

UFRRJ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM
DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA E SOCIEDADE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Políticas de Previdência e Saúde no Trabalho e os
Trabalhadores e Trabalhadoras Canavieiras de
Campos dos Goytacazes - RJ**

Tiago Martins Simões

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM
DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA E SOCIEDADE**

**Políticas de Previdência e Saúde no Trabalho e os
Trabalhadores e Trabalhadoras Canavieiras de
Campos dos Goytacazes - RJ**

Tiago Martins Simões

Sob a Orientação do Professor Doutor
Luiz Flávio de Carvalho Costa

Dissertação de mestrado submetida como
requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências Sociais, do Curso de
Pós-Graduação de Ciências Sociais em
Desenvolvimento, Agricultura e
Sociedade.

Seropédica, RJ
2013

331.111098153 Simões, Tiago Martins.
S593p
T Políticas de previdência e saúde no trabalho e os
trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos
dos Goytacazes - RJ / Tiago Martins Simões, 2013.
184 f.

Orientador: Luiz Flávio de Carvalho Costa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências
Humanas e Sociais.
Bibliografia: f. 154-166

1. Seguridade social – Teses. 2. Saúde – Teses. 3.
Trabalhador rural – Teses. 4. Canavieiros – Teses. 5.
Campos dos Goytacazes (RJ) – Teses. 6. Cana-de-
açúcar – Teses. I. Costa, Luiz Flávio de Carvalho. II.
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
Instituto de Ciências Humanas e Sociais. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM
DESENVOLVIMENTO, AGRICULTURA E SOCIEDADE

TIAGO MARTINS SIMÕES

Dissertação de mestrado submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais, do Curso de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade.

Dissertação Aprovada em: 10 / 06 / 2013

Banca Examinadora

Luiz Flávio de Carvalho Costa

Luiz Flávio de Carvalho Costa
Doutor em História Econômica pela Universidade de São Paulo – USP
(Orientador)

Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna

Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna
Doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro –
IUPERJ


Ricardo José de Azevedo Marinho

Doutor em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade pela Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRJ

Aos meus pais, Regina e José.

*O branco açúcar que adoçará meu café
nesta manhã de Ipanema
não foi produzido por mim
nem surgiu dentro do açucareiro por milagre.*

*Vejo-o puro
e afável ao paladar
como beijo de moça, água
na pele, flor
que se dissolve na boca. Mas este açúcar
não foi feito por mim.*

*Este açúcar veio
da mercearia da esquina e tampouco o fez o Oliveira,
dono da mercearia.
Este açúcar veio
de uma usina de açúcar em Pernambuco
ou no Estado do Rio
e tampouco o fez o dono da usina.*

*Este açúcar era cana
e veio dos canaviais extensos
que não nascem por acaso
no regaço do vale.*

*Em lugares distantes, onde não há hospital
nem escola,
homens que não sabem ler e morrem de fome
aos 27 anos
plantaram e colheram a cana
que viraria açúcar.*

*Em usinas escuras,
homens de vida amarga
e dura
produziram este açúcar
branco e puro
com que adoço meu café esta manhã em Ipanema.*

(Ferreira Gullar, “O Açúcar”)

AGRADECIMENTOS

Realizo esta tarefa de expressar minha gratidão com grande alegria, pois foram muitas as pessoas ao longo deste caminho que me estenderam a mão, que contribuíram para este trabalho com o simples espírito de colaboração.

Agradeço, inicialmente, à pessoa que tive a felicidade de ter sido orientado, Luiz Flávio de Carvalho Costa, que me ensinou muitas coisas, não só conhecimentos acadêmicos, mas valores que devem e precisam ser preservados em nossa sociedade, em nossas universidades.

Agradeço também ao CPDA, instituição que tive o prazer de ter sido aluno, registrando aqui professores que tive a oportunidade de ter assistido disciplinas e debatido a pesquisa, como John Wilkinson, Raimundo Santos, Eli de Fátima Napoleão de Lima, Andrey Cordeiro Ferreira, Renato Maluf e Regina Bruno, e as aulas de metodologia com as Professoras Cláudia Job Schmitt e Maria José Carneiro. Aos meus colegas de turma e aos funcionários desta instituição, em especial Terêsa Ferreira, Henrique Oliveira, Marcos Porto, Silvia Andrade, Rita Vieira e Alan.

Aproveito para agradecer preliminarmente a disponibilidade da banca em ler e avaliar esta dissertação, nas figuras da Professora Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna e dos Professores Ricardo José da Azevedo Marinho e Andrey Cordeiro Ferreira.

Faço um registro especial a Renata Bastos da Silva, pelos ensinamentos, dedicação e paciência, pessoa sem a qual eu não teria chegado até aqui. E também por ter me apresentado ao Núcleo de Estudos Antônio Gramsci, instituição que me acolheu de forma generosa, onde pude participar de singulares debates e discussões. Agradeço a Ricardo José da Azevedo Marinho, seu diretor, a quem sou profundamente grato e que contribuiu de modo inestimável para este trabalho. Ainda da mesma instituição, a Kátia Marinho e aos meus colegas Victor Correa das Neves e Pedro de Araújo Costa.

Parte considerável desta pesquisa só foi possível pela colaboração de algumas pessoas, a começar por Paulo Honorato, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Campos dos Goytacazes, que me recebeu de forma muito gentil, me apresentou esta instituição e permitiu que eu entrevistasse os trabalhadores e trabalhadoras; primeiro contato de muitos que tive com a vida rural daquele município. Contribuições também muito importantes foram as de Sávio Augusto do Nascimento, da Dataprev; de José Marçal Jackson Filho e Maria Cristina Gonzaga, da Fundacentro; de Celso Amorim Salim, pelas

recomendações de leitura; e dos funcionários da biblioteca do Centro Técnico Nacional da Fundacentro.

Obrigado também a Júlio Aurélio Vianna Lopes, pelos ricos debates que promoveu na Fundação Casa de Rui Barbosa e Pedro Costa Nucci, Roy David Frankel e Victor Tinoco pela contribuição ao trabalho e pela amizade. Sou muito grato a Karen Giffin, pelas nossas discussões inspiradoras em agradáveis momentos ao sabor da boa culinária, e também a Letícia Legay Vermelho.

Por fim, e não menos importante, agradeço a minha família: a minha avó Helena Rodrigues Simões Barbosa que sempre me incentivou e me apoiou; aos meus pais Regina Helena Simões Barbosa e José Antônio Martins Simões pelo constante apoio, estímulo e ensinamentos; a Hendie Tavares Teixeira, pelo carinho, compreensão e inspiração que encontrei em seu exemplo de pessoa; ao meu irmão Pedro Martins Simões e a Nahyara Lacerda que, mesmo distantes, tenho como inspiração e motivação constantes; e a Maria de Jesus, pela agradável companhia de muitas tardes de trabalho.

Rio de Janeiro, Maio de 2013.

RESUMO

SIMÕES, Tiago Martins. **Políticas de Previdência e Saúde no Trabalho e os Trabalhadores e Trabalhadoras Canavieiras de Campos dos Goytacazes - RJ.** 2013. Xp. Dissertação (Mestrado de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade). Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica, RJ, 2013.

Abordamos nesta dissertação o tema da seguridade social e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras do Município de Campos dos Goytacazes, localizado na região Norte do Estado do Rio de Janeiro. A peculiaridade do pagamento por produção no corte da cana gera um grave quadro de adoecimento desta categoria profissional, o que demanda um estudo sobre as formas de organização de alguns atores envolvidos na gestão da saúde destes trabalhadores. Inicialmente, identificamos naquele município as particularidades do desenvolvimento da agroindústria canavieira e o impacto disso na conformação das relações de trabalho ali estabelecidas, localizando as atuais estratégias utilizadas na resolução do problema de adoecimento ali cronicado. Analisamos em seguida o complexo desenho institucional do Ministério da Previdência Social e do Ministério da Saúde no que diz respeito às suas políticas voltadas para a saúde do trabalhador, apontando os limites e potencialidades no cumprimento efetivo dos princípios relativos à saúde e seguridade social inaugurados em 1988, cujo marco foi a Constituição Federal. Por fim, discutimos o papel que o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Campos dos Goytacazes desempenha diante do cenário apresentado através de fontes documentais lá coletadas e de entrevistas com trabalhadores e lideranças sindicais. Concluímos, por fim, que esta instituição é a que apresenta maior permeabilidade às demandas dos trabalhadores e a que menos possui recursos para lidar com a problemática da seguridade e saúde, fato este agravado pelo papel inverso desempenhado por aqueles Ministérios, que se revelam ainda pouco afeitos ao mundo real do trabalho. Procuramos contribuir assim para o debate que se coloca atualmente no cenário nacional acerca das condições degradantes de trabalho nos canaviais e para os estudos sobre representatividade e exercício da cidadania rural através do sindicalismo rural.

Palavras-Chave: Seguridade Social; Saúde; Trabalhadores e Trabalhadoras Canavieiras; Campos dos Goytacazes; Cana-de-açúcar.

ABSTRACT

SIMÕES, Tiago Martins. **Policies of Social Security and Health at Work and the Sugarcane Workers from Campos dos Goytacazes - RJ**. 2013. Xp. (Master's degree in Social Sciences in Development, Agriculture, and Society). Institute of Humanities and Social Sciences, Federal Rural University of Rio de Janeiro. Seropédica, RJ, 2013.

This research addresses the subject of social security and health of the sugar cane workers in the city of Campos dos Goytacazes, located at the north region of the Rio de Janeiro state. The payment system for the sugarcane manual cutting based on the amount of production causes a serious illness framework of this professional category, which requires a study of the forms of organization of some social actors involved in managing the health of these workers. Initially, we identify in that municipality the particularities of the development of sugarcane industry and its impact on the conformation of labor relations, pointing out the current strategies for solving the problem of illness that lies there. Then we analyze the complex institutional framework of the Ministry of Social Welfare and the Ministry of Health with regard to their policies for workers health, discussing the limits and potentials in effective implementation of the principles relating to the health and social security established in 1988 which milestone was the Constitution. Finally, we discuss the role that the Union of Rural Workers of Campos dos Goytacazes plays on the scenario above through documentary sources and interviews with workers and union leaders. We conclude that this institution is the one that has greater permeability to the demands of workers and has fewer resources to deal with the issue of safety and health, a fact compounded by the opposite role played by those Ministries, still not very sensitive to the concrete work. In this way, we seek to contribute to the current debate on the national scene about the appalling working conditions in the sugar cane plantations and for the studies of representation and citizenship through rural unionism.

Key words: Social Security; Health; Sugar Cane Workers; Campos dos Goytacazes; Sugar Cane.

RÉSUMÉ

SIMÕES, Tiago Martins. Politiques de Sécurité Sociale et Santé au Travail et les Travailleurs et les Travailleuses de la Canne a Sucre dans la Municipalité de Campos dos Goytacazes - RJ. 2013. Xp. Mémoire. (Maitrise en Sciences Sociales dans le Développement, l'Agriculture, et la Société). Institut des Sciences Humaines et Sociales, Université Fédérale Rurale de Rio de Janeiro. Seropédica, RJ, 2013.

Nous abordons dans cette thèse la question de la sécurité sociale et de la santé des travailleurs et travailleuses de la canne à sucre dans la municipalité de Campos de Goytacazes, situé dans la région du nord de la province de Rio de Janeiro. La particularité de paiement par la production de coupure de canne à sucre produit un cadre de maladies graves de cette catégorie professionnelle, ce qui nécessite une étude sur les modes d'organisation des acteurs impliqués dans la gestion de la santé de ces travailleurs. Au départ, nous avons constaté dans cette municipalité les particularités du développement de l'industrie de canne à sucre et de leur impact sur la formation de relations de travail qui y sont établies, en positionnant les stratégies actuelles utilisées pour résoudre le problème des maladies établies. Nous avons analysée en suite la structure institutionnelle complexe du Ministère des Affaires Sociales et du Ministère de la Santé à l'égard de leurs politiques en matière de santé des travailleurs, en soulignant les limites et les possibilités de mise en œuvre effective des principes relatifs à la santé et la sécurité sociale inaugurées en 1988 dont le fait marquant a été la Constitution Fédérale. Finalement, nous discutons le rôle que le Sindicat des Travailleurs Ruraux de Campos dos Goytacazes joue sur le scénario présenté par des sources documentaires qui y sont recueillis et des entrevues avec des travailleurs et des dirigeants syndicaux. Nous concluons, enfin, que cette institution est celle qui a une plus grande perméabilité aux revendications des travailleurs et a moins de ressources pour faire face à la question de la sécurité et de la santé, un fait aggravé par le rôle opposé joué par les ministères, qui se montrent peu habituées au monde réel du travail. Nous cherchons à bien contribuer au débat qui est actuellement sur la scène nationale sur les conditions épouvantables dans les plantations et pour les études de la représentation et de la campagne de la citoyenneté menée par le syndicalisme rural.

Mots-clé: Sécurité Sociale; Santé; Travailleurs et Travailleuses de la Canne à Sucre; Campos dos Goytacazes; Canne à Sucre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1 Agentes causadores de acidentes de trabalho de trajeto nos trabalhadores da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes registrados no período 2004-2008
- Gráfico 2 Quantidade de registros do código CNAE, por código, nas CATs dos trabalhadores da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes
- Gráfico 3 Principais agentes causadores dos acidentes de trabalho nos trabalhadores e trabalhadoras da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes
- Gráfico 4 Distribuição das CATs dos trabalhadores e trabalhadoras da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes segundo a faixa etária e sexo
- Gráfico 5 Estado civil das trabalhadoras canavieiras de Campos por faixa etária
- Gráfico 6 Estado civil dos trabalhadores canavieiros de Campos por faixa etária
- Quadro 1 Principais variáveis da Comunicação de Acidente de Trabalho por grupo de informações
- Quadro 2 Variáveis obtidas das Comunicações de Acidente de Trabalho relativas aos trabalhadores da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes
- Quadro 3 Atributos comuns obrigatórios para a identificação dos indivíduos assistidos nos sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde a partir de 1999
- Quadro 4 Alterações nos campos de preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (SUS) em 1997
- Quadro 5 Demais campos comuns às fichas de investigação dos Agravos Relacionados ao Trabalho do SINAN
- Quadro 6 Campos específicos de algumas fichas de investigação dos Agravos Relacionados ao Trabalho do SINAN
- Quadro 7 Equipe / Recursos Humanos para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme a sua modalidade (formato antigo)
- Quadro 8 Equipe / Recursos Humanos para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme a sua modalidade (formato novo)
- Quadro 9 Principais campos de preenchimento da anamnese ocupacional para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
- Quadro 10 Dispositivos previstos nas Convenções Coletivas de Trabalho para os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes

Quadro 11 Piso salarial dos cortadores e cortadoras de cana de Campos dos Goytacazes segundo as Convenções Coletivas de Trabalho

Imagen 1 Campos comuns nas fichas de investigação de Agravos Relacionados ao Trabalho do SINAN

Imagen 2 Estratégias do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho relativas à estruturação de uma rede integrada de informações em Segurança e Saúde no Trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Acordo Coletivo de Trabalho
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas em Saúde
ASFLUCAN	Associação Fluminense dos Plantadores de Cana
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCT	Convenção Coletiva de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIHA	Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial
CIINFO	Comitê de Informação e Informática em Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIPATR	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIST	Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNA	Confederação Nacional da Agroindústria
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPS	Conselho Nacional da Previdência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde ou Cartão Nacional de Saúde ou Conferência Nacional de Saúde
COMPATER	Comissão Nacional de Pesquisa Agropecuária e de Assistência Técnica e Extensão Rural
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONCLA	Comissão Nacional de Classificação
CONCRED	Comissão Coordenadora da Política Nacional de Crédito Rural
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPNR	Comissão Permanente Nacional Rural
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CTSST	Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DNC	Doença de Notificação Compulsória
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DO	Declaração de Óbito
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EMBRATER	Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural
ETR	Estatuto do Trabalhador Rural
FAP	Fator Acidentário Previdenciário
FIE	Ficha de Investigação Epidemiológica
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador
GRT	Gerência Regional do Trabalho
IAA	Instituto do Açúcar e do Álcool
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesão de Esforço Repetitivo
MPS	Ministério da Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora
NRR	Norma Regulamentadora Rural
NTEP	Nexo Técnico-Epidemiológico Previdenciário
NTP	Nexo Técnico Previdenciário
NTPT	Nexo Técnico por Doença Profissional ou do Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PLANALSUCAR	Programa Nacional de Melhoramento da Cana-de-Açúcar
PLANSAT	Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PROÁLCOOL	Programa Nacional do Álcool
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RIPSA	Rede Integrada de Informações para a Saúde
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo
SEPATR	Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural
SESTR	Serviço Especializado em Segurança e Saúde no Trabalho Rural
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIT	Secretaria de Inspeção do Trabalho
SRTE	Superintendência Regional do Trabalho

SST	Saúde e Segurança do Trabalho
STTR	Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais
SUB	Sistema Único de Benefícios
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. EVOLUÇÃO DA SEGURIDADE E SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS CANAVIEIRAS DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.....	4
1.1. Antecedentes e atualidades da organização da seguridade social.....	4
1.2. Antecedentes da segurança e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes e as transformações nas suas relações de trabalho.....	14
2. COMUNICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO E O MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	32
2.1. O Ministério da Previdência, a Política de Benefícios, e os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras.....	33
2.2. Caracterização dos acidentes de trabalho.....	34
2.3. CATs – Aspectos normativos e mudanças importantes.....	38
2.4. O Fator Acidentário Previdenciário – FAP.....	42
2.5. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP.....	47
2.6. Mudanças no FAP e NTEP e seu atual estágio.....	51
2.7. Discussão sobre as Comunicações de Acidente de Trabalho referente aos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes.....	54
3. ACIDENTES DE TRABALHO: VIGILÂNCIA E SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	65
3.1. Da Constituição Federal de 1988 ao SUS de 1990.....	66
3.1.1. A criação do SUS e as diretrizes da saúde do trabalhador.....	70
3.2. Normas e dispositivos operacionais do SUS: sistemas de informação e saúde dos trabalhadores.....	73
3.3. Sistemas de Informações do SUS.....	83
3.3.1. Políticas e instituições dos Sistemas de Informação do SUS.....	84
3.3.2. Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.....	93
3.3.3. Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.....	95
3.3.4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.....	98
3.3.5. Discussão sobre os sistemas de informação em saúde.....	103

3.5. Perspectivas e estratégias atuais sobre saúde e segurança no trabalho.....	109
3.5.1. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST...	110
3.5.2. Grupos interministeriais e políticas nacionais.....	118
3.5.3. Planejamento em saúde para o Estado do Rio de Janeiro: o PDR e o PES.	127
4. O SINDICALISMO RURAL EM CAMPOS DOS GOYTACAZES NA ATENÇÃO À SEGURIDADE E SAÚDE.....	132
4.1. Segurança e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras: alguns limites e avanços.....	133
4.2. Condições de realização do corte de cana e as possibilidades de atuação do STTR de Campos dos Goytacazes.....	137
CONCLUSÕES.....	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	154
ANEXO A. Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT do Ministério da Previdência.....	167
ANEXO B. Laudo para Autorização de Internação Hospitalar – Sistema Único de Saúde.....	170
ANEXO C. Lista de legislação e normas citadas (em ordem cronológica).....	171

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 promoveu profundas transformações ao equiparar os direitos sociais dos trabalhadores rurais com os urbanos e ao universalizar a seguridade social, incluindo nesta categoria a saúde, a previdência social e a assistência social. Para os trabalhadores rurais em especial, este foi um tema desde sempre muito caro, pois foram mantidos à margem destes direitos até a década de 1970, quando se iniciou pela primeira vez o processo de universalização da seguridade. Ao mesmo tempo em que isto se desencadeou, no entanto, um dos problemas cruciais em nosso país não se resolveu, que foi justamente o de fazer valer o que está escrito em lei.

