilância em acidentes do trabalho, autores<sup>13</sup> analisados por Almeida<sup>14</sup> consideram válida a estratégia de investigação aprofundada destes eventos, usando métodos apropriados como a entrevista com os acidentados, por possibilitar aos investigadores acesso a novos conhecimentos, servindo ainda para a consolidação dos grupos que trabalham com a prevenção de acidentes.

Outros autores analisados por Almeida recomendam utilização de métodos específicos de análise de riscos de acidentes e quase acidentes, incluindo o uso do método denominado Árvore de Causas (ADC), por permitir a análise retrospectiva de fatores que estiveram presentes na origem dos acidentes. O método ADC, desenvolvido na década de 70 por investigadores do Instituto Nacional de Pesquisas sobre Segurança do Trabalho da França (INRS),<sup>15</sup> estuda as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e considera os vários fatores na origem do acidente, relacionados ao material, à tarefa, ao indivíduo e ao meio e à organização do trabalho. O acidente é visto como fenômeno complexo e multicausal, diferentemente da concepção de que os acidentes são fenômenos de

causa única, a conhecida teoria do ato - condição insegura, que é ainda hegemônica no Brasil, que culpa o trabalhador dos acidentes de que são vítimas.<sup>16</sup>

A correta aplicação do método ADC possibilita visualizar as medidas preventivas que devem ser adotadas para evitar a ocorrência de outros acidentes.<sup>17-19</sup> O método tem sido recomendado pelo Ministério da Saúde para análise dos Acidentes de Trabalho.<sup>9</sup>

Além da investigação em profundidade e das ações “éticas de impacto”, citadas anteriormente, podemos acrescentar a importância das negociações coletivas setoriais ou regionais, como uma estratégia para o enfrentamento dos riscos mais relevantes, identificados nos ambientes de trabalho.

As negociações coletivas na área de saúde e segurança do trabalho têm sido estimuladas pelos Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde, principalmente as negociações tripartites, com a presença de órgãos públicos, órgãos de representação dos trabalhadores, e órgãos de representação dos empregadores, resultando em normas ou acordos nacionais, regionais, municipais ou convenções coletivas.<sup>20-22</sup> Entre as experiências podemos citar o acordo nacional sobre utilização do benzeno, a convenção coletiva de segurança em máquinas injetoras de plástico do Estado de São Paulo, o acordo sobre proteção de cilindros de massa na Cidade de São Paulo e o acordo de segurança em prensas mecânicas e equipamentos similares na região da Grande São Paulo.

Essas negociações são formas alternativas de solução de conflitos nas relações entre capital e trabalho, criando comissões permanentes de negociação entre as partes envolvidas. Além da solução direta dos problemas identificados, as negociações têm produzido normas e padrões de saúde e segurança, seja através da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ou na criação de normas de saúde e segurança dos órgãos públicos envolvidos.

Pretende-se com este artigo produzir um balanço e uma sistematização da experiência de vigilância em saúde do trabalhador em Piracicaba. A reflexão visa identificar os pontos positivos e dificuldades percebidas, com vistas ao aprimoramento e amadurecimento contínuo deste processo. A sistematização é também uma maneira de consolidar a legitimidade perante os agentes governamentais que se renovam nos processos eleitorais, e outros segmentos sociais, abrindo novas possibilidades para o avanço da experiência. O artigo é fruto do esforço coletivo da equipe em planejar e aprimorar os métodos de atuação.

### **Metodologia**

Os dados aqui apresentados serviram de base para a formulação de propostas de ações preventivas que se desencadearam nos anos 1998 e 1999. O conjunto das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) registradas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), no ano de 1997, foi processado pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador, por meio do programa denominado Sistema de Informações do Acidente de Trabalho (SIAT), programa desenvolvido pela Divisão de Saúde do Trabalhador do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde. Informações complementares foram obtidas pela Relação Anual de Informação Social (RAIS) e pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), das Bases Estatísticas do Ministério do Trabalho e Emprego.

### **O Município de Piracicaba e os Acidentes e Doenças do Trabalho**

Importante pólo regional industrial e agrícola, Piracicaba, com 318.383 habitantes, está situada entre os eixos de extensão da industrialização que ocorre na região de Campinas, que vem se constituindo, uma conturbação industrial ao longo da rodovia Anhangüera no sentido do interior, com as características de um modelo de crescimento tipo não sustentável e com os riscos decorrentes para a saúde e o meio ambiente.