Quando comparamos a situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes com os modernos princípios constitucionais relativos à saúde, incluindo aí os de prevenção, de redução dos riscos de adoecimento provocados pelo ambiente de trabalho, de participação da sociedade e do Estado na vigilância da saúde dos trabalhadores, e etc., vemos que coexistem avanços e déficits no funcionamento da democracia no campo da saúde. Analisar a participação dos atores envolvidos na gestão da saúde em nosso estudo de caso, as transformações processadas nos planos legal e institucional, as estratégias, limites e possibilidades do cuidado à saúde dos cortadores e cortadoras de cana são alguns dos objetivos nucleares de nossa pesquisa.

Na tentativa de dar o tratamento ao desafio anunciado, discutimos no primeiro capítulo, através de uma revisão da literatura, as transformações da economia canavieira de Campos dos Goytacazes que foram decisivas na organização da assistência à saúde daqueles trabalhadores, principalmente antes da universalização da seguridade. Singularidades das formas de organização sociopolítica estabelecidas na história daquele município, incluindo aí a antiga atuação do sindicalismo rural, fornecem elementos valiosos para a compreensão de fatores condicionantes da atual organização da atenção à saúde de nossos trabalhadores. Quanto a este último aspecto, vamos discutir também alguns dos motivos de nossa história recente que fizeram permanecer, apesar dos avanços nos princípios democráticos, uma crônica situação de desproteção social.

Nos capítulos seguintes, segundo e terceiro, mudamos a abordagem para uma análise institucional da estruturação das políticas dos Ministérios da Previdência Social e da Saúde pós-1988 por meio, principalmente, da pesquisa de portarias e normas ministeriais e da legislação. Isto se fez necessário tendo em vista a complexidade da questão, mesmo nos propondo a realizar a tarefa com um recorte bastante específico: no caso do Ministério da

Previdência, canalizamos a discussão para as Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs) que, apesar de inúmeras limitações, são ainda uma das principais fontes para o conhecimento do perfil das doenças que acometem os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras. As CATs, por sua vez, se inserem numa discussão um pouco mais ampla deste Ministério, que é a sua própria política (e consequentemente seu próprio entendimento) de prevenção de acidentes de trabalho. Com isso, ampliamos um pouco a discussão para um plano mais genérico, mas que se faz necessário para compreendermos a hipótese anunciada acima, sobre a desproteção social.

Quanto ao Ministério da Saúde, seu funcionamento é completamente distinto do Ministério da Previdência e muito mais complexo. Vamos discutir aqui diversos aspectos do Sistema Único de Saúde com o foco ajustado nas políticas de saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica e seus sistemas de informação. Este trabalho nos permitirá identificar muitos dos nódulos que impedem um melhor funcionamento da política deste sistema e das limitações nas informações sobre a saúde da população.

Ainda sobre os capítulos dois e três, é importante mencionar que um dos componentes que motivou este percurso metodológico foi a tentativa do pesquisador de encontrar informações geradas pelos profissionais de saúde acerca da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes. As dificuldades encontradas no caminho foram suscitando a problemática que é o tema, que por sua vez acabou revelando que os agentes especializados da saúde, por motivos diversos, não alcançam de forma satisfatória o ambiente de trabalho; quando muito, recebem os doentes em seus consultórios e é a partir daí que a doença é tratada e as informações são geradas. As implicações disso e alguns dos (poucos) motivos desta impermeabilidade ao mundo do trabalho serão discutidos ao longo do trabalho.

Apesar das dificuldades, conseguimos obter junto à instituição responsável pela administração dos dados do Ministério da Previdência, a Dataprev, informações relativas a doenças apresentadas por nossos trabalhadores, através das já mencionadas CATs. São 385 registros referentes aos acidentes de trabalho dos trabalhadores da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes, no período 2002-2012. Vamos dedicar no capítulo dois uma sessão específica para discutir a natureza destes dados, suas virtudes e limitações e as informações lá contidas de maior confiabilidade serão utilizadas ao longo da dissertação quando se fizerem necessárias, seja para fins de discussão ou comprovação do argumento.

Finalmente, no quarto capítulo, vamos analisar a partir de fontes coletadas no Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Campos (STTR-Campos) e de

entrevistas abertas a lideranças sindicais e a trabalhadores e trabalhadoras canavieiras, a situação real e as condições objetivas vivenciadas por esses atores no que diz respeito à saúde e às condições de realização do trabalho do corte manual. Este sindicato, um dos primeiros sindicatos rurais de trabalhadores reconhecidos no país, diferente dos demais atores anunciados acima, possui uma grande permeabilidade às demandas locais, e não só dos assalariados (parte disso será explicada no primeiro capítulo). Configura-se uma situação quase inversa quando comparada com os agentes mencionados anteriormente: enquanto que aqueles possuem mais recursos disponíveis e sua permeabilidade às demandas externas é baixa, o STTR de Campos possui uma maior permeabilidade, mas recursos insuficientes, principalmente quando os primeiros deixam a desejar quanto da resolução dos problemas de saúde. As estratégias utilizadas pelo STTR na defesa dos direitos coletivos e, portanto, na proteção social, serão discutidas a partir das observações empíricas e retomando pontos discutidos ao longo da pesquisa, com a preocupação de apontar os possíveis espaços de interlocução com os demais agentes.

CAPÍTULO 1

EVOLUÇÃO DA SEGURIDADE E SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS CANAVIEIRAS DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

Mantidos de certo modo à margem do sistema de seguridade social no Brasil até a década de 1970, os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes estiveram submetidos por um longo período a formas de prestação de serviços de saúde que se vinculavam mais diretamente no âmbito da produção de cana-de-açúcar. A participação do Estado neste caso foi diversa daquela que ocorria com relação aos trabalhadores de determinados segmentos do mercado de trabalho formal urbano, conforme buscaremos demonstrar ao longo do capítulo.

Aspectos da história de Campos dos Goytacazes são reveladores e parte essencial para a compreensão da atual organização da seguridade social dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras. O mesmo ocorre no plano nacional e legal com as mudanças pelas quais passou a seguridade social e o próprio sindicalismo rural, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988. Estes dois elementos, já adiantando, adquirem neste momento aspectos singulares, um por aproximação, outro por diferenciação. A aproximação caracterizou-se pela equiparação inédita de direitos relativos à seguridade social das populações rurais com relação às urbanas, fato por si só revolucionário se considerarmos a trajetória brasileira. A diferenciação se deu pela feição singular que o sindicalismo rural adquire no mesmo momento, também consideradas suas particularidades em nossa experiência, aspecto este que começaremos a tratar neste capítulo para finalizar no último.

1.1. Antecedentes e atualidades da organização da seguridade social

Apesar da universalização da seguridade social consagrada em nossa Constituição Federal de 1988, outros elementos concorreram para que isso fosse concretizado e que fornecem importantes referências sobre as formas de articulação de interesses dos diversos atores envolvidos no universo da cana-de-açúcar. Ao mesmo tempo em que a Constituição promove mudanças substanciais, abrindo perspectivas inéditas para a democratização do país, não há uma ruptura explosiva na estrutura e no funcionamento dos Ministérios da Saúde, da Previdência e do Trabalho, no que diz respeito à saúde dos trabalhadores.

Para tratar desta temática de grande amplitude, vamos nos ater inicialmente ao processo denominado por Maria Lucia Werneck Vianna de “americanização (perversa) da seguridade social no Brasil”, tal como o título de sua obra (WERNECK VIANNA, 2000). Este critério interpretativo remonta às mudanças que ocorreram no país principalmente a partir do segundo autoritarismo militar e após a Constituição Federal de 1988, cujos elementos são necessários para realizar as inferências sobre as alterações provocadas no plano de Campos dos Goytacazes.

O início da organização da previdência no país começou com os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, sendo o primeiro deles o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos em 1933¹. Depois deste, uma série de outros institutos passaram a ser criados, sendo que a ideia central aqui era a filiação compulsória de todos os trabalhadores de determinados segmentos do mercado de trabalho formal urbano (mantendo de fora, portanto, os trabalhadores rurais), de modo que os IAPs proviam àqueles trabalhadores os benefícios previdenciários, e eram vinculadas ao Ministério do Trabalho, como entidades autárquicas. O modo de organização do mercado de trabalho formal a partir do período varguista, além de vincular os benefícios previdenciários a categorias profissionais específicas, também estava atrelada às formas de organização sindical, que também deveria ser por profissões e funcionavam sob a dependência de registro no Ministério do Trabalho (WERNECK VIANNA, 2000, p. 157).

Este universo varguista, em contraponto com as mudanças ocorridas em 1964, ainda que excluente, se aproximava de um estilo mais orgânico, durkheimiano², que agregava determinados interesses na órbita do Estado, através de uma estrutura legal corporativa e hierarquizada, “na qual sindicatos, federações e confederações monopolizavam em seus respectivos níveis (município, estado e união) a representação, que tinha função relevante nas relações capital/trabalho³; deste modo tentou impedir a competição entre interesses inter e intraclases, a todos recebendo nos salões palacianos” (WERNECK VIANNA, 2000, p. 117).

¹ Através do Decreto nº 22.872, de 29 de Junho de 1933.

² A expressão é de Werneck Vianna (1994), como lembra a autora: “O tipo de modernização que vinga em 1937 supõe uma atitude mais complexa do ator: ele evita isolar a economia da política e da organização social, seu estilo é europeu, durkheimiano, sistemático. Precisamente o que se buscou com a introdução da fórmula política do corporativismo foi imprimir um andamento articulado e solidário às esferas da economia, da política e da organização social”. Mas esta modernização conduzida pelo alto e através do corporativismo foi seletiva para os trabalhadores. Os trabalhadores rurais, sujeitados ao típico clientelismo no campo, ficaram prejudicados da vida associativa (WERNECK VIANNA, 1996). O demorado processo de reconhecimento dos sindicatos rurais, que se iniciou em meados da década de 1950 e interrompido em 1964 (COSTA, 1996), implicou uma exclusão destes trabalhadores da ordem corporativa e, portanto, do formato de previdência regido pelos IAPs.

³ No caso da economia açucareira, exemplo patente foi a intervenção estatal no setor após a criação do Instituto do Açúcar e do Álcool em 1933 (entidade autárquica vinculada ao Estado), que passou a implementar medidas

A institucionalização da Previdência Social naquele momento foi presidida, assim, através de “uma relação direta e assimétrica entre o Estado (via Ministério do Trabalho) e segmentos profissionais (do mundo urbano, via lideranças sindicais)” e, uma vez concedida a proteção, “a categoria ocupacional – reconhecida por lei e, portanto, organizada na estrutura sindical corporativa – recebia seu Instituto de Aposentadorias e Pensões, regido por regras próprias, administrado por sua própria burocracia, financiado por seus próprios recursos” (Idem, p. 141). Desta forma, cresce o sistema previdenciário através de uma incorporação seletiva e a universalização dos benefícios somente se inicia no contexto do autoritarismo pós-1964, especialmente com a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, criado em 1966 (Idem, p. 142).

O regime político de 1964 superou em certo sentido o padrão de proteção social montado nos anos 1930⁴, especialmente em função da modernização econômica promovida (consolidando o capitalismo, expandindo o parque industrial, diversificando a estrutura ocupacional e dando origem a uma multiplicidade de interesses), mas aos custos de uma deturpação da ideia federativa, com uma centralização decisória no Poder Executivo e um esvaziamento dos canais de expressão da sociedade (Idem, pp. 142-143). Os impactos destas mudanças no plano das formas de decisão das políticas sociais foram decisivos para a estruturação da seguridade social neste período.

A condução da modernização econômica do país pelo Estado e de forma autoritária consagrou a chamada “americanização pelo alto” ao desagregar os interesses (pelo esvaziamento dos canais de expressão e organização da sociedade) e deslegitimar a arena política na qual eles deveriam competir (Idem, p. 117), dando substância à sua face perversa. O conceito de americanização se refere, portanto, a afinidades de organização sócio-política e de formas de pressão de grupos sociais com a experiência norte-americana⁵, desencadeadas principalmente no segundo regime autoritário, dentre as quais se destacam: os conflitos latentes entre Executivo e Legislativo, estrutura partidária fraca e pouco enraizada na

para limitar o crescimento da produção (para conter problemas de superprodução do início da década de 1930), privilegiando os produtores já estabelecidos, e revelando assim a importância de arranjos corporativos (à brasileira) na relação do Estado com os usineiros. (MARINHO, 2011, pp. 112-113).

⁴ “O autoritarismo militar rompeu com o padrão de proteção social construído nos anos 30. Antes de 64, a manipulação dos benefícios oferecidos pelo Estado se restringia a uma clientela que, embora pequena e estratificada, estava incorporada ao universo da cidadania, participando, politicamente inclusiva, de decisões importantes através de suas lideranças. Tratava-se de um clientelismo de horizontes limitados movendo-se num leito de mão-dupla que, se dificultava o aumento do número de cidadãos plenos, vinha sendo aos poucos corrigido por novas demandas propiciadas pelo jogo democrático” (WERNECK VIANNA, 2000, p. 145).

⁵ Apesar das afinidades, são profundas as diferenças entre as duas experiências, identificadas constantemente na obra citada. No caso americano, por exemplo, apesar de extremamente reduzida a abrangência da seguridade social promovida pelo Estado, quando comparada com o Brasil, ambas, a pública e a privada, são institucionalizadas e reguladas.

sociedade, entidades de representação dos grupos sociais segmentadas e disseminada cultura do privatismo (Idem, p. 113). Isto sugere que, em decorrência da natureza do regime pós-64, aqui se consolidou um “formato segmentar de articulação de interesses”, ou seja, uma prática de pressões políticas através de *lobbies*, incidindo em núcleos decisórios segmentares⁶.

No que se refere às políticas sociais, M.L. Werneck Vianna identifica consequências marcantes do processo de americanização pelo alto, em que foram criados sistemas centralizados montados por corpos técnicos que tomavam decisões importantes sem nenhuma participação dos interessados. O Estado, “longe de publicizar o mecanismo decisório (...) confinou-se numa dimensão estreita e particularista” (WERNECK VIANNA, 2000, p. 144). Além disso, juntamente com a incorporação de novas categorias à seguridade (trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos), a emergência de grandes contingentes de assalariados durante a modernização econômica expandiu enormemente o público a ser atendido pela Previdência, sem criar, no entanto, uma estrutura capaz de assegurar o exercício desses direitos, universalizando uma precária cidadania (Idem, *Ibidem*).

O ciclo de modernização econômica do período em tela veio acompanhado de duas estratégias importantes no plano das políticas de saúde e assistência médica. Inicialmente, com a expansão da clientela da Previdência e a queda da qualidade no atendimento prestado, o Estado passou a comprar serviços médicos privados através da contratação de hospitais e credenciamento de prestadores, convertendo o INPS no maior comprador de serviços privados do país, especialmente no período de 1967 a 1975 e consolidando assim um padrão assistencialista no campo das políticas de saúde (Idem, pp. 146-148). Em meados da década de 1970, uma segunda estratégia ganhou força, que foi a delegação do papel provedor da assistência a entidades do mundo privado, que se consolidou com as normas regulamentadoras da unificação dos IAPs. Diferente da primeira estratégia, na segunda, a transferência das funções ao setor privado implicou num afastamento ainda maior do Estado na regulação dos serviços, efetivado por meio dos chamados convênios-empresa. O último mecanismo de mercado que coroou o processo de americanização do sistema de seguridade foi o aumento do poder aquisitivo da população consumidora, impulsionados pela modernização econômica (Idem, *Ibidem*).

Por meio das transferências de funções para a iniciativa privada, o Estado realizava juntamente uma universalização do sistema público, mas uma “universalização excludente”,

⁶ Exemplo deste tipo de prática foi a participação da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), na forma de *lobby*, para a constitucionalização do sindicalismo rural no país, conforme demonstrado por Costa & Marinho (2008).

que teria sequência em 1977, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS⁷, reorganizando as agências da previdência e assistência médica e propagando os contratos-empresa (Idem, p. 149). A restrição de novos convênios por parte do INAMPS somente começa a surgir a partir de 1979, momento em que os grupos médicos e empresas não mais precisavam deles, seja porque já haviam se consolidado no mercado, seja porque preferiam dispensar o controle estatal (Idem, p. 150). Somente em meados da década de 1980 que a universalização do atendimento médico começa a ser arquitetada no âmbito da previdência, de onde se destacam: as Ações Integradas de Saúde – AIS em 1984, a mobilização de segmentos determinados como o movimento sanitarista, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS em 1987, tornando o acesso universal e rompendo o vínculo da assistência médica com a filiação à previdência (Idem, p. 151).

No caso dos trabalhadores rurais, neste período pós-64, sua incorporação progressiva no âmbito da seguridade⁸ ocorre com o Decreto-Lei nº 276, de 28 de Fevereiro de 1967, que cria o Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL⁹ e passa a prever o custeio de sua assistência médica e a de seus dependentes no âmbito do INPS. Em 1971, é criado no início da década de 1970 o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – PRORURAL¹⁰, sendo este o primeiro programa mais amplo de assistência ao trabalhador rural. Suas prestações a estes trabalhadores compreendiam, conforme a lei: aposentadoria por velhice, aposentadoria por invalidez, pensão, auxílio-funeral, serviço de saúde e serviço social. Em 1974, mesmo ano em que o Ministério da Previdência é desmembrado do

⁷ Através da Lei nº 6.439, de 1º de Setembro de 1977, onde se cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

⁸ É importante ressaltar que, ao passo que os trabalhadores rurais começaram a ser incorporados na seguridade social, no plano nacional, a indústria açucareira não ficou aquém da modernização econômica do período. Dois fatores de grande importância para que isso ocorresse, foram: condições de demanda extremamente favoráveis do mercado externo no período 1969-1974, e medidas para modernização setorial, nas figuras do Programa Nacional de Melhoramento da Cana-de-Açúcar (Planalsucar) e do Programa de Racionalização da Agroindústria Açucareira, ambos de 1971 (MARINHO, 2011, pp. 118-119). Retomaremos estas questões mais adiante.

⁹ A origem jurídica do Funrural é o Estatuto do Trabalhador Rural, editado pela Lei nº 4.214, de 2 de Março de 1963, e era destinado, dentre outras coisas, à prestação de benefícios aos trabalhadores rurais e seus dependentes. Nesta época, o Fundo era constituído por 1% dos produtos agropecuários, recolhidos na primeira operação pelo produtor para o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). Em 1967, através do Decreto-Lei nº 276, de 28 de Fevereiro de 1967, o Funrural passa a se destinar somente ao custeio da assistência médica ao trabalhador rural e seus dependentes.

¹⁰ Criado através da Lei Complementar nº 11, de 25 de Maio de 1971, a ser executado por meio do Funrural e subordinado ao antigo Ministério do Trabalho e Previdência Social. Esta lei revogou o Decreto-Lei nº 564, de 1 de Maio de 1969, que criou o Plano Básico de Previdência Social para os empregados e trabalhadores avulsos do setor rural da agroindústria canavieira, que estendeu isto a outras atividades rurais através do Decreto-Lei nº 704, de 14 de julho de 1969 (BELTRÃO *et al*, 2000).

Ministério do Trabalho, o Funrural, vinculado agora ao Ministério da Previdência, passa a contemplar as prestações por acidente do trabalho, financiadas por uma contribuição incidente sobre o valor comercial dos produtos agropecuários em sua primeira comercialização, conforme a Lei nº 6.195, de 19 de Dezembro de 1974. Além do auxílio-doença, ficou prevista a assistência médica e, em colaboração com o INPS, programas de reabilitação profissional.

Com a criação do SINPAS em 1977, o INPS mantém os benefícios concedidos ao Funrural e ao Prorural, e os decorrentes de acidentes de trabalho, incluindo assistência complementar, reeducativa e de readaptação profissional aos trabalhadores rurais. Ao INAMPS, criado neste momento, caberia a prestação de serviços de saúde e assistência médica a estes trabalhadores:

Art 6º - Ao INAMPS compete prestar assistência médica, de acordo com os seguintes programas:

I - programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior; (...)

III - programas de assistência médica aos rurais, abrangendo os serviços de saúde e a assistência médica devidos, respectivamente, aos trabalhadores e aos empregadores rurais, na forma do disposto no item III do artigo anterior; (BRASIL, 1977)

Conforme já apontamos, somente com a Constituição Federal a universalização do direito à saúde para toda a população rural é consolidada, rompendo irreversivelmente o laço que vinculava o direito de assistência à saúde à previdência. Em 1993, o INAMPS é extinto por meio da Lei nº 8.689, de 27 de Julho de 1993, e suas funções, competências, atividades e atribuições são absorvidas pelo SUS, e o INSS é criado pelo Decreto nº 99.350, de 27 de Junho de 1990 através da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS com o INPS, que passou desde então a concentrar a concessão e manutenção de benefícios e a cobrança de contribuições previdenciárias. Além de consagrar antigas reivindicações dos trabalhadores e trabalhadoras rurais com relação à extensão dos direitos sociais ao campo, são estas mudanças que vão permitir, especialmente a partir da década de 1990, um pouco mais de visibilidade com relação ao adoecimento destes trabalhadores. Trata-se, mais especificamente, da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, documento de preenchimento obrigatório no caso de identificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, e que deve ser entregue aos postos do INSS.

Apesar destas mudanças que se aceleraram na década de 1970, o Ministério do Trabalho manteve uma centralidade em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores, com

algumas mudanças. Grande parte do Capítulo V do Título II do Decreto-Lei 5.452/1943 (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), denominado “Da Segurança e Medicina do Trabalho” passou por uma reformulação em 1977 por meio da Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Além de manter o Ministério do Trabalho como órgão fiscalizador por excelência das condições de realização do trabalho, esta reformulação delegou a ele inúmeras competências para regulamentar (normatizar) e complementar as normas do capítulo. Como são bastante extensas, resumimos algumas delas para dimensionar a questão, constantes na referida lei:

- Fiscalização do cumprimento das normas de segurança e saúde do trabalho;
- Determinação das obras e reparos que se façam necessárias em qualquer local de trabalho, observadas as medidas do capítulo;
- Imposição de penalidades cabíveis pelo descumprimento das normas constantes no capítulo.
- Obrigatoriedade de a empresa comunicar à Delegacia Regional do Trabalho – DRT¹¹ qualquer mudança substancial nas instalações.
- Pode o Delegado Regional do Trabalho, à vista de laudo técnico que demonstre risco grave e iminente para o trabalhador, interditar estabelecimento, setor de serviço, máquina ou equipamento, ou embargar obra.
- Regulamentar as atribuições, composição e funcionamento das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes¹².
- Indicar Certificado de Aprovação para a venda ou utilização dos equipamentos de proteção.
- Expedir instruções complementares sobre o exame médico, além daqueles realizados na admissão, demissão e periodicamente (neste caso, de acordo com o risco da atividade e o tempo de exposição, estabelecido pelo Ministério do Trabalho).
- Obrigatoriedade da notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, em conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho;

¹¹ Atualmente a Delegacia Regional do Trabalho e a Subdelegacia Regional de Trabalho são denominadas, respectivamente, Superintendência Regional do Trabalho – SRTE e Gerência Regional do Trabalho – GRT.

¹² A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA deve ser composta de representantes da empresa e dos empregados e somente foi regulamentada pela Portaria da Secretaria de Segurança e Saúde do Ministério do Trabalho nº 8 de 1999, a Norma Regulamentadora nº 5. De acordo com esta norma, a CIPA deve, dentre outras coisas, identificar riscos do processo de trabalho, verificação periódica nos ambientes e condições de trabalho, divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde do trabalho, etc.

- Estabelecer condições de segurança e higiene em diversos aspectos, como a infraestrutura do local de trabalho, condições de conforto térmico, atividades e operações insalubres, com limites de tolerância aos agentes nocivos.
- Estabelecer disposições complementares sobre a “higiene nos locais de trabalho, com discriminação das exigências, instalações sanitárias, com separação de sexos, chuveiros, lavatórios, vestiários e armários individuais, refeitórios ou condições de conforto por ocasião das refeições, fornecimento de água potável, condições de limpeza dos locais de trabalho e modo de sua execução, tratamento de resíduos industriais”.

Logo após esta reformulação do Capítulo V da CLT, com ampla delegação normativa conferida ao Ministério do Trabalho, este editou a Portaria MTb nº 3.214, de 8 de junho de 1978, que aprovou as Normas Regulamentadoras relativas a segurança e saúde do trabalho, passando a ser o principal instrumento normatizador que orienta as ações de inspeção do trabalho.

Mas a delegação normativa e as próprias normas continuaram (e continuam) sendo distintas para os trabalhadores rurais, apesar do princípio da isonomia entre direitos de trabalhadores urbanos e rurais previsto na Constituição de 1988. A lei que rege até hoje as relações de trabalho rural e que revogou o Estatuto do Trabalhador Rural (Lei 4.214/1963), é a Lei nº 5.889, de 8 de junho de 1973, e não a CLT (esta é aplicável somente no que não colidir com a Lei 5.889). Ela prevê, basicamente, duas espécies de contrato de trabalho rural: por prazo indeterminado e por prazo determinado¹³; este último inclui o contrato de safra, que tem sua duração dependente de variações estacionais da atividade agrícola¹⁴ (parágrafo único do artigo 14), geralmente não excedendo um ano de duração.

Ainda com relação à mesma lei, há determinação em seu artigo 13 de que “nos locais de trabalho rural serão observadas as normas de segurança e higiene estabelecidas em portaria do Ministro do Trabalho e Previdência Social”. A Portaria que primeiro previu esta medida foi a Portaria MTb nº 3.067, de 12 de Abril de 1988, que aprovou as Normas Regulamentadoras do Trabalho Rural – NRR, disposta sobre o Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural – SEPATR, Comissão Interna de Prevenção de

¹³ Uma das modalidades de prazo determinado surgiu em 2008 – o “contrato por pequeno prazo”, através da lei 11.718, que modificou a Lei 5.889, admitindo a figura do trabalhador rural temporário, com prazo máximo de duração de 2 meses no decorrer de um ano, mediante expressa autorização em acordo ou convenção coletiva. Os contratos de parceria e meação são, atualmente, regidos pelo Código Civil, a menos que sejam impróprios (fraudulentos), atraídos neste caso para a esfera do contrato de trabalho.

¹⁴ Como, por exemplo, a soja, o algodão, o milho e a própria cana de açúcar.

Acidentes do Trabalho Rural – CIPATR, Equipamentos de Proteção Individual – EPIs e o uso de produtos químicos. Mesmo com esta NRR, a aplicação das normas ao mundo rural se misturava com aquelas destinadas (ou pensadas) para o mundo de trabalho urbano, e somente em 2005 seria elaborada uma norma de segurança e saúde de aplicação mais efetiva ao meio rural.

Uma das justificativas para esta demora foi o fato de que a grande maioria das Normas Regulamentadoras (todas elaboradas e sob a ingerência do Ministério do Trabalho) não só eram elaboradas para o meio urbano, mas sua aplicabilidade seria direcionada para os ambientes de trabalho com empregados regidos pela CLT (é o que prevê o primeiro item da primeira Norma Regulamentadora – NR-1, publicada em junho de 1978).

A portaria do MTE criada em 2005 para os trabalhadores rurais¹⁵, a “Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura”, NR-31, foi elaborada a partir de discussões oriundas da Comissão Permanente Nacional Rural – CPNR, instalada em 2001 com representantes de diversos segmentos (trabalhadores, empregadores e governo) e pela aprovação de proposta do Grupo de Trabalho Tripartite - GTTR. A primeira reunião do GTTR ocorreu no dia 11 de dezembro de 2001 (CPNR; GTTR, 2001) e a discussão sobre a elaboração da norma regulamentadora rural contou com muitos entraves e dificuldades de entendimento entre a Confederação Nacional da Agroindústria – CNA, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG e o próprio governo.

Por diversos momentos, a CNA anunciou a sua saída das negociações, alegando dificuldades de cumprimento das normas regulamentadoras rurais já existentes por parte dos empregadores que, além de terem que cumprir-las, precisavam cumprir as normas regulamentadoras urbanas, sendo submetidos, portanto, a pressões por parte do MTE. A resposta da CONTAG a esta questão foi no sentido de defender a utilização de uma única norma para o setor rural uma vez aprovada a NR-31, que poderia servir como melhores condições dignas de trabalho, mobilizando como exemplo o degradante trabalho dos cortadores de cana (GTTR, 2004).

Finalmente em março de 2005 foi publicada a NR-31, atribuindo à Secretaria de Inspeção do Trabalho do MTE¹⁶ a ingerência sobre a matéria. Podemos dividir esta norma em

¹⁵ Portaria MTE nº 86, de 3 de março de 2005.

¹⁶ Atualmente, de acordo com a estrutura regimental do Ministério do Trabalho e Emprego (Decreto nº 5.063, de 3 de Maio de 2004), é de sua competência elaborar diretrizes para a modernização das relações de trabalho e para a segurança e saúde do trabalho através da Secretaria de Inspeção do Trabalho – SIT (responsável por combater todas as formas de trabalho degradante, segundo o artigo 14 do Regimento), que possui o

duas partes: uma relativa a instituições, espaços de participação, gestão e administração das medidas em segurança e saúde no trabalho; a segunda refere-se a tópicos temáticos sobre as condições em que devem ser realizadas as atividades de trabalho rural e, por serem muito extensas, enunciamos apenas a que se referem: agrotóxicos, adjuvantes e produtos afins; meio ambiente e resíduos; ergonomia; ferramentas manuais; máquinas, equipamentos e implementos; secadores; silos; acessos e vias de circulação; transporte de trabalhadores; transporte de cargas; trabalho com animais; fatores climáticos e topográficos; medidas de proteção pessoal; edificações rurais; instalações elétricas; e áreas de vivência. Estes pontos podem ser compreendidos como uma elaboração mais detalhada e extensa daqueles constantes na CLT.

Com relação à primeira parte, ao nível do local de trabalho rural que mantenha vinte ou mais empregados contratados por prazo indeterminado, fica a empresa obrigada a manter uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural – CIPATR em cada estabelecimento, com representação dos trabalhadores e empregadores. No caso dos estabelecimentos com o número de onze a dezenove empregados, “nos períodos de safra ou de alta concentração de empregados por prazo determinado, a assistência em matéria de segurança e saúde no trabalho será garantida pelo empregador diretamente ou através de preposto ou de profissional por ele contratado”. Fica também prevista a criação do Serviço Especializado em Segurança e Saúde no Trabalho Rural – SESTR. A instância nacional encarregada das questões de segurança e saúde no trabalho rural da NR-31 fica sob a responsabilidade da Comissão Permanente Nacional Rural, que deve atuar por meio das Comissões Permanentes Regionais Rurais (CPRR), com representação tripartite.

Além do papel de fiscalizador deste aparato montado a partir da década de 1970 e apesar de ter passado por algumas mudanças, é importante frisar que o Ministério do Trabalho, que não passou por uma reestruturação mais aprofundada quando comparado com os Ministérios da Saúde e da Previdência, assume, no plano normativo, uma função mais próxima das condições de realização do trabalho rural por dois motivos. Conforme veremos no capítulo três, o Ministério da Saúde *começa* a montar uma estrutura institucional que prevê ações de vigilância sanitária e epidemiológica após a Constituição Federal, e o Ministério do Trabalho *agrega* funções de vigilância (dito de outra forma, de inspeção) a partir de um aparato já previamente montado. Segundo, o MTE possui na inspeção do trabalho um de seus

Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho – DSST, responsável por definir, coordenar, orientar e implementar a política nacional em segurança e saúde no trabalho rural. A SIT executa as atividades definidas na política e de fiscalização, de acordo com a NR-31, através das Superintendências Regionais do Trabalho.

pilares, o que significa uma prioridade neste campo, não se limitando a vistorias técnicas, mas na atenção ao cumprimento de contratos de trabalho e convenções coletivas. Não à toa, uma das primeiras medidas na apuração das causas de um acidente de trabalho ou doença ocupacional, é verificar se a empresa cumpria as normas regulamentadoras (OLIVEIRA, 2007).

Estamos tratando aqui, na realidade, de dois planos analíticos. Um deles é o da produção das leis e do direito, e o outro, o da operação dos mesmos. Esta questão remete a um dos problemas cruciais colocado por Cardoso (2002) e Cardoso & Lage (2005; 2007) que é o da vigência real da legislação no plano cotidiano das relações de trabalho, o que supõe o reconhecimento de um modelo de relações de trabalho fundamentado na legislação, em que o direito é mediador irrenunciável das disputas entre capital e trabalho. Conforme veremos a seguir, esta questão se fez (e se faz) presente no caso dos trabalhadores e trabalhadoras da cultura de cana-de-açúcar em Campos dos Goytacazes, que é uma experiência exemplar de como a vigência da lei (sua “facticidade”) está permeada por fatores e circunstâncias diversas e reflete, no fundo, um intrincado ambiente de disputa dos agentes de produção, capital e trabalho em torno do direito do trabalho, inclusive da segurança e saúde.

1.2. Antecedentes da segurança e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes e as transformações nas suas relações de trabalho

A previdência social, conforme já vimos, regia-se por meio do formato dos Institutos de Aposentadoria e Pensão. Somente em 1963 surge com o Estatuto do Trabalhador Rural a primeira preocupação mais efetiva com a segurança e saúde do trabalhador rural, criando o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural, que atribuiu ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários a prestação de assistência médica, aposentadoria por invalidez ou velhice, auxílio doença, assistência à maternidade, e outros. Mas somente na década de 1970 que a assistência médica e social às populações do campo começou a ser estruturada, apesar de todos os efeitos negativos do período. A situação de desproteção social destes trabalhadores justifica por que as pautas de reivindicação da segurança e saúde para os trabalhadores do campo surgem já no início da organização dos sindicatos rurais no país, especialmente nas décadas de 1950 e 1960.

O sindicalismo rural, de extrema importância para a segurança dos trabalhadores, começa a ser reconhecido somente na década de 1950 e no início da década de 1960 quando se inicia um impulso de reconhecimento de sindicatos rurais no Ministério do Trabalho e da

Previdência Social – MTPS, sendo que somente a partir de 1962, até o regime político de 1964, pela primeira vez o Governo passa a agente estimulador da criação de sindicatos rurais. Narrando esta história que vai do período 1954-1964, Luiz Flávio de Carvalho Costa (COSTA, 1996) demonstra que uma das grandes dificuldades do reconhecimento destes sindicatos residia no fato de que, até maio de 1962, o Decreto que permitia a sua regulamentação jurídica (Decreto-Lei nº 7.038, de 10 de Novembro de 1944), não elaborava um quadro de atividades e profissões do campo, sendo esta brecha uma das justificativas para a negação sistemática dos requerimentos de cartas sindicais rurais (Idem, p. 12).

Apesar dos problemas contidos naquele Decreto-Lei, o mesmo servirá, futuramente, para que ocorra o registro de novos sindicatos. Ainda segundo Costa (1996), a história do sindicalismo rural pré-1964 pode ser dividida em três fases¹⁷: a primeira abre-se com a realização da I Conferência Nacional dos Trabalhadores Agrícolas (CNTA) de 1953, consagrada pela II CNTA em 1954, e pelo início de uma mobilização de forças do antigo Partido Comunista do Brasil – PCB para uma ação política no campo; a segunda, iniciada com uma nova ação política do PCB a partir de 1959 até meados de 1962; e a terceira, de meados de 1962 a 1964, em que ocorre uma maior disputa pela hegemonia do associativismo rural, traduzida, especialmente, pela concorrência do Governo no reconhecimento de sindicatos rurais e pela corrida na criação das federações de âmbito estadual e da confederação no plano nacional.

Já na primeira fase, surge no âmbito do sindicalismo rural o tema da segurança e saúde, na “Carta dos Direitos e das Reivindicações dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil”, como um dos desdobramentos da II CNTA. A Carta aponta para a

(...) recuperação do atraso social dos lavradores e dos trabalhadores agrícolas, pela aplicação das mesmas garantias e direitos de que desfrutam os trabalhadores da indústria. A Previdência Social aos lavradores e trabalhadores agrícolas deve estar a cargo do Estado e dos patrões e garantir todos os encargos sociais, como acidentes de trabalho, indenização por despedida etc. (COSTA, 1996, p. 33)

Este tipo de reivindicação denuncia a situação de desproteção social dos trabalhadores rurais à época, evidenciada também pela carência de legislação própria. Isto se agrava quando

¹⁷ Sem incluir aqui o que o autor chama de “história primitiva” do sindicalismo rural, que vai da primeira redemocratização do país de 1945 até a realização da I Conferência Nacional dos Trabalhadores Agrícolas (CNTA), em 1953. Neste momento, a organização dos camponeses ocorria ainda de forma elementar e a legislação trabalhista a partir de 1930, consagrada na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT de 1943, não oferecia proteção social aos trabalhadores rurais, a não ser férias remuneradas, aviso prévio, normas de contrato de trabalho, remuneração e anulação dos contratos de trabalho (COSTA, 1996, pp. 9-10).

se constata a demora de se desenvolver os canais de expressão destes trabalhadores, bem como as dificuldades do processo de reconhecimento dos sindicatos. Um importante dado levantado pela União dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil – ULTAB de dezembro de 1955, indica a existência de apenas 25 sindicatos de assalariados agrícolas no país, sendo nove em São Paulo e seis em Pernambuco (Idem).

No Estado do Rio de Janeiro, constavam somente dois sindicatos: o Rural Assalariados Agr. Da Lavoura Canavieira, e o de Operários de Usina de Campos. Dado interessante é que este último é, segundo os dados levantados pelo autor¹⁸, o segundo maior sindicato, com 6.000 sócios, perdendo apenas para o Sindicato Rural de Ilhéus e Itabuna, na Bahia. Segundo outro levantamento apontado, veiculado pelo periódico “Terra Livre”, em dezembro de 1956 existiam 49 sindicatos rurais fundados em território nacional segundo o Decreto-Lei nº 7.048, sendo o município de Campos o único do Estado do Rio de Janeiro a ter um registro, e possivelmente o primeiro município a ter um sindicato reconhecido pelo Ministério do Trabalho (Sindicato dos Empregados Rurais de Campos) até maio de 1962, constando sua carta sindical de 9 de Agosto de 1946 (Idem, p. 95). Isto indica que Campos é um dos municípios pioneiros na história do sindicalismo rural brasileiro, o que sugere que a história do município está fortemente entrelaçada com o sindicalismo rural.

A antiguidade da presença destes sindicatos em Campos, todavia, não pode ser vista como o prenúncio de uma desenvolvida cidadania rural. No plano efetivo, esta esbarrava em graves entraves. Delma Pessanha Neves, narrando a história da constituição social dos fornecedores de cana no Município de Campos, identifica no ano de 1933 a criação do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria do Açúcar e Classe Anexa e, em 1938, a criação do Sindicato dos Trabalhadores Agrícolas e Pecuários de Campos, agregando os filiados às fazendas de usina e às de agricultores ou fazendeiros (NEVES, 1997, p. 82). Foi a partir da década de 1940, contudo, que se iniciou a expansão da produção e cultivo da cana naquele município¹⁹, bem como o processo de extinção dos regimes de colonato e morada. Isto foi impulsionado em grande parte por medidas estabelecidas pelo Instituto do Açúcar e do Álcool – IAA, criado em 1933, tais como: estabelecimento de quotas de produção para cada usina, financiamento da comercialização do açúcar, estabilidade dos preços do açúcar e do álcool no mercado interno, e apoio técnico para capacitação das indústrias e usinas.

¹⁸ Considerados os problemas nestes dados, como a não declaração do número de sócios pela maioria dos sindicatos (Idem, p. 36).

¹⁹ Segundo dados apontados pela autora, a produção de cana no estado do Rio de Janeiro na década de 1940 foi 60% superior com relação à década de 1930 (Idem, p. 85).