O município conta com um parque industrial complexo e diversificado, destacando-se as empresas dos setores metalúrgico, mecânico, papel e papelão, alimentício e energético, com a produção de álcool. A População Economicamente Ativa (PEA) é de 86.019 pessoas e a população trabalhadora com emprego formal do município, segurada pela previdência, é de 56.487 trabalhadores, distribuídos em 4.620 empresas dos diferentes ramos produtivos.<sup>23</sup> A atividade do setor industrial representa 44,5% do emprego formal no município, enquanto que o setor de comércio e de serviços representa 56,7% e o setor primário representa 3,7%.<sup>22,24-26</sup>

Foram registrados oficialmente no município de Piracicaba, em 1997, um total de 3.065 acidentes do trabalho, incluindo os acidentes típicos (2.660 casos), representando 86,8%, os de trajeto (236 casos), 7,7%, e as doenças profissionais (168 casos), representando 5,5% do total.<sup>27</sup> No emprego formal regido pela CLT, a proporção anual de incidência de acidentes e doenças do trabalho é de 5,43 por cem trabalhadores registrados ao ano (número total de CAT/população segurada x 100), acima da proporção nacional de incidência, que foi de 1,62 por cem trabalhadores segurados, segundo divulgação do INSS, em 1996.<sup>28</sup>

De acordo com as CAT, as mulheres representam 10,6% da população atingida, enquanto que os homens 89,4%. Uma análise da distribuição dos acidentes e doenças nos diversos setores, demonstra que o setor industrial responde por cerca de 60% da origem dos casos, enquanto os setores de comércio e de serviços participam com cerca de 38% e os setores extrativo e agrário participam com 2%.

Excluindo os acidentes de trajeto, são registrados oficialmente no município 248 acidentes típicos graves e doenças ocupacionais, com afastamento previsto superior a 30 dias. Os acidentes e as doenças do trabalho têm por causa imediata as quedas, os esforços físicos e

os esforços de repetição (46,3%), seguindo-se o grupo de máquinas, ferramentas e aparelhos (36,8%) da origem dos acidentes. Observa-se que cerca de 59,7% dos acidentes e doenças do trabalho são atendidos diretamente pela Rede Municipal, enquanto que a rede privada e filantrópica atende a cerca de 40,3%, sendo parte destes atendimentos feitos através de convênios com o SUS.<sup>26</sup> Mesmo sem possuir ainda dados de custos do atendimento aos acidentados, fica evidente a importância da prevenção, inclusive como maneira de diminuir os gastos do poder público e preservar a saúde.

Observa-se ainda que 20 empresas com maior frequência e maior proporção de incidência de acidentes e doenças do trabalho respondem por 19,7% do emprego formal e por 38,5% dos acidentes de trabalho do município. A proporção de incidência de acidentes e doenças do trabalho nestas empresas é de 11,6 por cem trabalhadores registrados, bem acima da proporção de incidência registrada no município que foi de 5,43 por cem trabalhadores registrados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no ano de 1997. Apesar do risco de se incorrer em erro ao privilegiar a vigilância em empresas que eventualmente são mais criteriosas na notificação de acidentes, incluindo os casos mais leves, encontramos entre o grupo das 20 empresas, indústrias do ramo metalúrgico com proporção de incidência de 35,5 acidentes e doenças por cem trabalhadores registrados pela CLT ao ano, o que demonstra a necessidade de programas e medidas específicas para elas, visando à diminuição destes índices.

### **A Experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba**

O Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba busca seguir as diretrizes definidas pelo SUS com ação integrada com técnicos do Ministério do Trabalho, órgãos de representação dos trabalhadores e da sociedade civil, e com articulação com as universidades locais e

regionais. Dispõe de serviço especializado em saúde do trabalhador, estruturado desde do início da década de 90.

A primeira fase do programa, que se estende até 1995, caracterizou-se por um serviço assistencial e de emissão de laudos, sem avanços significativos. Em 1994, é aprovada a Lei nº 3.730/94, que cria o Conselho Municipal de Prevenção de Acidentes e Doenças Profissionais (COMSEPRE), composto por entidades representativas da sociedade civil e do poder público, com atribuição de conselho de gestão dos serviços de saúde do trabalhador.