No plano político, a partir do golpe de 1937, a intervenção federal nos municípios se intensifica e, no caso do Estado do Rio de Janeiro, é nomeado Amaral Peixoto como interventor federal, personagem de extrema importância na formação de alianças e cooptação de lideranças no interior do estado, mediando interesses entre os plantadores²⁰ e fazendeiros de cana, o Presidente da República e o IAA (Idem, p. 93). Ao mesmo tempo em que se consolidavam os interesses econômicos dos usineiros, constituía-se também a figura do fornecedor de cana, em especial com o Decreto-Lei nº 3.855, de 21 de Novembro de 1941, que estabeleceu o Estatuto da Lavoura Canavieira, atribuindo a este personagem a posição de proprietário de fundo agrícola, uma quota de produção a ele vinculada e o cálculo do preço da cana em correspondência com os preços do açúcar e do álcool²¹ (Idem, *Ibidem*).

Mas apesar da constituição do fornecedor de cana, no plano político uma vez mais se faziam sentir os grandes diferenciais. Na prática, tanto o Sindicato Agrícola de Campos, que fora criado em 1922, quanto o Banco dos Lavradores, eram controlados por um mesmo grupo político, geralmente os plantadores de cana, que mantiveram o controle de mecanismos institucionais de diálogo com o Estado e com os usineiros²². Com relação aos trabalhadores rurais, foram utilizadas basicamente duas formas de submissão deles neste sistema produtivo, o que explica em grande parte as dificuldades de se consolidar práticas de representação política no período.

O primeiro foi justamente através da utilização de determinados direitos legais adquiridos: o Estatuto da Lavoura Canavieira instituiu uma arrecadação de Cr\$ 1,00 por tonelada de cana para a constituição de um fundo voltado para a assistência à produção e “contratos-tipos”, a juízo do IAA, e previam assistência médica e hospitalar e ensino primário gratuito às crianças em idade escolar; o Decreto-Lei nº 6.969, de 19 de outubro de 1944 incluiu a oferta de assistência médico-legal para os colonos e trabalhadores rurais; e o

²⁰ Os plantadores de cana são definidos pela autora como “os proprietários de área de terra com extensão geralmente acima de 100ha, aproximadamente, que administram uma produção fundada no trabalho assalariado” (Idem, p. 18).

²¹ Além do Estatuto, conforme destaca a autora, no período a partir de 1937, outras medidas importantes para os fornecedores e para o desenvolvimento da região foram: a criação do Conselho de Economia e Finanças do Estado do Rio de Janeiro em 1938, composto pelos secretários do Estado e representantes da indústria, comércio e agricultura; a criação do Banco dos Lavradores do Estado do Rio de Janeiro em 1941; e a construção de uma rodovia ligando Campos ao município do Rio de Janeiro em 1943.

²² Este quadro, comum não só a Campos, era representativo do período de intervenção do Estado no plano nacional até 1945, especialmente na região Centro-Sul, que foi beneficiada em termos de expansão da produção da cana, conforme identifica Marinho (2011): “Pode-se dizer que na primeira fase da intervenção estatal, até 1945, houve uma tentativa de contemplar, de certa forma, os interesses dos diversos grupos sociais do complexo sucroalcooleiro e das diversas regiões produtivas (...). É importante reter que a Revolução de 1930 representou o acesso ao poder de parcelas da burguesia e a quebra do poder hegemônico dos grandes proprietários rurais. Entretanto, não representou uma ruptura absoluta no esquema de poder anterior, senão um movimento acomodatício entre as antigas classes rurais e as novas classes burguesas, característico do tipo de revolução passiva que aqui vicejou”.

Decreto-Lei nº 9.827, de 10 de Setembro de 1946 redefiniu as condições de assistência aos trabalhadores. Na prática, contudo, os serviços de assistência médica aos colonos e trabalhadores rurais foram estabelecidos em grande parte no âmbito do Sindicato Agrícola de Campos em 1948, através da criação do Serviço de Assistência Médico-Social. No mesmo ano, este Sindicato foi substituído pela Associação Fluminense dos Plantadores de Cana – ASFLUCAN, onde se criou o Departamento de Assistência Médico-Social. A assistência médica aos trabalhadores rurais de Campos os vinculava assim de forma dependente aos plantadores de cana:

A oferta de assistência médica segundo critérios institucionais pressupunha continuidades e descontinuidades nas relações subjacentes ao sistema social em que esses produtores estavam inseridos. Como foi visto no capítulo anterior, trabalhadores e colonos estavam ligados a essa atividade mediante formas de filiação e regras de reciprocidade construídas junto aos plantadores de cana, em que a assistência era constitutiva do sistema de poder mais personalizado então vigente. A criação de serviços de assistência oferecidos por instituições tuteladas pelos grandes e médios produtores mantinha a oferta de recursos complementares à reprodução social dessa clientela, mas os oferecia mediante critérios mais impessoais. Contudo, este mesmo acesso dependia em grande parte da constituição de relações personalizadas com aqueles produtores, do seu reconhecimento como empregador ou de sua contribuição para locomoção etc. (NEVES, 1997, p. 99).

A segunda forma de submissão se deu justamente no âmbito das entidades de representação. A transformação do Sindicato Agrícola de Campos em associação (ASFLUCAN), conforme mencionado acima, limitou as reivindicações dos trabalhadores das fazendas. Antes disso, havia uma contenda antiga entre o Sindicato Agrícola e o Sindicato dos Empregados Rurais de Campos acerca do encaminhamento das reivindicações salariais destes trabalhadores. Com a criação da ASFLUCAN, paradoxalmente argumentou-se que a existência de um sindicato de empregados rurais sem uma instituição correspondente do lado patronal que pudesse representar os fornecedores nos trâmites jurídicos e burocráticos, comprometia as reivindicações dos trabalhadores:

(...) os plantadores de cana circunscreveram as ações desses trabalhadores, alegando que não dispunham de instituição de representação da categoria para efeitos de decisão de dissídio coletivo, porque o sindicato patronal não era reconhecido, da mesma forma que o dos trabalhadores até 1944 (Idem, p. 102).

Estas formas de submissão se agravariam nos anos seguintes, especialmente a partir da década de 1950, em que ocorre uma expansão substancial da cultura de cana-de-açúcar através das demandas do mercado interno do país. Na época, o IAA recebia uma estrutura administrativa mais ampla e mais complexa e foi um dos indutores importantes do crescimento neste setor, que não apresentava ainda riscos de superprodução em médio prazo: a absorção da produção não era preocupação por conta das exportações da cana-de-açúcar para produção do álcool direto ou estocagem de açúcar ou o aumento da demanda do álcool como combustível auxiliar, denominado álcool anidro (SZMRECSÁNYI, 1979). Outra mudança importante foi o início da consolidação da hegemonia dos produtores do Centro-Sul, que pressionaram o IAA diante da concorrência destes com os produtores do Nordeste. O resultado foi que, na segunda metade de 1950, finalmente o Centro-Sul fora autorizado a aumentar suas capacidades instaladas de acordo com os mercados regionais por eles abastecidos, beneficiando principalmente São Paulo, enquanto que a região Nordeste foi orientada em grande parte para exportação²³.

Apesar de, em termos internacionais, a produção brasileira apresentar um alto custo e uma baixa produtividade, que somente seria modificada durante e em meio a uma crise de superprodução na década de 1960, houve neste período uma expansão da capacidade instalada das usinas e a tendência de sua maior utilização na agroindústria do Centro-Sul. No caso de Campos dos Goytacazes, esta expansão foi estimulada por uma série de políticas: programas especiais do Ministério da Agricultura de crédito para compra de tratores, caminhões e jipes importados, através do Fundo de Mecanização da Lavoura; criação do Plano Estadual de Mecanização da Lavoura no âmbito da Secretaria de Agricultura do estado do Rio de Janeiro; ampliação de créditos pelo IAA para os fornecedores através do Serviço de Mecanização do Banco dos Lavradores do Estado do Rio de Janeiro; e obras de infraestrutura como a pavimentação da estrada que ligava Campos a Niterói e abertura de estradas conectando municípios circunvizinhos (NEVES, 1997, pp.111-113).

A expansão da produção, traduzida na expansão das áreas de cultivo, na mecanização e modificações técnicas de produção e no processo de concentração industrial e de terras, ocasionou uma forte alteração da organização sociopolítica de Campos. Usineiros e plantadores de cana ampliaram a apropriação da força de trabalho, intensificando-a e reduzindo seu valor através de formas de contratação temporária e de trabalho clandestino. Isto se deu, basicamente, por dois fatores: a concentração de propriedades de terra pelos

²³ A hegemonia foi consolidada com a Resolução nº 1.284, de 20 de dezembro de 1957, que deixou de utilizar o critério de distribuição espacial da produção entre os Estados, beneficiando as usinas já existentes (Idem).

plantadores através da expropriação dos colonos e dos moradores, e a aquisição de instrumentos mecanizados pelos lavradores (NEVES, 1997).

A expropriação dos colonos se iniciou, conforme relata a autora, a partir do Estatuto da Lavoura Canavieira de 1941 e do Decreto-Lei nº 6.969 de 1944 que, ao conferirem a eles certos direitos legais, impeliram os proprietários a se livrarem destes compromissos. Com o processo de mecanização, interessava ainda mais aos empregadores a criação de alternativas de imposição de mecanismos extras de apropriação de sobretrabalho²⁴. Casos arquivados no Sindicato dos Trabalhadores Rurais documentando situações de falecimento de colonos em que sua família reivindicava a manutenção ou indenização da benfeitoria indicavam alguns dos dissídios envolvendo o processo de expropriação, estudados pela autora. A intermediação de situações de conflito sobre a permanência na terra de famílias de colonos era intermediada pelos dirigentes sindicais ou diretamente através do IAA, mesmo antes da promulgação do Estatuto da Lavoura Canavieira. As primeiras iniciativas para constituir um mediador recaíam sobre o presidente do sindicato, que visitava ele próprio a lavoura e apresentava uma proposta. Caso não se chegasse a bom termo, o processo era encaminhado ao IAA (Idem, pp. 125-126).

Também no processo de extinção da morada concorreram fatores como as alternativas criadas pelo uso de instrumentos mecanizados, mudanças nas condições técnicas da produção, uso extensivo do solo para cultura especializada da cana e exploração de sobretrabalho mediante baixa remuneração (Idem, p. 129). O rompimento da relação de morada implicava no reconhecimento legal do vínculo de trabalho, através da rescisão de contrato. Apesar de isso trazer algumas vantagens aos moradores (carteira assinada, salário mínimo, décimo-terceiro, férias e repouso remunerado), não era uma situação de simples escolha, pois implicava na perda da casa e das lavouras de subsistência. Vantagens do moderno, vantagens do atraso sob a ótica do trabalhador, pois, ao preço de se manter sob o domínio pessoal do empregador e de manter, ainda que em condições mais precárias, uma residência, ele em alguns casos mantinha resquícios da antiga relação:

Muitas vezes o proprietário facilitava o acesso à casa de moradia fora da fazenda, nos povoados próximos, como meio de pôr fim à relação antiga, mas esta atitude era estimulada pelo trabalhador. Residindo em casas em mau estado de conservação, sem fonte de água próxima e luz elétrica, distante de escola para os filhos e das estradas por onde circulavam ônibus

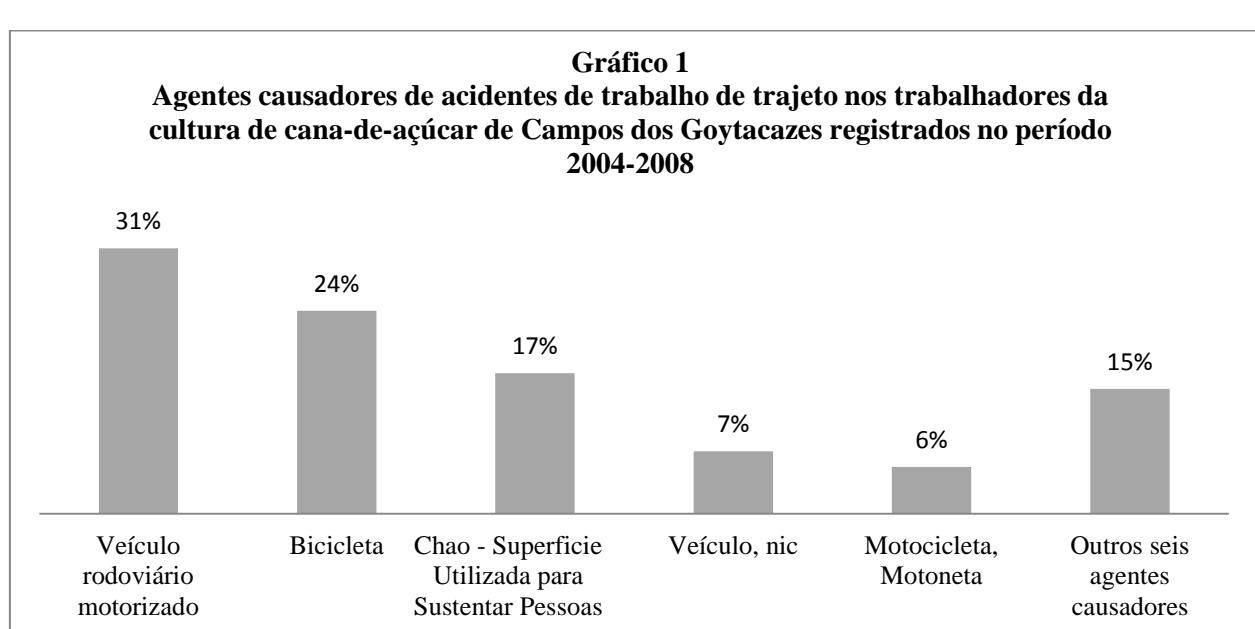
²⁴ Além da questão da concentração de terras, a ampliação da produção, em grande parte através de novas técnicas e ferramentas de plantio e cultivo da cana-de-açúcar, demandava um maior contingente de trabalhadores, incluindo a possibilidade de assalariamento do colono e de sua família.

que os conduziam à cidade em busca de assistência médica (principalmente), eles preferiam transferir residência, por iniciativa própria ou auxiliados pelo empregador. Passavam então a fazer uso de bicicletas para se locomoverem da casa ao trabalho e vice-versa. Rompiam assim com uma relação de trabalho que já não oferecia tantas vantagens, mas os mantinha sob o domínio pessoal do patrão. (Idem, p. 132).

No rol das desvantagens, precisamente captada no fragmento acima, reside justamente aquela oriunda de uma combinação do atraso com o moderno. O acesso ao trabalho e aos serviços por parte dos trabalhadores (inclusive e principalmente de assistência médica, conforme destaca a autora), já numa relação de moradia com residência mais afastada dos domínios senhoriais, e com reconhecimento de alguns direitos trabalhistas, o transporte do trabalhador se dava por meio de bicicletas, possivelmente em ruas não pavimentadas. Esta ruptura do domínio pessoal do patrão, conforme veremos, de fato ocorre de forma crescente, implicando futuramente numa morada mais independente do trabalhador. Mas, surpreendentemente, a bicicleta permanece remanescente na vida dos trabalhadores.

Isto é o que indicam os registros das Comunicações de Acidente de Trabalho – CATs, dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes: dos 54 acidentes de trabalho de trajeto registrados, 13 foram ocasionados pelo uso de bicicletas, ou seja, quase 25% do total (Gráfico 1), perdendo apenas para os acidentes ocasionados por veículo rodoviário motorizado, que totalizam 31% dos casos. A permanência da utilização da bicicleta como transporte para o trabalho nos canaviais é particularmente grave, pois, além de demandar um esforço físico extra, antes e após um trabalho físico de grande intensidade, indica a permanência de condições precárias de trabalho e habitação.

Gráfico 1
Agentes causadores de acidentes de trabalho de trajeto nos trabalhadores da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes registrados no período 2004-2008



Fonte: CATs / DATAPREV, 2004-2008.

A década de 1960, além de dar continuidade às transformações acima descritas, foi um marco no desenvolvimento da agroindústria canavieira, consolidando sua expansão através de uma orientação para o mercado externo, o que implicou em mudanças importantes na política nacional do setor. Esta fase de ampliação voltada para o mercado externo é demarcada por Szmrecsányi (1979) pelo período de 1960 a 1968, tendo como marco as perspectivas abertas ao Brasil pela Revolução Cubana, em especial para o mercado preferencial norte-americano. Incrementar as exportações foi o carro-chefe das políticas para a cana-de-açúcar e significou, no plano interno, uma ampliação da capacidade produtiva do parque industrial e das lavouras, conduzida pelo Instituto do Açúcar e do Álcool. As duas primeiras medidas para consumar estes objetivos foram a criação do “Fundo de Recuperação da Agroindústria Canavieira”, por meio do Decreto nº 51.104, de 1 de Agosto de 1961, e a criação do “Fundo de Consolidação e Fomento da Agroindústria Canavieira”, por meio do Decreto nº 156, de 17 de Novembro de 1961.

Apesar de ambas se voltarem quase que exclusivamente para o fomento das exportações, através, em grande parte, de operações de crédito para usinas, cooperativas de fornecedores e bancos de fornecedores de cana, estava previsto que parte dos recursos fosse destinado à assistência médica aos trabalhadores e seus familiares. No caso do segundo fundo mencionado, recursos deveriam ser utilizados para a “alimentação e vestuário, a preço de custo ao consumidor, por intermédio de cooperativas, reembolsáveis e outras entidades; educação primária e profissional gratuitas; higiene e saúde por meio de assistência médica e hospitalar; habitação condigna” (SZMRECSÁNYI, 1979, pp. 256-259).

Mas a prestação de serviços de assistência médica foi mantida nos mesmos moldes e foi decisiva para a consolidação de uma ordem social em Campos dos Goytacazes, segundo os interesses dos plantadores. A partir de 1956 a ASFLUCAN, utilizando verbas complementares oferecidas pelo IAA, construiu cinco ambulatórios em distritos de Campos para o atendimento aos fornecedores e trabalhadores, em 1958 foi criado o ambulatório central na cidade e em 1963 entrou em funcionamento o Hospital dos Plantadores de Cana, com 70 leitos (NEVES, 1997, p. 145). A novidade foi que a concessão destes serviços, ao mesmo tempo em que reafirmava a posição do plantador fundado numa “troca de lealdades e reciprocidades”, o caracterizava como empregador e, ao mesmo tempo, atribuiu direitos e motivos para que os trabalhadores reivindicassem o reconhecimento legal da relação de

trabalho, pois a ASFLUCAN demandava autorização do empregador para o atendimento em saúde (Idem, p. 146).

O reconhecimento, no plano legal, dos vínculos de trabalho, é um dos fatores cruciais desta discussão. O crescente processo de extinção da morada e do colonato iniciados na década de 1940, conforme a descrição da autora, fora acompanhado por uma tendência também crescente de os trabalhadores reivindicarem os direitos adquiridos frente aos seus empregadores. Estes, por seu turno, principalmente com a consolidação dos plantadores no período de expansão e mecanização da produção de cana a partir de década de 1950, conforme já apontamos, passaram a acionar mecanismos de intensificação e redução dos custos da força de trabalho. A legislação funcionou para os trabalhadores como uma instância externa aos agentes diretamente envolvidos e as fissuras provocadas nas relações entre o empregado e empregador foram contrapostas às novas formas de associação e mediação através dos sindicatos:

A referência à legislação trabalhista – voltada para os trabalhadores urbanos ou industriais em especial – operava como recurso ao reconhecimento do sindicato e das precárias condições sociais e materiais de vida dos trabalhadores rurais. Por isso, constituiu-se em fator de suma importância na ordenação de pautas de conduta e visão política dos dirigentes do Sindicato dos Empregados Rurais. (Idem, p. 165).

Um primeiro corpo de leis da década de 1940 endossou esta perspectiva, que foi ainda mais aprofundada com o Estatuto do Trabalhador Rural de 1963. A mesma autora, na obra em questão, analisa as demandas dos trabalhadores arquivadas no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Campos, no período de 1944 a 1969. Destaca ela que, a partir da década de 1950, em que a exploração da força de trabalho começa a se intensificar, são frequentes os episódios de reivindicação de alguns direitos como o reajuste de salário mínimo e os descontos de aluguel das casas concedidas. É na década de 1960, contudo, que esta exploração se aprofunda ainda mais, e os acidentes de trabalho destes trabalhadores começa a ganhar maior expressão. Ainda assim, os registros dos acidentes são precários: os disponíveis no Sindicato dos Trabalhadores só registravam aqueles em que havia pedidos de reinserção no trabalho e de indenização e pagamento de direitos, pois era comum o empregador romper o vínculo quando o trabalhador voltava de alta médica, e as melhores fontes eram através de notícias nos jornais locais (Idem, p. 175).

A partir deste período, mais especificamente em meados da década de 1960, como resultado das políticas de expansão da produção de açúcar, uma crise de superprodução irá

desencadear mudanças na política do setor. Neste período, o estado de São Paulo se consolidou como grande produtor de cana-de-açúcar, primeiramente através do “Plano de Expansão da Indústria Açucareira Nacional” em 1963, que ampliou o limite global de produção das usinas do país, sendo que os estados de São Paulo e Paraná, juntos passaram a deter quase 40% do limite nacional. Depois, em 1964, com a criação da Comissão Executiva do IAA, foi realizada uma avaliação dos candidatos às quotas de produção, dando prioridade à concessão de financiamentos para implantação de atividades agroindustriais substitutivas ao café. O Banco do Brasil foi o grande financiador da erradicação dos cafeeiros para plantio da cana, dispensando para tal o registro dos plantadores de cana no IAA, o que gerou uma “verdadeira corrida para a cana” (SZMRECSÁNYI, 1979, p. 273).

O resultado disso, junto a fatores externos como a queda acentuada do preço do açúcar no Mercado Livre Mundial, gerou a mencionada crise de superprodução, que atingiu seu ápice na safra 1965/1966: a produção alcançou 75,9 milhões e o consumo interno foi de apenas 46,4 milhões. Com isso, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, criou-se uma situação de intenso conflito entre os fornecedores e os usineiros, criando a necessidade de intervenção do Governo Federal (*Idem, ibidem*). Uma das explicações para este confronto, apontada pelo autor, é o fato de que o IAA passava, desde 1963, por um processo de debilitação de sua autoridade, ao ter parte de suas funções transferidas. Destaca-se a perda de sua competência na supervisão das relações de produção entre os trabalhadores, fornecedores e usineiros com a promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural²⁵ (SZMRECSÁNYI, 1979, p. 273).

A tentativa de se reestabelecer a disciplina da superprodução de açúcar veio inicialmente com a Lei nº 4.870, de 1º de Dezembro de 1965²⁶, através de reajustes de preços no mercado, de ampliação da produção dos fornecedores e estabelecimento de condições de

²⁵ Apesar de ter promovido avanços significativos, o ETR continha problemas, conforme aponta Costa (1996, p. 80): “A introdução de relações de produção de tipo capitalista (...) incluindo aqui o ETR como sua expressão jurídica, estabelece de fato as bases objetivas para o desenvolvimento das relações trabalhistas sem os conteúdos clientelísticos e patrimoniais, mas não provocará, automaticamente, mudanças na consciência do trabalhador, que venham a transformá-lo em revolucionário”. Podemos acrescentar a este argumento, o fato de que, além do aspecto de formação de consciência dos trabalhadores, expresso no conflituoso processo de reconhecimento dos sindicatos rurais, havia o problema da fiscalização das relações de trabalho, que naquele momento perdia a figura do IAA. Muito recentemente foram apontadas dificuldades de intervenção do Ministério do Trabalho e Emprego na fiscalização trabalhista (cf. CARDOSO & LAGE, 2005); há de se supor que na década de 1960, o quadro não era melhor, compondo uma situação bastante complexa de desproteção social dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, “inequacionável” somente da perspectiva do ETR.

²⁶ E posteriormente com a resolução nº 1974, de 1966, que dispôs sobre a comercialização do açúcar no mercado interno durante a safra 1966/1967, dividindo o território nacional em duas regiões açucareiras: Norte/Nordeste e Centro-Sul. Em 1968 houve os primeiros sintomas de recuperação dos preços do açúcar no Mercado Livre Mundial, e a assinatura do Acordo Internacional do Açúcar com vigência a partir de 1969 fez com que, no plano externo, aumentasse a demanda, favorecendo a economia nacional no período.

pagamento da cana e de um aumento do financiamento destinado ao setor, inclusive no que diz respeito à assistência aos trabalhadores (Idem, p. 281). Tal política, contudo, assim como no caso dos dois fundos criados em 1961, que acabamos de citar, ao prever financiamentos para a assistência social, gerava problemas do ponto de vista institucional e das próprias relações sociais. Boa parte dos serviços de saúde e educação continuava ao encargo dos empregadores, conferindo a eles um poder de influência enorme sobre a vida dos trabalhadores e trabalhadoras, de grande profundidade social, o que significava em última instância um comprometimento da cidadania rural. Vale lembrar que a expansão da produção no período em questão (1960-1968) ocorreu antes mesmo da criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – Prorural de 1971, e foi levada a cabo principalmente por conta do aumento da força produtiva, em especial dos trabalhadores e trabalhadoras do corte de cana, na medida em que a mecanização iniciada à época beneficiava as usinas e as atividades de plantio da cana, intensificando toda a cadeia produtiva.

O aprimoramento da qualidade da cana-de-açúcar para concorrência do país no mercado internacional foi posta em prática no intervalo 1969-1974, ainda segundo a periodização proposta por Szmrcecsányi (1979), momento em que também houve uma grande concentração industrial induzida pelas políticas. O desenvolvimento científico iniciou-se com a instalação do Laboratório Agroindustrial de Piracicaba e com a Estação Experimental de Cana-de-Açúcar de Araras, ambos do Estado de São Paulo. Apesar de posteriormente outras iniciativas tenham se concretizado em outros estados, as pesquisas voltadas para seleção e difusão de novas variedades de cana destes dois laboratórios, apresentadas no “I Encontro dos Agrônomos Canavieiros do IAA”, ganharam destaque, dando origem mais tarde ao “Programa Nacional de Melhoramento da Cana-de-Açúcar” (PLANALSUCAR), posto em prática em 1972 (Idem, pp. 291-293).

A esta modernização tecnológica conduzida pelo IAA (e mais tarde, em 1974, através de convênio deste com a EMPBRAPA), somaram-se duas outras políticas importantes: o “Programa de Racionalização da Agroindústria Canavieira”, para fusão e racionalização das empresas da agroindústria canavieira e o programa de construção de terminais açucareiros, para armazenamento e carregamento a granel dos produtos. O efeito do programa de racionalização foi o da concentração industrial, através de uma revisão das quotas de produção, beneficiando os estados que possuíssem melhores condições de produção e cancelando a inscrição no IAA de usinas relativamente improdutivas. Em 1971, de 43 usinas canceladas, 36 eram da região Norte/Nordeste (Idem, p. 296). Com a conjuntura externa extremamente favorável já em 1969 (demanda bastante alta, por razões diversas), vultosos

saldos foram formados no Fundo Especial de Exportação brasileiro, permitindo a modernização do setor através da reversão dos lucros para as agroindústrias brasileiras.

Os critérios de distribuição do contingente oficial de produção e as políticas de preços que criavam grande defasagem do preço da cana com relação aos demais produtos geraram insatisfações por parte dos fornecedores, causando um abandono por parte deles, para o cultivo de outros produtos, especialmente no Centro-Sul. Isto somente foi contido com a fixação de preços da safra 1974/1975. No ano de 1974, contudo, mais uma vez a conjuntura externa no mercado internacional gerou problemas para a economia açucareira²⁷. Os preços do açúcar, que tiveram um ápice em novembro de 1974, caíram substancialmente, mantendo-se num patamar estável²⁸. No mesmo período, fazia-se sentir no Brasil, especialmente no que diz respeito às matrizes energéticas, os efeitos das políticas de preços da Organização dos Países Exportadores de Petróleo. Estes dois fatores, em grande parte, motivaram uma alternativa na política econômica brasileira de extrema importância para a indústria da cana, em particular os usineiros, que foi o da produção do álcool a partir da cana, consagrada através do Programa Nacional do Álcool – Proálcool, com o Decreto nº 76.593, de 14 de Novembro de 1975²⁹.

Este programa foi conduzido pela Comissão Nacional do Álcool, criada para esta finalidade, com representação dos Ministérios da Fazenda, Agricultura, Indústria e Comércio, Minas e Energia, Interior e Planejamento, afastando o IAA do comando e controle de um ramo que sempre estivera sob sua jurisdição, e deixando a comercialização da produção para a Petrobrás. Além desta disputa, houve também o questionamento, em grande parte pelos usineiros paulistas vinculados à COPERSUCAR, do grau de intervenção estatal na economia, que representava para eles um “perigo da estatização da comercialização do Álcool”, de modo que o Decreto atendeu em grande parte a seus anseios (SZMRECSÁNYI, 1979, p. 315). Em dezembro de 1975, então, a Comissão Nacional aprovou os três primeiros projetos para instalar destilarias autônomas, todas baseadas na cana, o que demonstrou a consolidação dos interesses do capital agroindustrial canavieiro em articulação com o Estado.

²⁷ Dentre outros motivos, pela expiração ao Acordo Internacional do Açúcar em 1973, que fora assinado pelo Brasil, pela expiração do *Sugar Act* nos EUA e do Acordo Açucareiro da Comunidade Britânica em 1974 (Idem, p. 306).

²⁸ Em novembro de 1974, o preço por tonelada do açúcar era de US\$ 1.388,56 e, seis meses mais tarde, foram reduzidos para US\$ 300,00 por tonelada (SZMRECSÁNYI & MOREIRA, 1991).

²⁹ Na época, houve grande disputa sobre quais produtos seriam utilizados, dentre eles a mandioca, madeira, batata-doce e babaçu. A cana, no entanto, possuía vantagens por já possuir uma capacidade instalada considerável. Para Szmrecsányi & Moreira (1991), a escolha da cana e o próprio Proálcool foram menos uma solução para a crise energética do que uma alternativa para a previsível capacidade ociosa da agroindústria canavieira.

A ideia básica inicial do Proálcool foi o de produzir álcool anidro a ser utilizado como aditivo à gasolina, o que fez o programa aprovar linhas de crédito para construção de destilarias anexas às usinas de açúcar. São Paulo, após o advento do programa, passou a deter dois terços da produção de álcool. Mas foi na segunda fase do programa, no contexto do 2º choque do petróleo de 1979 que o programa ganhou enorme impulso. Passou-se a produzir álcool hidratado como combustível exclusivo, substituto à gasolina, e para isso, foi criado um mercado mediante acordo com a indústria automobilística: esta receberia incentivos fiscais e passaria a produzir carros com motor a álcool, e os preços do álcool seriam fixados a 65% com relação aos da gasolina, para os consumidores (SZMRECSÁNYI & MOREIRA, 1991).

O grande aumento da produção de álcool foi realizado à custa de uma expansão sem precedentes da monocultura canavieira, especialmente no estado de São Paulo, sendo que somente no ano de 1989 houve uma redução do diferencial de preços entre a gasolina e o álcool. A Petrobrás vinha priorizando, desde 1979, derivados do petróleo como o óleo diesel, o querosene para aviação e a nafta, cobrando preços mais altos por bens de consumo de menor essencialidade como a gasolina automotiva. Com o álcool concorrendo no mercado automobilístico, houve um enfraquecimento da Petrobrás, que por sua vez, retardou seus pagamentos aos produtores de álcool e abandonou as estocagens do produto ao final de década de 1980 (Idem). Além disso, na mesma década, fatores como a estabilização do preço do barril do petróleo e o aumento do preço internacional do açúcar e as dificuldades econômicas que o país passava como a aceleração inflacionária fizeram com que o Proálcool passasse por uma crise de desabastecimento, especialmente no período 1985-1989 (CAVALCANTI, 1992).

Diante deste panorama, há de se destacar dois fatores concomitantes importantes que concorreram para transformar as condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras da cana-de-açúcar. O primeiro, já descrito acima, foi estimulado pela mecanização em Campos a partir da década de 1960. O segundo, aprofundando ainda mais a interdependência entre indústria e agricultura, foi o aprimoramento da qualidade da produção da cana, marcado no plano nacional pelo PLANALSUCAR e pelo Programa de Racionalização da Agroindústria Canavieira. Já em 1967, o Instituto do Açúcar e do Álcool perdia poder de intervenção quando é criado o Conselho Monetário Nacional – CMN, coordenando boa parte da política econômica do país (NEVES, 1997, pp. 206-207).

Este rearranjo econômico de grandes proporções forçou uma alteração de organização política antes representada pelo poder corporativo dos fornecedores e usineiros. A incorporação do moderno no plano econômico se fez acompanhada de uma tentativa – em

parte bem sucedida, de submeter os trabalhadores a um novo cálculo racional, mas se valendo ainda de fórmulas políticas antigas. Este novo cálculo veio justamente com a introdução de novas formas de produção, naquele contexto da década de 1970, em que técnicos e agrônomos, a serviço das políticas nacionais do Estado e por meio de instituições como a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMPBRAPA (1972), Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural – EMBRATER (1974), Comissão Nacional de Pesquisa Agropecuária e de Assistência Técnica e Extensão Rural – COMPATER (1974) e Comissão Coordenadora da Política Nacional de Crédito Rural – CONCRED (1974), buscaram criar a figura do agricultor moderno (Idem, pp. 232-233).

Mas essa tentativa esbarrou no plano concreto das relações sociais e políticas já estabelecidas em Campos, provocando uma modernização seletiva e incompleta. Seletiva porque os serviços de assistência técnica e científica e os instrumentos necessários para a modernização somente podiam ser adquiridos por meio de grandes investimentos de capital, ou seja, os plantadores e usineiros foram os principais beneficiados. O uso intensivo de instrumentos mecanizados e a especialização do cultivo da cana exigiram cada vez mais trabalhadores temporários, que se dedicavam basicamente às tarefas menos qualificadas de limpa e de corte da cana. Com a plantadeira, por exemplo, poucos trabalhadores se destinavam ao plantio. Os plantadores, principalmente, tentavam minimizar os custos com a mão de obra, recorrendo ao uso da ilegalidade do vínculo de trabalho: faziam recair sobre os trabalhadores os efeitos dos riscos que eles deviam enfrentar, como a transferência do aumento do custo de produção para o preço da cana.

Estes fatores, decorrentes da exclusão da democracia política e social típica do regime autoritário, caracterizaram em larga medida a incompletude da modernização. Resultou neste período, que desta combinação de fatores, as máquinas e as tecnologias concorreram a favor da produção, e os trabalhadores continuaram a exercer a função antiga do trabalho, aquela de baixa qualificação e exaustivo esforço físico sob o ritmo das máquinas, com relações de trabalho ora clandestinas ora legalmente (mas nem sempre efetivamente) reconhecidas.

As unidades de produção, até mesmo aquelas com menor absorção das tecnologias, não mais necessitavam de muitos funcionários permanentes. Os donos de terras já exerciam a função de administradores, e o trabalho permanente necessário era geralmente mais qualificado, para supervisionar os trabalhadores temporários, para exercer a função de tratorista, para exercer às vezes a função de contador, administrando as finanças e os custos e cálculos da unidade produtiva, ou ainda para atividades de irrigação. A força de trabalho

temporária, já com residência fora dos domínios patronais³⁰, se fazia necessária para a limpa e o corte da cana, atividade esta facilitada pela logística de transporte das usinas que, ao adquirir veículos como ônibus, passaram a contratar as turmas de cortadores, gerenciando esta atividade em parceria com os produtores de cana.

As reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e pelo reconhecimento de seus direitos ganhou expressão com o aumento do número deste tipo de trabalhador temporário. Seus salários eram, em princípio, estabelecidos por acordos entre o Sindicato Rural e o Sindicato de Trabalhadores, que em grande parte dos casos não eram cumpridos, levando a um número grande de casos registrados na justiça trabalhista³¹. Acessando os registros contidos no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Campos, Neves (1997) identificou um aumento expressivo no número de trabalhadores que solicitaram a intermediação do sindicato para a justiça trabalhista, especialmente a partir de 1971 quando foi criado o Prorural.

Apesar das mudanças significativas que passou a seguridade social com a Constituição Federal de 1988, foram criadas muitas das condições objetivas de realização do trabalho do corte de cana, aprofundadas nas décadas de 1970 e 1980 com a mecanização e a crescente interdependência entre agricultura e indústria. A expulsão dos moradores das fazendas fez com que as famílias se deslocassem para habitações no entorno da cidade de Campos, o que trouxe algumas vantagens como o acesso mais fácil à escolarização dos filhos e a alguns serviços de saúde. Entretanto, conforme já relatamos acima, houve uma piora enorme das condições de trabalho: as dificuldades de deslocamento para o trabalho; a exposição a produtos químicos e agrotóxicos; a intensificação do trabalho, especialmente o corte de cana e, consequentemente, uma exposição a fatores climáticos como sol e chuva; a exposição às queimadas, tanto no momento da queima quanto do corte; problemas nutricionais decorrentes de escasso controle da alimentação e etc. Com esta desqualificação da mão-de-obra, acrescida ao prematuro desgaste físico, passaram a entrar também neste mercado de trabalho mulheres e jovens (NEVES, 1999).

³⁰ Os próprios trabalhadores associavam a residência própria como sinônimo de liberdade. Além de uma situação de menor pressão moral por parte do empregador, morar fora oferecia maior liberdade para o trabalhador mudar de emprego ou de empregador. Podia ele interromper a jornada de trabalho no tempo legal e não criar expectativas de dependência em relação ao seu futuro e ao dos filhos (NEVES, 1997, p. 326).

³¹ Tal questão é também apontada por Costa (1996, p. 44): “A defesa dos direitos adquiridos é uma das marcas do movimento social no campo e ocupa grande parte dos esforços do trabalhador em sua luta sindical e associativa. (...) O aumento do número de sindicatos fundados desde 1954 e a abertura de uma nova conjuntura nacional em meados dos anos 50 (incluindo-se aí as atenções sobre o assunto por parte da imprensa e a liderança comunista) fizeram da defesa dos direitos adquiridos uma importante pauta de reivindicações que repercutiu na Justiça brasileira.” (COSTA, 1996, p. 44).

Constata-se assim que, se as metas de produção estabelecidas pelo Proálcool, em especial na década de 1980, outras metas quando da formulação deste programa ficaram muito aquém do desejado: diminuição dos desequilíbrios regionais; diminuição do desemprego rural; distribuição da renda; e fixação do homem no campo. Neste mesmo período, o Estado deixou de regular mais diretamente a economia sucroalcooleira, apesar de continuar amparando a produção por meio de ações como Pesquisa e Desenvolvimento, realocamento das dívidas dos usineiros para com os órgãos públicos e oferta de novas modalidades de crédito e subsídios. Ao mesmo tempo, a reestruturação da produção do setor sucroalcooleiro atingiu a todos os setores desta agroindústria (rural, industrial e administrativo) e vem contribuindo para que os empresários estejam mais aptos para o enfrentamento da competição de mercado. Para os trabalhadores, no entanto, estes mesmos fatores vem concorrendo com efeitos bastante negativos.

No caso da segurança e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras existe um grande obstáculo a ser superado. As instituições mais diretamente responsáveis pelo cuidado à sua saúde, apesar das mudanças políticas ocorridas ao final da década de 1980, mantêm ainda em sua essência práticas médicas de cunho curativo e biologicista. No caso do Ministério Público do Trabalho, conforme demonstrado por Marinho (2011), apesar da importância desta instituição na defesa dos direitos difusos dos trabalhadores, no que diz respeito à segurança e saúde, isto foi posto em prática pelo “Programa Nacional de Promoção do Trabalho Decente no Setor Sucroalcooleiro”, que não buscou a modificação dos modos de organização do trabalho nos canaviais, focalizando práticas assistenciais já presentes em grande parte dos serviços de saúde, públicos e privados, além de que o Programa se limitou a alguns estados do país.