No ano de 1997, o município passou a dispor de legislação específica com atribuição de exercer, no âmbito da Vigilância Sanitária, a atuação nos ambientes de trabalho, seguindo as diretrizes do SUS. A municipalização ocorre com a aprovação da Lei Municipal nº 69/1996<sup>29</sup> do Decreto Regulamentador e nº 7.493/97.<sup>30</sup> O ambulatório de saúde do trabalhador insere-se como área específica da vigilância sanitária municipal, com gerência própria e relativa autonomia de ação. Com a contratação de profissionais por concurso público no ano de 1997, o Programa de Saúde do Trabalhador, em ação conjunta com técnicos do Ministério do Trabalho e Emprego e representantes do Conselho Municipal de Prevenção de Acidentes do Trabalho, deu início a ações de vigilância nos ambientes do trabalho no setor da indústria de papel e papelão de Piracicaba, que se ampliaram para outros setores nos anos seguintes. A equipe conta com uma enfermeira do trabalho, um engenheiro de segurança, um médico do trabalho, uma socióloga e uma secretária. Pelo Ministério do Trabalho e Emprego, tem participado um médico do trabalho com perspectiva de ampliação para os dois outros profissionais da Subdelegacia Regional de Piracicaba.

A atuação conjunta deu-se inicialmente a partir de iniciativa individual de membros das duas equipes, que compartilham de pontos de vista comuns de valorização do SUS como sistema

**No ano de 1997, o município passou a dispor de legislação específica com atribuição de exercer, no âmbito da Vigilância Sanitária, atuação nos ambientes de trabalho.**

essencialmente interinstitucional e da importância da superação das fragmentações que ocorrem na área de saúde do trabalhador.

As ações de vigilância têm como objetivo promover melhorias nas condições de segurança e saúde no trabalho através de visitas às empresas, notificação sobre as mudanças a serem realizadas e estabelecimento de prazos por meio de negociação com as empresas e sindicato dos trabalhadores. Este método foi aplicado em 1997 nas cinco empresas do setor de fabricação de papel e papelão do município e foram notificadas cerca de 90 irregularidades. As empresas que não se adequaram ou não cumpriram com os prazos definidos em mesas de entendimento realizadas, vêm sendo punidas com aplicação de multas e de interdição parcial, nos termos previstos pela legislação em vigor. Outras empresas com elevadas proporções de incidência de acidentes de trabalho foram objeto de vigilância, com o método descrito, nos anos de 1999 e 2000.

Foram intensificadas ações de caráter coletivo nos setores de papel e papelão e da construção civil a partir da ocorrência de dois acidentes fatais no setor de papel e papelão (1999 e 2000) e dois acidentes fatais no setor da construção civil (1998 e 1999).

Esses acidentes tiveram um processo imediato de investigação de suas causas, pelo método ADC. A investigação pôde revelar a importância de ações coletivas que eliminem fatores potenciais de acidentes em ramos de atividade econômica, como os elevadores de carga em obras da construção civil, sem os dispositivos de segurança, e a importância de medidas de proteção em pontos entrantes de máquinas, cilindros e esteiras no ramo da indústria de produção de papel e papelão.

Após a ocorrência dos dois acidentes fatais com elevadores de carga na construção civil, foi assinado em 1999 o 1º Acordo Municipal de Prevenção de Acidentes do Trabalho no Setor da Construção Civil de Piracicaba que

definiu o prazo de 90 dias para as empresas se enquadrarem nos aspectos de segurança, especificamente na segurança dos elevadores de carga, instalação de proteção coletiva contra queda de altura e segurança em eletricidade. O Acordo criou o Subcomitê de Construção Civil do COMSEPRE como o Fórum Permanente com a finalidade de acompanhar a implantação das medidas, supervisão do acordo e solução de conflitos. O Acordo foi assinado pelas entidades públicas e entidades representativas do setor, considerado exemplo de Negociação Coletiva em Saúde do Trabalhador pelo Ministério do Trabalho e Emprego e colocado para divulgação na Internet.<sup>31</sup>

No decorrer do primeiro semestre de 2000, com base na relação fornecida pelo Sindicato dos Trabalhadores, foram efetuados 14 embargos em obras que não cumpriam as cláusulas de acordos. Após os embargos, as empresas rapidamente corrigiram as irregularidades, sem apresentação de recursos jurídicos contestando as medidas da vigilância. Estes embargos e penalidades de interdição parcial vêm sendo aplicados de modo integrado, tanto pelo Ministério do Trabalho e Emprego como pelo Programa de Saúde do Trabalhador.