No caso dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social vamos também encontrar problemas que contribuem para perpetuar o modo perverso de organização do trabalho dos cortadores e cortadoras de cana e de assistência médica curativa. Nos capítulos seguintes, buscaremos identificar nas políticas destas instituições os motivos que levaram e levam à perpetuação desta lógica que se traduz na sua baixa permeabilidade às demandas sociais rurais e no também baixo conhecimento gerado acerca da relação do adoecimento destes trabalhadores e o seu local de trabalho. Tudo isso, considerando que as relações de trabalho rural estão sujeitas a grandes assimetrias de poder, acabam por favorecer os critérios de produtividade na ótica empresarial sem que haja, de forma concomitante, um desenvolvimento na observação dos critérios de saúde dos trabalhadores. Isto cria um

processo pedagógico que comporta um efeito perverso, mas aponta também para a necessidade da criação de alternativas:

No contexto das relações sociais de produção existe um processo pedagógico que procura adaptar, do ponto de vista técnico e comportamental, o trabalho às necessidades do capital. É uma pedagogia que, por um lado, procura educar o trabalhador para adaptar-se a um determinado modo de divisão e organização do trabalho; mas, por outro, pode também contribuir para desenvolver a consciência da necessidade de transformar as condições em que se realiza o trabalho como item fundamental da melhoria das condições de vida e saúde dos trabalhadores. (MARINHO, 2011).

Mais uma vez, é importante reiterar que a inobservância das leis e dos direitos relativos à saúde no ambiente de trabalho têm motivos para serem assim. Vamos discutir, nos capítulos dois e três, o desenho institucional dos Ministérios da Previdência e da Saúde para capacitá-los ou não como agentes importantes na concorrência da promoção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Este tipo de análise, que prioriza o estudo de portarias ministeriais e interministeriais dentre as fontes utilizadas, permite uma melhor visualização do modo de funcionamento e de aplicação das funções designadas para estes agentes e tem como objetivo demonstrar alguns dos motivos que não permitem o seu desempenho efetivo no cumprimento das leis sociais. Assim, estes capítulos possuem algo de genérico na medida em que contemplam políticas voltadas para o grande tema “saúde do trabalhador”, mas servem para melhor compreender a relação destes ministérios com os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos.

CAPÍTULO 2

COMUNICAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO E O MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 abriu o caminho para que os trabalhadores rurais fossem contemplados nas Comunicações de Acidentes de Trabalho – CATs quando, em seu artigo 194, parágrafo único, incluiu na organização da Seguridade Social o objetivo de oferecer “uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais”. Na esteira de nossa Carta Maior, este mesmo objetivo foi consagrado na Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991, que dispõe sobre os planos de benefício da Previdência Social e dá outras providências, e a obrigatoriedade da emissão da CAT para todos os casos de acidentes de trabalho se mantém até hoje. Apesar das limitações que este documento apresenta (entre elas, a não cobertura da totalidade dos trabalhadores, a subnotificação e a validade das informações preenchidas)³², sua abrangência ampliou-se consideravelmente com a universalização dos benefícios.

É importante frisar, antes de prosseguir, que não vamos aqui discutir o sistema previdenciário e o de saúde em sua totalidade. Estes são sistemas altamente complexos, e se tratando das populações rurais, são muitas as distinções quando comparadas com as urbanas, tanto do ponto de vista normativo quanto sociológico. As informações relativas aos acidentes de trabalho e às CATs (principalmente com relação à obrigatoriedade de preenchimento e os dados que ela contém), no entanto, mantêm-se equiparáveis, ao menos no seu aspecto normativo, e é por aqui que vamos iniciar a discussão.

A partir de 1988 e das subsequentes leis que estruturaram o Ministério da Previdência Social e suas respectivas políticas públicas, existem mudanças institucionais importantes que não podem deixar de ser consideradas e, ao longo do capítulo, iremos justificar esta afirmativa. Para tanto, apresentamos no item 2.1 os aspectos centrais da política de benefícios da Previdência já no marco moderno. No item 2.2 discutimos o que são os acidentes de trabalho, caracterizados por doenças profissionais ou do trabalho, e no item 2.3, caracterizamos as Comunicações de Acidente de Trabalho, observando algumas de suas principais mudanças. Nos itens seguintes, 2.4, 2.5 e 2.6, discutimos as estratégias adotadas pelo Ministério da Previdência para tratar da concessão de benefícios, principalmente por

³² Para as críticas e limitações apontadas sobre a CAT, cf. Santos *et al* (1990); Gonzaga *et al* (1997); Lima *et al* (1999); Waldvogel (1999); Faria *et al* (2000); Binder & Cordeiro (2003); Silveira *et al* (2005); Cordeiro (2005); Oliveira (2005); Codo (2010); Todeschini & Lino (2010); Almeida & Barbosa-Branco (2011); Pereira (2011).

meio do Fator Acidentário Previdenciário – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, e que tiveram profundas implicações para a CAT. Por fim, apresentamos as CATs referentes aos trabalhadores da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes adquiridas por intermédio da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – DATAPREV³³, para elaborarmos um pouco de suas potencialidades e limitações.

2.1. O Ministério da Previdência, a Política de Benefícios, e os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras

A Previdência Social organiza-se em regimes distintos. A Constituição Federal estabeleceu em seu artigo 201, que a previdência social “será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória”. A lei de planos de benefícios da Previdência Social, nº 8.213/1991, por sua vez, estabeleceu, dentre seus regimes, o Regime Geral da Previdência Social – RGPS. De modo distinto da Saúde e da Assistência Social, a Previdência Social não se universalizou de modo completo. Ela está organizada sob a forma de Regime Geral, de caráter contributivo e filiação obrigatória para determinados casos, em especial para o mercado de trabalho formal. Assim, aqueles que não são compulsoriamente filiados à Previdência Social podem optar pelo Regime Facultativo Complementar da Previdência Social (objeto, inclusive, de lei específica). Assim, existem os segurados obrigatórios e os segurados facultativos. Os obrigatórios se dividem em várias espécies, sendo uma delas a de empregados, e são todos filiados compulsoriamente ao RGPS em decorrência do exercício de atividade remunerada, sendo todos que prestam serviços “de natureza urbana ou rural à empresa, em caráter não eventual, sob sua subordinação e mediante remuneração”.

Apesar de mantido hoje, em grande parte, o arcaico sistema de pagamento por produção aos cortadores e cortadoras de cana, a sua forma de contratação (contrato de safra, conforme discutimos no item 1.1), apesar de possuir um tempo determinado, não implica um caráter eventual, pois continua a ser rotineiro (dependente das estações nas atividades agrárias). Isto significa, do ponto de vista normativo previdenciário, que os cortadores e

³³ A Dataprev foi criada como empresa pública através da Lei nº 6.125, de 4 de Novembro de 1974, e originada a partir dos centros de processamento dos antigos institutos de previdência existentes na década de 1970. Informações retiradas do seu *folder* institucional, disponível em:

<http://portal.dataprev.gov.br/2010/04/28/apresentacao-institucional/>, acessado no dia 20 de Janeiro de 2013. Conforme veremos no capítulo 2, item 2.3.1, a Dataprev foi um elemento fundamental para a criação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus.

cortadoras se incluem no RGPS, e por isso vamos apresenta-lo rapidamente, sendo este o vínculo entre estes trabalhadores e as Comunicações de Acidente de Trabalho.

O RGPS é mais bem descrito no Título III da Lei 8.213. No Capítulo II – “Das Prestações em Geral”, a Seção V dispõe sobre os benefícios. Os tipos de benefícios que podem ser concedidos pela Previdência são: aposentadoria por invalidez; aposentadoria por idade; aposentadoria por tempo de serviço; aposentadoria especial; auxílio doença; salário-família; salário-maternidade; pensão por morte; auxílio reclusão; auxílio-acidente. Vamos nos deter aqui nos auxílios concedidos em função de doença e em função de acidente. Não que a discussão dos demais benefícios não seja relevante para os cortadores e cortadoras, mas fugiriam um pouco do escopo deste trabalho.

O auxílio-doença é caracterizado nos artigos 59 a 63 da Lei 8.213 e é concedido ao segurado empregado que ficar incapacitado para o seu trabalho ou atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos, ou seja, a partir do 16º dia. Durante estes primeiros quinze dias, a empresa fica responsável por pagar integralmente o salário do empregado e, aquelas que tiverem serviço médico próprio ou conveniado, somente encaminham o segurado à Previdência quando a incapacidade ultrapassar estes 15 dias. O auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez dependem de um período de carência correspondente a doze contribuições mensais e, durante o recebimento do auxílio, o segurado deve submeter-se a processo de reabilitação profissional, de responsabilidade do Ministério da Previdência, até que esteja apto para desempenhar nova atividade ou retornar à atividade antiga.

Quando o segurado ficar incapacitado para o trabalho ou atividade habitual em decorrência de acidente de trabalho ou de doença profissional, ele recebe o auxílio-doença acidentário, em que não há tempo mínimo de contribuição (período de carência), devendo ser emitida aqui a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. Neste caso, existe um grande diferencial em que o trabalhador é considerado licenciado do trabalho e possui estabilidade por 12 meses após retornar às atividades laborais. A mesma regra dos 15 primeiros dias de salário sob a responsabilidade do empregador vale aqui, sendo o 16º dia em diante custeado pela Previdência.

2.2. Caracterização dos Acidentes de Trabalho

De acordo com o artigo 19 da lei nº 8.213 de 24 de Julho de 1991, acidente de trabalho é “... o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal

ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho". Em seu artigo 20, caracteriza como acidentes de trabalho as seguintes entidades mórbidas:

I – *doença profissional*, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II – *doença do trabalho*, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relate direamente, constante da relação mencionada no inciso I.³⁴

Além destas duas entidades, equiparam-se, ainda, ao acidente do trabalho, para os efeitos desta lei, segundo seu artigo 21:

- I. O acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;
- II. O acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:
 - a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho; b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho; c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho; d) ato de pessoa privada do uso da razão; e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;
- III. A doença proveniente de contaminação accidental do empregado no exercício de sua atividade;
- IV. O acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho: a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo

³⁴ A caracterização de acidente de trabalho aqui é próxima daquela definida pelo Decreto nº 24.637, de 10 de Julho de 1934, que estabeleceu à época obrigações resultantes dos acidentes de trabalho. De acordo com a lei, considera-se acidente de trabalho "toda lesão corporal, perturbação funcional, ou doença produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência dele, que determine a morta, ou a suspensão ou limitação, permanente ou temporária, total ou parcial, da capacidade para o trabalho". O mesmo vale para as doenças profissionais, assim definidas: "são doenças profissionais, para os efeitos da presente lei, além das inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade, as resultantes exclusivamente do exercício do trabalho, as resultantes exclusivamente especiais ou excepcionais em que o mesmo for realizado, não sendo assim consideradas as endêmicas quando por elas forem atingidos empregados habitantes da região".

quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Podemos observar com isso que a caracterização do acidente do trabalho é bastante extensa. Aparentemente, quando observamos a CAT, parece mais simples o enquadramento do acidente, pois constam somente três opções (no seu campo de número 33, conforme o Anexo A): acidente típico, acidente de trajeto ou doença. Podemos afirmar que os dois primeiros são de fato mais simples, enquanto que o último é um caso mais complicado e que recebeu, inclusive, um tratamento mais detido somente com a promulgação da Lei nº 11.430 de 26 de Dezembro de 2006. Antes, porém, vejamos os dois primeiros casos.

O acidente típico ocorre durante o exercício de trabalho a serviço da empresa, de forma mais abrupta e gerando uma lesão ou perda funcional de forma mais imediata ao trabalhador. Assim, podemos citar como exemplos os ferimentos, cortes, lacerações, distensões, entorses, queimaduras e fraturas (entre muitos outros). Considerando que o acidente ocorra e o trabalhador seja atendido no mesmo dia, não é tão difícil neste caso caracterizar o nexo do acidente com o exercício do trabalho. O mesmo ocorre com os acidentes de trajeto, que acontecem quando o trabalhador está se locomovendo, fora do local de trabalho, mas a serviço da empresa (conforme caracteriza o item IV do artigo 21 da Lei 8.213, descrito acima).

Quanto às doenças, são duas as possibilidades, também caracterizadas pela mesma lei, em seu artigo 20: doença profissional e doença do trabalho. A primeira possui uma relação íntima com determinada profissão e pode-se dizer com isso que há um componente específico que vincula a profissão à doença. Um exemplo bastante claro é a pneumoconiose, doença pulmonar desencadeada pela inalação de poeiras típicas de determinadas atividades profissionais.

A doença do trabalho, por seu turno, é aquela desencadeada em função de condições específicas do exercício do trabalho, mas não é necessariamente uma doença vinculada a uma determinada profissão / processo produtivo. Uma cortadora de cana pode desenvolver uma tendinopatia no braço em função de repetitivos movimentos do cortar cana, da mesma forma que um profissional que trabalhe horas sentado diante de um computador. Apesar de etiologias completamente distintas, é uma doença similar desenvolvida por condições

específicas do trabalho e, portanto, são doenças do trabalho. Por seu turno, doenças respiratórias desenvolvidas em cortadores e cortadoras de cana, caso fossem diagnosticadas e comprovadamente relacionadas à queima da cana, poderiam vir a se caracterizar como doenças profissionais³⁵.

As doenças possuem, assim, vários fatores que dificultam a sua caracterização. As doenças do trabalho, por não se desencadearem de forma mais abrupta, requerem uma disponibilidade maior por parte do trabalhador para que procure um atendimento. Por mais ágil que seja a concessão de um benefício acidentário³⁶, ainda assim, ele é posterior ao sofrimento do trabalhador ou da trabalhadora. Se ele ou ela não contarem com um bom atendimento médico no âmbito da empresa, devem procurar o INSS ou outro serviço médico antes de ter assegurado o benefício. Deve contar, ainda, com uma boa dose de empenho do profissional que o atende, para que caracterize o nexo técnico e causal com o trabalho que realiza, se for o caso (a própria coleta do histórico do acidente, por exemplo, denominada anamnese, deve ser mais extensa, *pari passu* com o desenvolvimento da doença), e isto para não mencionar a eventual necessidade de o profissional ir até o local de trabalho.

Esta caracterização do nexo entre o agravo e o trabalho é um dos pontos mais críticos, tanto no âmbito da previdência quanto no âmbito da saúde (conforme veremos no capítulo 3). Para auxiliar nesta caracterização, foram sendo editadas listas auxiliares, estabelecidas no Regulamento da Previdência Social (Decreto nº 3.048 de 6 de Maio de 1999), em seu Anexo II, sobre “agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho”, “agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional relacionados com a etiologia de doenças profissionais e de outras doenças relacionadas com o trabalho” e “doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho”, além da correlação para reconhecimento de nexos epidemiológicos, editados mais recentemente.

A utilização destas listas, contudo, não é nada homogênea. Possivelmente, somente os médicos peritos do INSS contam com facilidades para a sua consulta, como os avanços tecnológicos, softwares e informatização de determinadas informações (Lima, 2010), além de

³⁵ Barbosa (2010) apresenta um estudo importante sobre os efeitos das queimadas da cana-de-açúcar na saúde cardiovascular e respiratória de cortadores de cana no estado de São Paulo. Por ser uma das primeiras e únicas pesquisas sobre o tema não apresenta ainda caráter conclusivo, apesar de identificar uma série de elementos que apontem para efeitos danosos das queimadas nestes trabalhadores.

³⁶ O benefício por incapacidade acidentária, concedido uma vez que é verificado o nexo entre o agravo e o trabalho, é bastante diferente do previdenciário. São, basicamente, três diferenciais que o primeiro apresenta: 1) durante o auxílio, o empregador é obrigado a manter os recolhimentos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS; 2) estabilidade no emprego de 12 meses quando o trabalhador volta a trabalhar; 3) o reconhecimento oficial do acidente pode ser usado como prova numa demanda judicial por indenização (Lima, 2010, p. 56).

que é uma tarefa que requer diversos treinamentos específicos. Para se ter uma ideia, alguns dos elementos que devem instruir o raciocínio pericial são: aqueles coletados na história clínica pericial; o conhecimento prévio da profissiografia; as descrições da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO do Ministério do Trabalho e Emprego; instrumentos de perícia médica indireta (como análise de laudos técnicos de condições ambientais de trabalho, programa de controle médico de saúde ocupacional, programa de prevenção de riscos ambientais, CAT e outras demonstrações ambientais), além de, quando for o caso, vistoria técnica direta do ambiente de trabalho (Idem, pp. 68-69).

2.3. CATs – Aspectos normativos e mudanças importantes

Conforme já apontamos, é a Constituição Federal que permite a universalização dos benefícios para toda a população, rural inclusive, cabendo a sua regulamentação à Lei 8.213 de 1991. Com relação à Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, importantes mudanças começam a ser implementadas no ano de 1998, quando Conselho Nacional da Previdência Social aprova a Resolução nº 1.101, de 16 de Julho. Esta resolução, além de aprovar uma sistemática para o cálculo dos riscos de acidentes de trabalho conforme os ramos de atividade econômica (voltaremos neste ponto mais adiante) recomenda em seu item IV a instituição de grupos de trabalho técnicos destinados a reformular o modelo de formulário da CAT e do seu respectivo fluxo de processamento.

Teresa Cristina Amendola Maia (2000) relata, nos anais do “Seminário Nacional de Estatísticas sobre doenças e acidentes do trabalho no Brasil” promovido pela Fundacentro³⁷, uma sucinta história da reformulação da CAT, abrangendo a sua forma de funcionamento anterior a esta mudança. Este documento foi originalmente criado em 1955, mantendo o mesmo formato até 1998 e devendo até esta data, ser preenchido manualmente. No entanto, só começou a ser historiado a partir de 1993 quando a CAT, preenchida pelo empregador, segurado, dependente ou SUS, era enviada a um posto do INSS e depois ia para o sistema de informações denominado PRISMA. Muitas informações eram armazenadas em texto livre e não codificadas, não sendo possível extrair muitos indicadores, e o objetivo era simplesmente a concessão de benefícios. As CATs que não geravam benefícios (as de simples assistência médica até 15 dias) não eram cadastradas nos postos. A partir de 1994, foi solicitado pelo Ministério da Previdência, um maior controle das informações que chegavam aos postos e que

³⁷ Este seminário foi realizado no Centro Técnico Nacional da Fundacentro de São Paulo de 6 a 8 de Novembro de 2000.

não eram digitadas, e o INSS realizou uma ação conjunta para que todas as CATs que estavam no sistema PRISMA fossem para o Sistema Único de Benefícios (um sistema de grande porte).

Este aperfeiçoamento do sistema PRISMA permitiu a captação de dados oriundos da CAT, agilizando a concessão de benefícios acidentários e permitindo a geração de relatórios gerenciais (Melo, 2010, p. 36). Mesmo assim, permaneceu o problema da escassez de dados oriundos da comunicação de acidente, mas, ao menos, gerava relatórios que auxiliaram nos primeiros anuários estatísticos (Idem, *Ibidem*).

Como podemos ver, este modelo de CAT que vigora até 1998 contém vários problemas: campos preenchidos em texto livre; necessidade de se ter muitos funcionários do INSS digitalizando todas as informações; a falta de um banco central de dados que pudesse ser acessado a qualquer momento, desagregando os dados e especificando informações (com exceção daquelas que comporiam o Anuário). Somente com a Portaria MPAS nº 5.051 de 26 de Fevereiro de 1999 este sistema é todo reformulado a partir de uma mobilização do Ministério da Previdência, através de uma parceria do antigo INPS com o Ministério do Trabalho (Idem, *Ibidem*).

Além de se adotar um novo modelo de CAT, é desenvolvido um software pela Dataprev, denominado CATWeb, para que a CAT pudesse ser preenchida no computador, via download do programa pela internet. A sua implementação na internet ocorreu em 24 de Janeiro de 2000 (Maia, 2000). Além disso, é criado um banco de dados específico para a CAT³⁸.

Esta foi a mudança mais significativa pela qual passou o Ministério da Previdência no que diz respeito à CAT. Primeiro, ela ganhou uma dinâmica muito mais ágil por ser preenchida diretamente por meio de um software, não necessitando de funcionários digitalizando as informações geradas por outros profissionais. Segundo, passaram a ser armazenadas diretamente num banco de dados próprio. As informações a serem preenchidas no documento ganharam também um salto de qualidade enorme. Basta observar o Anexo A que, além de conter diversas informações sobre o acidentado, contém muitas especificações sobre o acidente / doença, bem como no atestado médico, obrigatório para o cadastramento (no sistema antigo, o laudo do exame médico sequer era digitalizado). Pereira (2011)

³⁸ Mesmo com a digitalização deste documento, no entanto, existe uma previsão de que ele seja emitido em seis vias, conforme a Ordem de Serviço INSS/DSS nº 329, de 26 de outubro de 1993: 1^a via para o INSS, 2^a via para a empresa, 3^a via para o segurado ou o dependente do segurado, 4^a via para o sindicato da classe do trabalhador, 5^a via para o Sistema Único de Saúde e 6^a via para a Superintendência Regional do Trabalho e Emprego do Ministério do Trabalho.

apresenta um quadro bastante claro que permite melhor visualizar o quadro geral das variáveis da nova CAT:

Quadro 1

Principais variáveis da Comunicação de Acidente de Trabalho por grupo de informações

Grupos de informações	Principais variáveis
Dados de identificação do trabalhador	Nome, nome da mãe, data de nascimento, sexo, nº CTPS, nº NIT, documento de identidade, endereço completo.
Dados de identificação do empregador	Razão social/nome, tipo e número (CNPJ, CEI, CPF, NIT), CNAE, endereço completo.
Dados do vínculo trabalhista	Nome da ocupação, CBO, remuneração mensal, filiação à Previdência Social, aposentado.
Dados do acidente ou doença	Data do acidente, hora do acidente, tipo do acidente. Acidente pós quantas horas de trabalho? Houve afastamento? Data do último dia trabalhado, local do acidente, especificação do local do acidente, UF e município do acidente, parte do corpo atingida, agente causador. Houve registro policial? Houve morte? Descrição da situação geradora do acidente ou doença.
Dados de testemunhas	Nome, endereço completo.
Dados do atestado médico	Unidade de atendimento médico, data, hora. Houve internação? Duração provável do tratamento. Deverá haver afastamento do trabalho durante o tratamento? Descrição e natureza da lesão, diagnóstico provável, CID-10.
Dados do INSS	Data de recebimento, número da CAT.

Fonte: Pereira (2011).

Mesmo as CATs preenchidas manualmente perderam quase completamente o risco de se obter muitos campos com texto livres que dificultassem a digitalização. A vinculação de códigos a determinadas variáveis permitiram uma codificação e desagregação de dados mais precisas, dentre elas: o código do município, a ocupação do acidentado pela Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, a parte do corpo atingida, o agente causador, a doença através da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, o ramo de atividade econômica pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, dentre outros. O preenchimento da CAT passou a contar também com a possibilidade de ser formalizado pelo próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que prestou

assistência ou qualquer autoridade pública, mesmo que ela não gere um benefício³⁹. Por fim, no sistema antigo, a numeração que identificava a CAT correspondia ao benefício. Desta forma, quando se tratava de uma CAT de reabertura, perdia-se a referência da CAT inicial, pois a numeração era a mesma, de um único benefício. Era, portanto, um registro para duas CATs. Com o novo modelo, a CAT passa a ter uma numeração própria, o que permite percorrer a vida do acidente, desde a abertura, passando por reaberturas, até o seu desfecho (Maia, 2000).

Para ilustrar o avanço que isso causou, tomamos como exemplo uma pesquisa consistente realizada no Estado de São Paulo (TEIXEIRA & FREITAS, 2003), com acidentes coletados entre o período 1997 a 1999, ou seja, quando vigorava ainda o modelo antigo da CAT. As autoras, através de uma colaboração da Fundacentro e da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (SP) coletaram manualmente as CATs de todas as 115 agências do INSS do interior paulista, em seus arquivos. Depois, os dados passaram por um processo de crítica e revisão e, em seguida, de codificação e digitação. O levantamento total foi de 58.204 acidentes de trabalho. A pesquisa apresenta resultados interessantes, relacionando a prevalência dos acidentes por tipo, por atividade econômica, alguns tipos de lesão e agente causador, partes do corpo atingidas, faixa etária e sexo dos acidentados.

Duas observações devem ser feitas: primeiro, um estudo deste porte, com a necessidade de coleta manual de dados e de tratamento dos mesmos, somente pode ser realizado com um importante apoio institucional e de recursos. Segundo, conforme já mencionamos, a documentação antiga da CAT contém menos possibilidades de cruzamento de dados, e de análises comparativas, por não estar vinculada a uma série de codificações hoje importantes, além de possuir um menor grau de confiabilidade por passar por um duplo processo de registro (o preenchimento manual e a montagem de um banco de dados por digitalização).

Apesar do inquestionável avanço deste documento a partir de 1999, deparamo-nos com o fato surpreendente de que o Ministério da Previdência demonstra pouco interesse em aproveitar isso e adotar uma política eficaz de combate ao crônico problema de subnotificação. Praticamente toda a literatura sobre acidentes de trabalho identifica dificuldades que a sociedade apresenta (lembrando que a nova CAT pode ser preenchida agora por diversos atores) para lidar com estes novos mecanismos criados. A interpretação deste fato geralmente atribui elementos explicativos como má-fé e ignorância a respeito do

³⁹ Este é, na realidade, um ponto ainda bastante problemático e que retornaremos adiante.

conhecimento e preenchimento da CAT sem, contudo, fundamentar isso com estudos empíricos.

Os raros casos estudados que atestam a exceção deste diagnóstico mostram regiões que já possuíam considerável desenvolvimento de setores da sociedade e de instituições públicas⁴⁰, e são importantes para questionar argumentos adotados pelo Ministério da Previdência de ir, gradativamente, abandonando e contornando os problemas do uso efetivo da CAT⁴¹. Tais problemas, para serem solucionados, demandariam do Estado (principalmente os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência, os mais diretamente envolvidos com saúde e segurança do trabalho) uma vontade política de generalizar determinadas políticas para os setores menos desenvolvidos da sociedade, justamente aqueles que ainda não estão devidamente capacitados para operar com as inovações.

Como veremos, a escolha que foi sendo gradualmente adotada pelo Ministério da Previdência a partir da década de 1990, ao invés de atender a estas demandas, evidenciou a prevalência de uma estratégica centrípeta, consagrada pelo Fator Accidentário Previdenciário – FAP, através de estudos científicos altamente qualificados. Veremos a seguir como isto se sucedeu.

2.4. O Fator Accidentário Previdenciário – FAP

Para melhor entender o FAP, faz-se necessária uma pequena digressão, pelo fato de que a ideia do FAP não é inteiramente nova. Esta constatação, precisamente reconhecida pelo importante trabalho de Oliveira (2008) baseia-se em duas normas: a) na Lei nº 7.787 de 30 de Junho de 1989, que “... dispunha que a empresa cujo índice de acidente de trabalho fosse superior à média do respectivo setor sujeitar-se-ia a uma contribuição adicional de 0,9% a 1,8% para financiamento do respectivo seguro” (Idem, p. 156); b) na Resolução do CNPS nº 1.101 de 16 de Julho de 1998 (Idem, p. 157).

Esta resolução é referenciada no texto original da Resolução que especifica o cálculo do FAP. A sua importância reside no fato de que ali se estabelece uma “Metodologia para Avaliação e Controle dos Acidentes de Trabalho” (este é o título de seu anexo), através de três indicadores propostos pela Organização Internacional do Trabalho em 1971 (índice de frequência, índice de gravidade e taxa de incidência) e mais seis outros indicadores (taxa de

⁴⁰ Alguns estudos demonstram isso especialmente no Estado de São Paulo. Cf. Santos *et al* (1990); Teixeira & Freitas (2003); Cordeiro *et al* (2005); Chiodi *et al* (2010).

⁴¹ Nos tópicos seguintes vamos entrar em detalhes sobre este ponto.

incidência, taxa de mortalidade, taxa de letalidade, prevalência de capacidade temporária, prevalência de incapacidade permanente e incidência da incapacidade por 1000 segurados ativos).

Estes indicadores (que não convém detalhar o cálculo aqui) são aplicados em quatro bases de dados, para o cálculo dos graus de risco de acidentes de trabalho por atividade econômica, e aqui reside a questão mais importante para nossa discussão. As bases de dados são: 1) o Cadastro Nacional de Informações Sociais (informações cadastrais dos trabalhadores empregados, contribuintes individuais, empregadores, vínculos empregatícios e remunerações); 2) Sistema Único de Benefícios – SUB (guarda as informações dos benefícios, sejam eles ativos, suspensos ou cessados); 3) a própria CAT; 4) a arrecadação através do sistema Guias de Recolhimentos da Previdência Social – GRPS. Todas essas bases estão armazenadas na Dataprev, e as principais informações utilizadas para efeitos de cálculo são, conforme a própria resolução: “... trabalhadores, gastos com pagamento de benefícios por acidentes de trabalho, arrecadação para o SAT [seguro de acidente de trabalho] e acidentes de trabalho registrados e liquidados por Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE”.

Note-se que a grande fragilidade desta engenharia toda é, conforme o próprio entendimento do Ministério da Previdência, o registro dos acidentes de trabalho através da CAT e, à época, o sistema de registro e processamento destes dados. A proposição de se reestruturar a CAT foi colocada, nesta resolução, *a posteriori*, mesmo tendo na CAT uma das principais informações para o cálculo do grau de risco. Para efeitos de cálculo na ótica financeira / administrativa, não seria tão grave o problema na medida em que as outras bases de dados eram mais confiáveis: a movimentação de benefícios registrados no SUB representaria os gastos efetivos do Ministério com relação aos benefícios. A segurança e a saúde do trabalho estariam assim ofuscadas como critério para o cálculo de riscos, caso esta resolução tivesse sido efetivamente aplicada, o que não aconteceu: “essas disposições nunca foram implementadas, em face, sobretudo, da ausência de bases sólidas que pudessem aferir, com fidedignidade, a realidade ambiental da empresa, sobretudo por se basear nos acidentes notificados, o que penalizaria as empresas cumpridoras da obrigação de notificar e beneficiaria aquelas sonegadoras dessa notificação acidentária” (OLIVEIRA & BARBOSA-BRANCO, 2009, p.116).

O que vigorava como forma de disciplinar a cobertura do risco de acidente do trabalho, está contida na Lei nº 8.212 de 1991, que institui, dentre outras coisas, o Plano de Custeio da Seguridade Social. Prevê a lei, em seu artigo 22, inciso II:

(...) para o financiamento do benefício previsto nos arts. 57 e 58 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho, sobre o total das remunerações pagas ou creditadas, no decorrer do mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos: a) 1% (um por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante o risco de acidentes do trabalho seja considerado leve; b) 2% (dois por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante esse risco seja considerado médio; c) 3% (três por cento) para as empresas em cuja atividade preponderante esse risco seja considerado grave.

Isto representa uma *tarifação coletiva* para os ramos de atividade que as empresas pertencem através de alíquotas correspondentes ao risco de acidente de trabalho, segundo a classe de sua CNAE.

Apesar de ter sua primeira aplicação somente em janeiro de 2010, a primeira metodologia de cálculo do Fator Acidentário Previdenciário é detalhada através do Anexo da Resolução MPS/CNPS nº 1.236 de 28 de Abril de 2004⁴². Futuramente, este cálculo sofrerá modificações, mas, por ora, vamos nos ater em seu anexo original de 2004 para mantermos nossa linha argumentativa. A ideia do FAP é a de elaborar uma nova metodologia para flexibilizar as alíquotas de contribuição das empresas para financiamento dos benefícios previdenciários, de acordo com os riscos envolvidos no trabalho. A primeira novidade que o FAP estabelece é a maneira pela qual isto é calculado e as consequências deste cálculo: um risco epidemiológico é estimado para cada atividade econômica, de onde se tira um número. Este número é um multiplicador das alíquotas de contribuição das empresas (a tributação coletiva que acabamos de mencionar), criando uma tarifação individual para cada empresa.

⁴² Sua origem está na Medida Provisória nº 83 de 12 de Dezembro de 2002, convertida na Lei nº 10.666 de 8 de Maio de 2003, estabelecendo em seu Artigo 10: “A alíquota de contribuição de um, dois ou três por cento, destinada ao financiamento do benefício de aposentadoria especial ou daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho, poderá ser reduzida, em até cinquenta por cento, ou aumentada, em até cem por cento, conforme dispuser o regulamento, em razão do desempenho da empresa em relação à respectiva atividade econômica, apurado em conformidade com os resultados obtidos a partir dos índices de frequência, gravidade e custo, calculados segundo metodologia aprovada pelo Conselho Nacional de Previdência Social.”. Todeschini *et al* (2009) lembram a exposição de motivos ministerial que embasou a Medida Provisória nº 83: “31. (...) Mesmo reconhecendo que a necessidade de proteger o trabalhador que trabalha em ambiente ou serviço perigoso, insalubre ou penoso é da empresa, (...) na prática quem as suporta é o Governo, por meio do Ministério da Saúde em relação às despesas médicas e hospitalares e do INSS em relação às incapacidades laborativas, temporárias ou permanentes e às mortes. (...). A proposta visa introduzir mecanismos que estimulem os empresários a investirem em prevenção e melhoria das condições do ambiente de trabalho, mediante a redução, em até 50%, ou acréscimo, em até 100%, da alíquota de contribuição destinada ao financiamento das aposentadorias especiais ou dos benefícios concedidos em razão de acidentes ou de doenças ocupacionais, conforme a sua posição da empresa na classificação geral apurada em conformidade com os índices de frequência, gravidade e custo das ocorrências de acidentes...”..

A lógica do FAP vai se assentar, portanto, no princípio *bonus-malus*⁴³, que penaliza o empregador quando o multiplicador (FAP) for maior que 1,0 (*malus*) ou bonifica quando for menor, podendo ter uma redução na tarifação de até 50% (*bonus*), e está representado originalmente no artigo 10 da Lei nº 10.666 de 2003⁴⁴.

Luiz Eduardo Melo e Rogério Ruscitto do Prado (2009), avaliando esta questão, sintetizam bem qual o sentido dos esforços no que se refere ao cálculo do FAP e, em última instância, no que se refere ao próprio entendimento do Ministério de Previdência acerca da prevenção dos acidentes de trabalho:

A tributação coletiva, definida pelo mesmo ramo de atividade a que pertencem as empresas, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE Classe, em sua versão 2.0, que pagam a mesma cota de seguro, independentemente delas causarem mais ou menos acidentes ou doenças, evidencia que empresas desiguais são tratadas de forma homogênea no aspecto tributário e que se faz necessária a flexibilização da carga tributária de modo que a taxação seja baseada nas condições ambientais do trabalho de cada empresa, ou seja, é preciso mover a tributação coletiva rumo à individual. (Prado & Melo, 2009, p. 30).

A segunda novidade, igualmente importante, é a de que o elemento primário que serve como base do cálculo deixa de ser a CAT e passa a ser o diagnóstico da doença (codificada pela CID-10), que é de preenchimento obrigatório quando se solicita o benefício. Com isso, as informações independem da notificação da empresa. Dois avanços são entendidos pela Previdência: primeiro, elimina o risco anunciado pela Resolução CNPS nº 1.101 de 1998, de punir as empresas que mais notificam os acidentes pela CAT; segundo, com relação direta ao anterior, elimina o “vício da CAT” de subnotificação. Conforme veremos no item seguinte, isto foi na verdade um dos importantes fatores que explicam a inviabilidade de se aplicar o FAP neste momento.

Santana (2005), analisando as bases epidemiológicas do FAP, num estudo bastante rigoroso, reconhece com razão que, com uma maior precisão na bonificação / punição dos empregadores com relação ao risco de acidentes, existe um impulso no sentido da prevenção, estimulado pelo princípio *bonus-malus*. A autora, além de atestar o rigor do cálculo do novo

⁴³ Este princípio é elencado por diversos especialistas no FAP: Oliveira (2008); Melo & Prado (2009); Todeschini, Codo & Lino (2009); Soratto *et al* (2009).

⁴⁴ O artigo 10 de Lei nº 10.666 prevê que “A alíquota de contribuição de um, dois ou três por cento, destinada ao financiamento do benefício de aposentadoria especial ou daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho, poderá ser reduzida, em até cinquenta por cento, ou aumentada, em até cem por cento, conforme dispuser o regulamento, em razão do desempenho da empresa em relação à respectiva atividade econômica, apurado em conformidade com os resultados obtidos a partir dos índices de frequência, gravidade e custo, calculados segundo metodologia aprovada pelo Conselho Nacional de Previdência Social.”

FAP (com algumas ressalvas, que não cabe discutir aqui), percebe também algumas limitações no que diz respeito à sua natureza. Uma delas é o reconhecimento de que o seu propósito geral se assenta numa racionalidade de custos, ainda que possa ter efeitos positivos como o mencionado acima (SANTANA, 2005, p. 443). O outro, não formulado explicitamente pela autora, é o de que o problema do subregistro das CATs permanece sem um tratamento específico.

Deparamo-nos, dentro deste quadro, com fatos curiosos: a Resolução CNPA nº 1.101 de 1998 estipula um cálculo que tem como uma de suas bases de dados a CAT. No entanto, a própria Resolução reconhece, em parte, que esta base é deficiente, ao propor a sua reformulação e postergar a questão. Apesar de esta reformulação acontecer efetivamente em 1999 e trazer melhorias qualitativas e de processamento, o FAP, através de suas normas e metodologia, *opta* por contornar as dificuldades oriundas da CAT ao simplesmente retirar a sua obrigatoriedade para a concessão de benefícios.

Ao transformar a doença, codificada pela CID, como elemento primário no cálculo, toda sua gravitação vai para o *benefício*, o que de fato representa um ganho para o trabalhador e para a trabalhadora caso exista, de fato, uma maior concessão de benefícios. Mas do ponto de vista da utilização da CAT, existe um problema gerado voluntariamente pelo Ministério da Previdência que, além de manter inalterados o seu funcionamento e a constatação de sua subnotificação⁴⁵, com esta nova política de concessão de benefícios, começa a afastar a CAT de seu horizonte.

Além disso, é importante frisar que a concepção de se criar uma tarifação mais condizente com os acidentes de trabalho de cada empresa, tem origem na Lei nº 7.787 de 1989 e, a partir dela, percorre o seguinte caminho: Resolução CNPS nº 1.101/1998 – Medida Provisória nº 83 de 2002 – Lei nº 10.666 de 2003 – Resolução nº 1.236 de 2004. Com base num cálculo de mesma natureza do FAP, surge somente em 2006 uma preocupação mais efetiva de aprimorar o reconhecimento de doenças, através do Nexo Técnico Epidemiológico. O NTEP, no entanto, vai manter vícios de origem, mesmo com as importantes contribuições oriundas do aumento do número de benefícios concedidos.

⁴⁵ Esta constatação está registrada na Resolução MPS/CNPS nº 1.236 de 28 de Abril de 2004, que detalha o cálculo do FAP, fundamentada em três estudos científicos.

2.5. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP

Do ponto de vista jurídico, o NTEP é consagrado no ano de 2006 e representou um importante avanço no âmbito da Previdência Social. Se a preocupação do FAP se voltou para a forma de tarifação do Seguro de Acidente do Trabalho, o NTEP se volta agora para a prevalência de doenças (CID) relacionadas com os setores econômicos das empresas (CNAE), aprimorando o reconhecimento da existência do nexo causal entre o agravo e o ambiente de trabalho. Ou seja, com esta metodologia, caracterizam-se doenças profissionais e do trabalho através de um nexo *epidemiológico* entre a doença e a atividade econômica, baseado numa relação pré-estabelecida bienalmente em lista anexa ao Regulamento da Previdência Social (inicialmente pelo Decreto nº 6.042 de 12 de Fevereiro de 2007).