No setor de papel e papelão, a ocorrência dos dois acidentes fatais em uma mesma empresa do setor, sendo o primeiro devido a queda de altura em atividade de manutenção de telhado, e o segundo na alimentação manual na máquina de fabricação de papel, onde o trabalhador foi arrastado para o interior da máquina, sendo esmagado entre os cilindros de secagem de papel, com morte instantânea, houve um trabalho conjunto envolvendo o Sindicato dos Trabalhadores, o Programa de Saúde do Trabalhador, o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério Público do Trabalho. A intervenção resultou na interdição administrativa por tempo indeterminado da máquina de papel, até que sejam adotadas as medidas de segurança que vinham sendo pre-

**Foi assinado em 1999 o 1º Acordo Municipal de Prevenção de Acidentes do Trabalho no Setor da Construção Civil de Piracicaba.**

conizadas desde 1997. O laudo de interdição foi assinado por técnicos dos três órgãos públicos envolvidos e a empresa não recorreu da medida aplicada. Após esta intervenção, está em andamento um Acordo Municipal de Prevenção de Acidentes do Trabalho, com a finalidade de identificar todos os riscos de acidentes no setor de papel e estabelecer medidas preventivas a serem seguidas pelo conjunto de empresas de papel e papelão do município de Piracicaba. Outros acordos setoriais estão em andamento, como é o caso da prevenção de acidentes nas prensas mecânicas do setor metalúrgico.

Conforme nossa experiência, os processos de negociação tripartite têm permitido a participação ativa dos atores sociais, uma vez que a negociação pressupõe a adesão e compromisso dos envolvidos na busca de solução dos problemas apontados, com vantagens em relação ao processo tradicional de fiscalização dos órgãos públicos. Faz-se necessário estender esta iniciativa para outros setores econômicos do município, visando à redução dos acidentes e doenças do trabalho. Para tanto, é fundamental que as ações sejam respaldadas em dados epidemiológicos e na busca ativa dos casos de acidentes mais relevantes.

Além de atividades de vigilância no ambulatório de saúde do trabalhador, é feito o atendimento individual de portadores de acidentes e doenças do trabalho, para encaminhamentos, abertura de CAT, formalização de nexos causais, além de articulação com a vigilância, visando à prevenção de novos casos. O estabelecimento de nexos causais e a concessão de benefício acidentário para trabalhadores com doenças profissionais ou seqüelas de acidentes do trabalho vêm sendo objeto de conflitos do Programa de Saúde do Trabalhador com peritos da agência local do INSS que, em sintonia com as posições desta instituição, vêm sistematicamente restringindo benefícios e negando direitos aos trabalhadores.

No campo da promoção da saúde, o Programa de Saúde do Trabalhador e os

técnicos do Ministério do Trabalho vêm apoiando as iniciativas do COMSEPRE, participando de palestras e atividades educativas, como nos cursos de capacitação para atendimento integral das lesões por esforços repetitivos e das doenças ósteo-musculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT), com verba do Ministério da Saúde e outras atividades integradas com a Secretaria Estadual de Saúde.

A articulação com as universidades resultou na proposta aprovada de capacitação de 90 (noventa) técnicos e lideranças pelo Projeto VIGISUS (Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde), com apoio do Ministério da Saúde e do Banco Mundial e um Projeto junto à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, de pesquisa domiciliar sobre Acidentes do Trabalho, com participação da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) e da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu. O projeto de pesquisa tem entre seus objetivos aprimorar o diagnóstico da ocorrência dos acidentes de trabalho, visando identificar a real incidência destes no setor formal, e trazer informações sobre estes eventos no setor informal da economia, subsidiando e fortalecendo o programa de vigilância em andamento.

### **A proposta atual e discussão**

No início do ano de 2001, intensificou-se a discussão para formulação de propostas de atuação para a nova gestão municipal. Com base na experiência citada, foi aprovado um plano de ação voltado para a vigilância dos acidentes graves e fatais no município e a obtenção de um melhor diagnóstico da questão acidentária.

Este plano compreende basicamente as seguintes atividades:

- a) criação de um sistema de comunicação ágil das ocorrências de acidentes graves e fatais envolvendo o sistema de resgate municipal, o Corpo de Bombeiros, e as Delegacias

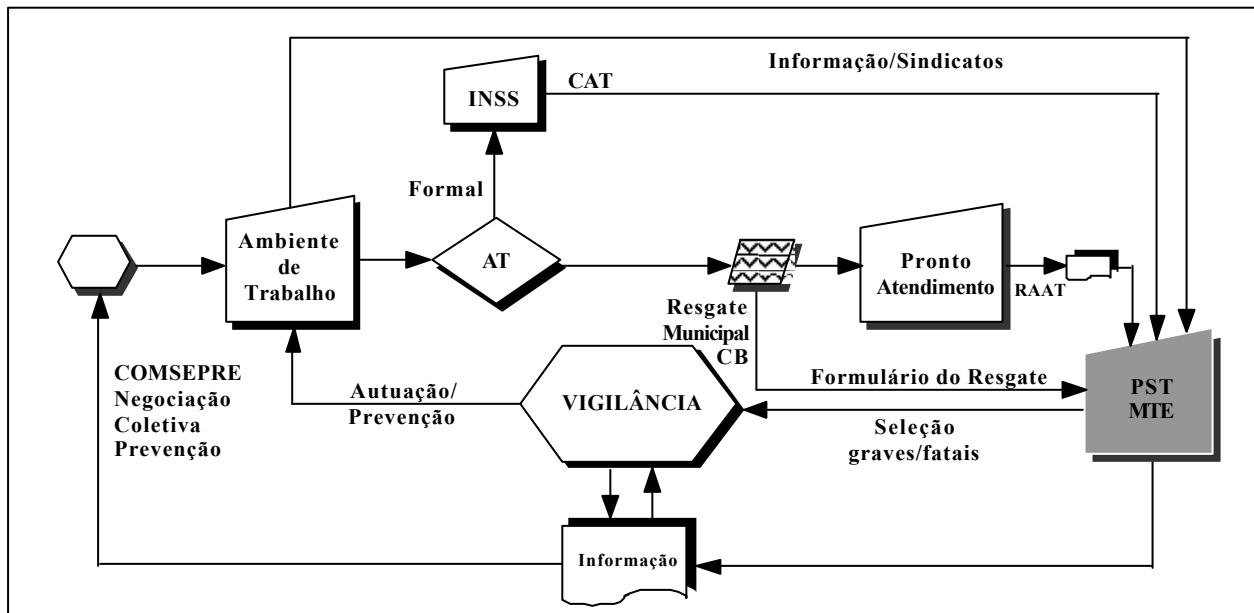


- de Polícia, visando à obtenção de cópias dos Boletins de Ocorrência, de modo a realizar uma inspeção ágil aos locais de ocorrência;
- b) criação de um sistema de registro de atendimento aos acidentes do trabalho na rede de pronto atendimento, seja pública ou privada, instituindo para tanto o Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT), nos moldes do relatório implantado na região norte de São Paulo - Freguesia do Ó. Tal sistema possibilita a documentação e registro de todas ocorrências graves do trabalho formal e informal, e sua implantação pode se mostrar como processo válido de inibição da subnotificação dos casos graves no setor formal da economia. Sua implantação requer a sensibilização, capacitação e adesão do corpo de funcionários destas unidades; e
- c) com base no fluxo de informações obtidas, seleção e investigação dos acidentes mais relevantes, visando à identificação de suas causas e instituição de medidas preventivas:
- quando possível instituição de processo coletivo de negociação setorial, nos moldes do que vem ocorrendo no setores de papel e papelão, da construção civil e do setor metalúrgico em Piracicaba.

O fluxo mostrado na Figura 1 apresenta uma síntese da proposta.

O Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba vem conseguindo se afirmar gradativamente, apesar de dificuldades que ainda persistem, como o reduzido quadro de funcionários. Ele se afirmou basicamente por sua capacidade de aliar os diversos segmentos e instituições em torno do objetivo prioritário que é a prevenção dos riscos mais importantes que foram se apresentando. Os dados epidemiológicos obtidos com as CAT reforçaram esta abordagem.

A partir dos acidentes graves selecionados pela equipe para tratamento como eventos sentinela, se desencadeia um processo de vigilância que pode repercutir de modo preventivo para se evitar eventos similares. Deste modo, o fluxo apresentado na Figura 1 tem similaridade com o processo de inves-



Siglas: AT = Acidente de Trabalho; CAT = Comunicações de Acidentes de Trabalho; RAAT = Relatório de Atendimento ao Acidente do Trabalho; COMSEPRE = Conselho Municipal de Prevenção de Acidentes e Doenças Profissionais; CB = Corpo de Bombeiros; PST = Programa de Saúde do Trabalhador; MTE = Ministério do Trabalho e Emprego.

**Figura 1 - Fluxo de vigilância em acidentes graves e fatais - informação e prevenção**

tigação do método da árvore de causas que, a partir do evento acidente, pode desencadear um conjunto de ações sobre a origem destes eventos, para a identificação de novos fatores potenciais e a prevenção de acidentes.

Esta proposta possibilita:

- a) uma melhor compreensão dos riscos realmente existentes, por critérios epidemiológicos com informações e registros colhidos de modo sistemático;
- b) a combinação da informação vinda dos fluxos das RAAT, das CAT e dos formulários do sistema de resgate, ampliando de modo ágil o universo para as ocorrências do mercado informal, antes praticamente ignoradas;
- c) a partir da seleção dos eventos mais significativos podem-se desencadear as ações de impacto ou ações de alcance coletivo de modo a potencializar as medidas preventivas junto às empresas, com controle social;
- d) a combinação de critérios técnicos com a participação da sociedade, dado que esta interfere não só na inclusão dos casos, via comunicação dos sindicatos e de pessoas, como no processo de negociação para prevenção;
- e) o desencadeamento de ações e negociações coletivas, com aprofundamento do conhecimento e prevenção dos riscos em determinados ramos de atividade econômica ou por critério geográfico quando os casos assim se apresentarem;
- f) estas ações coletivas estimuladas e com participação ativa do poder público possibilitam um ambiente favorável à prevenção, na medida em que este processo participativo facilita a adesão dos diversos segmentos e órgãos de representação da sociedade civil;
- g) uma potencialização e amplificação do programa de saúde do trabalhador, superando as fiscalizações fragmentadas e autuações pontuais;
- h) a integração de ações e instituições que agem no campo da saúde do trabalhador; e

- i) a integração com instituições de pesquisa e ensino possibilita, além da obtenção de dados da realidade atual, o aprimoramento técnico-científico dos agentes e o início de um processo de mudanças culturais com ênfase na prevenção e valorização da vida.

Este é o caminho que vislumbramos para superar as desacreditadas fiscalizações fragmentadas e pontuais e ganhar legitimidade social e consistência.

É uma possibilidade que depende da conjugação de esforços intersetoriais, multiprofissionais, da quebra do isolamento das instituições e fundamentalmente de indivíduos que comungam com o propósito de promoção da saúde e de defesa da vida.

#### **Agradecimentos**

Pela participação e esforço que resulta nesta experiência coletiva, com destaque aos membros da equipe de Saúde do Trabalhador de Piracicaba: Clarice Aparecida Bragantini; Eliete Sabino Santin; Ecléa Spiridião Bravo; João Augusto Scarazatti; Maria Valéria de Andrade Alvarenga; Sandra Renata C. Duracenko; Silvana Mara Rasera Ferreira bem como, dos profissionais do Ministério do Trabalho e Emprego e do Conselho Municipal de Prevenção de Acidentes.

#### **Referências bibliográficas**

1. Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1996.
2. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá. Brasília; 1996.
3. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1995.
4. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(Supl.2):33-45.

**O Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba vem conseguindo se afirmar gradativamente, apesar de dificuldades que ainda persistem, como o reduzido quadro de funcionários.**

5. Faleiros VP. O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez; 1992.
6. Scopinho RA. Vigiar a vigilância: um estudo sobre a política e a prática em saúde e segurança no trabalho [tese de Doutorado]. Araraquara (SP): UNESP; 2000.
7. Gouveia R. Saúde Pública Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da Saúde. 1ª ed. São Paulo: Mandacaru; 2000.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.36, 2 jul.1998. Seção 1.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS - NOST/SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.17, 10 nov. 1998. Seção 1.
10. Câmara VM, Galvão LAC. A patologia do trabalho numa perspectiva ambiental. In: Mendes R. A patologia do trabalho. Belo Horizonte: Ateneu; 1995. p.609-630.
11. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores, cenário e desafios. Cadernos de Saúde Pública 1997;13(Supl.2):7-19. Apud Dias EC. A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? [tese de Doutorado]. Campinas (SP): UNICAMP; 1994.
12. Vasconcelos LCF, Ribeiro FSN. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. Cadernos de Saúde Pública 1995;13(2):269-275.
13. Doos MBT, Samuelson S. Evaluation of a strategy: preventing accidents with automated machinery through target and comprehensive investigation conducted by safety engineers. Safety Science 1994;17:187-206. Apud Almeida IM, 2000.
14. Almeida IM. Construindo a culpa e evitando a prevenção: caminhos da investigação de acidentes do trabalho em empresas de município de porte médio, Botucatu, SP [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): USP; 2000.
15. Monteau M. Accident analyse. In: Enciclopedia de occupational health and safety, 3ª ed. Geneva: ILO; 1989. p.13-16.
16. Carmo JC, Almeida IM, Binder MCP, Settini MM. Acidente do trabalho. In: Mendes R. Patologia do trabalho. Belo Horizonte: Ateneu; 1995. p.431-455.
17. Almeida IM. Desvendando a zona de sombra dos acidentes de trabalho, estudo de acidentes de trabalho graves em Botucatu, SP, no período de 1/1 a 30/6/93 [dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): USP; 1995.
18. Binder MCP, Almeida IM, Monteau M. Árvore de causas: método de investigação de acidentes de trabalho. 1ª ed. São Paulo: Publisher do Brasil; 1995.
19. Binder MCP. O uso do método de árvore de causas na investigação de acidentes de trabalho típicos. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 1997;23:69-92.
20. Bonciani M(org). Saúde, ambiente e contrato coletivo de trabalho: experiências em negociação coletiva. 1ª ed. São Paulo: LTR; 1996.
21. Vilela RAG. Negociação coletiva e participação na prevenção de acidentes do trabalho, estudo da convenção coletiva de segurança em máquinas injetoras de plástico do Estado de São Paulo [dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): UNICAMP; 1998.
22. Magrini RO. Novas relações trabalhistas de segurança e saúde do trabalhador desenvolvidas no Estado de São Paulo e no Brasil [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): USP; 1999.

23. Ministério do Trabalho e Emprego. Relação anual de informação social - RAIS 1993-1995. [mimeo].
24. Bases Estatísticas do Ministério do Trabalho. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED - Lei 4.923/1965 [CD-ROM], Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 1998.
25. São Paulo. Secretaria Municipal de Planejamento de Piracicaba. Perfil socioeconômico do município de Piracicaba. Piracicaba; 1996.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados da Prefeitura Municipal de Piracicaba. Rio de Janeiro: IBGE; 1980.
27. São Paulo. Prefeitura Municipal de Piracicaba. Ambulatório de Saúde do Trabalhador. Relatório anual de dados de acidente do trabalho conforme CAT do ano de 1997. Piracicaba; 1998.
28. Resultados alterados - Ministério da Previdência revela novos números de acidentes e mortes em 1996. Revista Proteção 1997;56.
29. São Paulo. Câmara Municipal de Piracicaba. Lei Complementar n. 69, de 19 de dezembro de 1996. Define a competência das autoridades sanitárias, classifica infrações, dispõe sobre penalidades e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Piracicaba, 20 dez. 1996.
30. São Paulo. Câmara Municipal de Piracicaba. Decreto n. 7.493, de 24 de fevereiro de 1997. Regulamenta a Lei Complementar n. 69, de 19 de dezembro de 1996 que define a competência das autoridades sanitárias, classifica infrações, dispõe sobre penalidades e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Piracicaba, 25 fev. 1997.
31. Convenções e acordos coletivos em segurança e saúde do trabalhador [online] 1999 jun [Capturado em 2001 jun 17]. Disponível em <http://www.geocities.com/athens/4765>.