O princípio e o cálculo são basicamente os mesmos do FAP, mas agora para estabelecer dados epidemiológicos. Se esta é a origem de concepção do NTEP, o mesmo somente pôde ser colocado em prática quando foi editada, num primeiro momento, a lista B do anexo II do Decreto nº 6.042 de 2007 (que alterou o Regulamento da Previdência de 1999). Esta lista, por sua vez, foi precedida pela sua metodologia, através da Resolução MPS/CNPS nº 1.269 de 15 de Fevereiro de 2006⁴⁶ e pela Lei nº 11.430, de 26 de Dezembro de 2006. Esta última incluiu no Plano de Benefícios da Previdência (Lei nº 8.213 de 1991) o artigo 21-A, que prevê:

Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento. (Vide Medida Provisória nº 316, de 2006)(Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006).

§ 1º A perícia médica do INSS deixará de aplicar o disposto neste artigo quando demonstrada a inexistência do nexo de que trata o caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006).

§ 2º A empresa poderá requerer a não aplicação do nexo técnico epidemiológico, de cuja decisão caberá recurso com efeito suspensivo, da empresa ou do segurado, ao Conselho de Recursos da Previdência Social. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006).

Já em Abril de 2005, Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira, então Conselheiro Nacional de Saúde e Técnico da Secretaria da Previdência Social elabora uma Nota Técnica

⁴⁶ Apesar de já ter sido atualizado, manteremos, como no caso do FAP, a original, para seguir um critério cronológico.

ao Ministério da Previdência Social versando sobre o NTEP, com o objetivo de definir sua origem, o que é este nexo e como funcionará (OLIVEIRA, 2005). Neste documento, no seu item três, intitulado “como funciona hoje”, o autor identifica um dos maiores entraves à época para concessão de benefício do tipo acidentário: quando um trabalhador sofre um acidente e a empresa emite uma CAT, em geral o INSS presume o Nexo Técnico Previdenciário – NTP como ocupacional e concede o benefício B-91 (auxílio doença acidentário). Caso o trabalhador não tenha a CAT ou esta não seja emitida pela empresa, o INSS presume o NTP como não ocupacional e concede um benefício B-31 (auxílio doença previdenciário). Quanto a este último caso, denuncia o autor: “isso se tornou regra, e responde pela esmagadora maioria dos números. Nesses casos cabe ao trabalhador a prova em contrário, ou seja, o ônus da prova é da vítima.” (Idem, p. 2).

Ou seja, o sistema CAT e NTP está predisposto, até então, ao erro falso-negativo, quando a doença é catalogada como B-31 ao invés de B-91. Com a introdução do componente epidemiológico do NTEP (sintetizada pelo autor como NTP + Evidências Epidemiológicas), introduz-se uma “abordagem coletivista”, que erra menos ao anular os vieses, superando a antiga abordagem individual predisposta ao falso-negativo. Esta evidência epidemiológica é o coração do NTEP, pois representa uma associação estatística entre o agravo (CID) e o ramo de atividade econômica (CNAE), disponível para a perícia médica através de uma lista que estabelece esta correlação.

Com a introdução do NTEP e a retirada da condição de existência de uma CAT para gerar um benefício acidentário⁴⁷, delega-se para a perícia médica do INSS uma grande responsabilidade, e passam a três as formas pelas quais a autarquia previdenciária pode estabelecer o nexo ao conceder um benefício: a) Nexo Técnico por Doença Profissional ou do Trabalho – NTPT (ou o NTP referido acima); b) Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente de Trabalho (ou nexo individual); c) Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP. Vejamos cada uma delas, pela ótica operacional da perícia, de acordo com Lima (2010):

a) Nexo Técnico por Doença Profissional ou do Trabalho - NTPT. Este nexo se vale da caracterização das doenças profissionais ou do trabalho, estabelecida na Lei 8.213 de 1991, conforme vimos anteriormente. Estas doenças são pareadas com fatores de risco físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e organizacionais, de forma que um perfil de adoecimento

⁴⁷ O que gerou, inclusive, uma discriminação nos dados produzidos pelo Anuário Estatístico da Previdência Social que, ao contabilizar o número de acidentes de trabalho, dividiu duas sessões em “com CAT registrada” e “sem CAT registrada”.

numa empresa detectado pode encontrar nas listas possíveis (A e B do anexo II do Decreto 3.048/99) determinantes associados. Um grande avanço inserido nestes procedimentos da perícia médica do INSS foi a informatização destas listas facilitando a consulta. Com isso, o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade – Sabi funciona da seguinte forma: o “Sabi processa a checagem do código da Classificação Internacional de Doenças – CID registrado pelo perito no laudo médico-pericial com o anexo II. Caso a CID esteja na lista A ou na B, abre-se uma janela tipo *pop-up* em que o Sabi apresenta o quesito: “Houve exposição a algum dos agentes abaixo, constantes do anexo II do Decreto 3.048/99?” seguida de todos os agentes que estejam, nas listas, pareados com a doença informada. Se a resposta for afirmativa, o benefício já é acidentário, sem outras exigências ou formalidades procastinórias” (Idem, pp. 65 – 66).

b) Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente de Trabalho. Também denominado nexo individual, a sua aplicação está prevista no § 2º do art. 20 da lei nº 8.213/1991. É estabelecido para doenças não incluídas nas listas, mas para os quais o perito médico detectou elementos suficientes para reconhecer a causalidade delas com o trabalho. Na sua forma operacional, o Sistema de Administração de benefícios “oferece ao perito os quesitos “A incapacidade é decorrente de acidente de trabalho (típico/trajeto)?” e “A incapacidade é decorrente de doença equiparada a acidente de trabalho?” para a totalidade dos segurados, sem proceder a qualquer batimento ou checagem com listagens preexistentes” (Idem, p. 66), de forma que o nexo será aplicado se a perícia constatar a associação entre a profissiografia e a doença.

c) Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP. O princípio operacional do NTEP é formulado da seguinte forma:

Sempre que os nexos profissional / do trabalho e individual não tenham sido aplicados, o Sabi⁴⁸ recupera o código CID informado pelo perito e o código CNAE migrado do Cadastro Nacional de Informações Sociais – Cnis e checa na parte nova da lista B se há associação estatística entre eles. Em caso negativo, não oferece o Ntep ao perito. Mas se há batimento, o sistema apresenta o quesito “Há elementos médico-periciais para a não aplicação do Ntep?”. Se o perito médico não dispõe de elementos da literatura especializada, conhecimentos da profissiografia do trabalhador, experiência prévia de vistorias técnicas realizadas, alegações fundamentadas do Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmt) do empregador ou outros fatores que possam afastar a presunção de nexo

⁴⁸ Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade

indicada pelo estudo da Previdência, ele confirma o Ntep e o benefício é concedido em espécie acidentária. Mas se qualquer daqueles elementos demonstrar ao perito que, no caso concreto, os achados do estudo de coorte do MPS não são aplicáveis, ele pode optar por não aplicar o Ntep e o benefício será concedido como B31. (Idem, p. 67).

A partir da Resolução MPS/CNPS nº 1.269 de 2006, junta-se o FAP e o NTEP no mesmo documento. Apesar de utilizarem a mesma base de cálculo, somente três anos depois da Resolução 1.236 de 2004 o NTEP passou a ser aplicado, especialmente quando as listas do anexo II do Decreto 3.048/1999 foram informatizadas para os peritos em Abril de 2007 (Idem). Além disso, diferente da resolução 1.236/2004, a nova resolução não faz nenhuma referência a estudos científicos embasando a discussão sobre a subnotificação das CATs (a antiga fazia referência a três artigos), apesar de manter o mesmo argumento e igualmente contorná-la.

Conforme podemos ver pela Nota Técnica de Oliveira (2005), o NTEP passa a cumprir uma função bastante diferente do FAP. Até então, havia um problema grave ocorrendo no âmbito da perícia do INSS, quando esta presumia o Nexo Técnico Previdenciário como não ocupacional caso não houvesse uma CAT emitida pelo empregador.

Ou seja, o mecanismo criado em 1999 para que outros segmentos da sociedade estivessem legitimados para preencher a CAT ficou inócuo por conta do que ocorria no próprio âmbito da Previdência Social, quando a perícia médica somente reconhecia como legítimas as CATs emitidas pelo empregador. Aí sim podemos compreender a que veio o NTEP que, se por um lado melhorou o reconhecimento de benefícios acidentários, por outro, partiu de um diagnóstico direcionado à CAT, que havia sido transformada numa ferramenta coletiva somente das portas para fora do INSS, evidenciando uma verdadeira contradição interna no âmbito da Previdência, e um mundo de dificuldades para o estabelecimento do nexo causal por parte dos demais setores. Dito de outra forma, sob a ótica dos demais atores credenciados para preenchimento da CAT: para que se dar ao trabalho, se o efeito prático disso é quase nulo?

O reconhecimento deste problema, diga-se de passagem, é bastante farto dentre os especialistas que, quando não o apontam explicitamente, interpretam que um dos avanços do NTEP foi a “inversão do ônus da prova”, transferindo do trabalhador para o empregador a tarefa de provar o contrário⁴⁹. Isto é uma interpretação, pois se baseia em uma norma (o § 2º

⁴⁹ Cf. Codo (2010): “A metodologia pré-Ntep conduzia, em caso de litígio, o trabalhador vítima de agravos no trabalho a provar a relação entre sua atividade e sua doença ou acidente. A prova e o ônus da prova como obrigação da vítima, além de injusto, é covarde, já que coloca para o trabalhador solitário e despreparado a tarefa

do Artigo 21-A estabelecido pela Lei 10.430/2006, que prevê que a empresa poderá requerer recurso ao Conselho de Recursos da Previdência para a não aplicação no NTEP) e uma premissa, de que a partir da utilização do NTEP está definitivamente sanada boa parte do problema da subnotificação de acidentes (caso não estivesse sanado, não seria uma inversão, pois o trabalhador continuaria tendo que arcar com o ônus da prova).

Finalmente, mesmo com o importante advento do NTEP, a CAT, ferramenta que em tese poderia contornar a subnotificação e dividir um pouco mais com a sociedade a responsabilidade na identificação dos agravos gerados no ambiente de trabalho, foi devidamente relegada a um segundo plano, devido a uma escolha política da Previdência, por meio de todos os Decretos, Leis e Resoluções que acabamos de ver. Além disso, a Lei nº 11.430/2006 retira a aplicação de multa para as empresas que não comunicarem o acidente de trabalho até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência, nos casos em que a perícia médica do INSS caracterizar “a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravio, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças – CID”, mantendo, no entanto, a obrigatoriedade de emissão por lei.

Podemos concluir que uma das explicações para isso foi a pouca atenção dada à CAT. De fato, o estabelecimento de nexo causal entre o agravio e o trabalho não é tarefa simples e envolve uma série de conflitos de interesses. Além disso, até o momento, a instituição que cuida oficialmente da matéria é o Ministério da Previdência, salvo os casos em que ocorre judicialização, o que revela que os esforços interinstitucionais foram até hoje insuficientes.

2.6. Mudanças no FAP e NTEP e seu atual estágio

Apesar de concebido em 2004 pela Resolução MPS/CNPS nº 1.236, a aplicação do FAP somente entrou em vigor em janeiro de 2010. Naquela época, ao ter a sua metodologia elaborada através da correlação entre o agravio (CID) e a atividade econômica (CNAE), ele representou uma escolha importante do Ministério da Previdência, que permaneceu na base das subsequentes políticas adotadas. Estas políticas foram sofisticando sua metodologia de

de lutar contra toda uma estrutura médica e jurídica de uma empresa...” (p. 17); e Lima (2010): “... por falta de uma maior ênfase sobre a conexão entre profissiografia e adoecimento por parte da autarquia previdenciária, muitos peritos encerravam seus exames sem qualquer ponderação a respeito do assunto.” (p. 57).

cálculo e sua forma de implementação (informatização de listas, por exemplo), mas mantiveram até hoje uma mesma concepção, conforme vimos nos itens anteriores.

As novas resoluções que permitiram a aplicação do FAP e permanecem até hoje em vigor foram, principalmente, a Resolução MPS/CNPS nº 1.308 de Maio de 2009 (modificada ainda em 2010) e a Resolução MPS/CNPS nº 1.309 de Junho de 2009. Todeschini *et al* (2009) sintetizam algumas das principais limitações da antiga metodologia do FAP e suas consequências:

A construção inicial dessa metodologia previu, conforme as Resoluções ns. 1.236 de 10.5.2004 e 1.269 de 21.2.2006, o reconhecimento tão somente dos casos que reconheciam hipoteticamente o NTEP em todo o sistema de benefícios de incapacidade da previdência. Desconsiderou de antemão toda a accidentalidade das Comunicações de Acidentes do Trabalho e demais casos que não foram fruto da prevalência estatística do NTEP. (...) Resultado: nas simulações anteriores ao FAP pesava mais para as empresas que mantinham seus funcionários em seus quadros e pagavam melhores salários. Na contramão disso, a outra distorção era que empresas com gravidade acentuada e baixos salários estariam sendo bonificadas indevidamente. (TODESCHINI *et al*, 2009, p. 28).

Os dados que vão servir para o cálculo dos índices de frequência, gravidade e custo do FAP são oriundos agora de três fontes: a) os registros das Comunicações de Acidentes de Trabalho; b) os registros de concessão de benefícios acidentários concedidos a partir de abril de 2007, sob a nova abordagem dos nexos aplicáveis pela perícia do INSS, em especial o NTEP; c) dados populacionais empregatícios registrados no Cadastro Nacional de Informações Social – CNIS, informados pelas empresas empregadores, com informações como o segmento econômico que a empresa pertence segundo a CNAE, o número de empregados, a massa salarial, os afastamentos, as alíquotas de contribuição e os valores devidos ao Seguro Social; d) a expectativa de sobrevida do segurado obtida através da tábua completa de mortalidade construída pelo IBGE, para toda a população brasileira.

É importante registrar aqui que nestas fontes de dados reside um dos elementos que permitiram a aplicação do FAP. As duas tentativas anteriores, de 2007 e 2008 buscavam colocá-lo em vigor utilizando os registros do NTEP, excluindo os demais registros e gerando diversas distorções (Todeschini *et al*, 2011). Se considerarmos ainda como tentativa anterior a estas mencionadas, a Resolução nº 1.236 de 2004, a primeira a elaborar efetivamente a

metodologia do FAP, podemos ver desde lá o desconforto com a CAT e a tentativa (mal sucedida) de descartá-la⁵⁰.

Com base nestas fontes de dados, a Resolução nº 1.308 de 2009 passa a calcular os índices de frequência, gravidade e custo com uma acurácia muito maior. Para o índice de frequência, utiliza os registros de acidentes de trabalho registrados mediante a CAT e o NTEP, principalmente, relacionando-os com o número de vínculos da empresa. Para o índice de gravidade, recorre às espécies de benefício acidentário, atribuindo maior intensidade para os de morte, invalidez e por tempo de afastamento. Para o índice de custo, utiliza a dimensão monetária do acidente através do pagamento dos benefícios de natureza acidentária e sua relação com a contribuição das empresas. Após o cálculo desses índices, “são atribuídos os percentis de ordem para as empresas por setor (Subclasse da CNAE) para cada um desses índices” (Resolução 1.308 / 2009), e não mais por Classes da CNAE⁵¹, como anteriormente.

A Resolução MPS/CNPS n. 1.309/ 2009, por seu turno, vai acrescentar ao cálculo do FAP uma taxa de rotatividade média⁵², com relação ao número de admissões e rescisões de uma empresa, de forma que, após a obtenção do índice do FAP, se esta for superior a setenta e cinco por cento, não haverá redução de alíquota para a empresa, “salvo se comprovarem que tenham sido observadas as normas de Saúde e Segurança do Trabalho em caso de demissões voluntárias ou término de obra.”.

Apesar de a Resolução nº 1.308/2009 ter sido substituída pela Resolução MPS/CNPS nº 1.316, de 31 de Maio de 2010 (esta, para os valores processados a partir de 2010, com vigência a partir de 2011), não vamos entrar em detalhes desta última. Basta assinalar que ela mantém as características que já descrevemos da Resolução 1.308/2009 e promove alguns avanços para efeitos do cálculo do FAP. O fundamental aqui é que a sua metodologia vai se sofisticando cada vez mais, através de um trabalho criterioso de especialistas, mas o princípio

⁵⁰ Reforçando o que já discutimos anteriormente, desconforto este provavelmente oriundo da incapacidade de se resolver os problemas relacionados à CAT, embasados em estudos inconclusivos no que diz respeito à natureza desses problemas: “Diante dessas *premissas*, descartou-se, de imediato, como elemento primário, os registros dos acidentes do trabalho, informados por intermédio da CAT que, como antes afirmado, são subnotificados, e, caso fossem utilizados, beneficiariam sonegadores, em detrimento das empresas que têm desenvolvido ações efetivas de proteção do trabalhador.” (Resolução 1.236 / 2004, grifos nossos). Na referida resolução, as fontes de dados utilizadas eram a CNIS e SUB (Sistema Único de Benefícios).

⁵¹ Para exemplificar como se organiza a CNAE, vejamos toda a hierarquia do cultivo de cana: Seção A (Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura); Divisão 1 (Agricultura, pecuária e serviços relacionados); Grupo 11 (Produção de lavouras temporárias); Classe 0113-0 (Cultivo de cana-de-açúcar); Subclasse 0113-0/00 (cultivo de cana-de-açúcar).

⁵² A Resolução assim define a taxa média de rotatividade: “A taxa média de rotatividade do CNPJ consiste na média aritmética resultante das taxas de rotatividade verificadas anualmente na empresa, considerando o período total de dois anos, sendo que a taxa de rotatividade anual é a razão entre o número de admissões ou de rescisões (considerando-se sempre o menor), sobre o número de vínculos na empresa no início de cada ano de apuração, excluídas as admissões que representarem apenas crescimento e as rescisões que representarem diminuição do número de trabalhadores do respectivo CNPJ.”

bonus-malus é mantido até a última versão do FAP, que atribui a ele a missão de, segundo a Resolução nº 1.316/2010, “incentivar a melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador estimulando as empresas a implementarem políticas mais efetivas de saúde e segurança no trabalho para reduzir a accidentalidade”, através de uma estratégia que

(...) individualizará a alíquota de 1%, 2% ou 3% prevista no Anexo V do Regulamento da Previdência Social-RPS, majorando ou reduzindo o valor da alíquota conforme a quantidade, a gravidade e o custo das ocorrências accidentárias em cada empresa. Portanto, com o FAP, as empresas com mais acidentes e acidentes mais graves em uma sub - CNAE passarão a contribuir com um valor maior, enquanto as empresas com menor accidentalidade terão uma redução no valor de contribuição.

Tal princípio, é bom uma vez mais lembrar, foi inaugurado pela Lei nº 7.787 de 30 de Junho de 1989 e reafirmado pela Resolução do CNPS nº 1.101 de 16 de Julho de 1998, e se voltou exclusivamente para a penalização financeira baseada em uma quantificação de acidentes de trabalho. Foi esta a concepção que prevaleceu e prevalece na interferência do Ministério da Previdência Social no ambiente de trabalho, ou seja, sua ação de fiscalização acerca do cumprimento ou não, por parte do empregador, dos registros de acidentes de trabalho. A qualidade dos registros ficou comprometida ao não priorizar a CAT e a manter o corpo de especialistas do Ministério “à distância”. Ainda assim, frente a este quadro, existem potencialidades naquele documento, que vamos explorar a seguir.

2.7. Discussão sobre as Comunicações de Acidente de Trabalho referentes aos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes

As Comunicações de Acidente de Trabalho do Ministério da Previdência são fontes com uso ainda não muito consolidado na literatura acadêmica, em grande parte devido às críticas conferidas a validade de seus dados. Dentre elas, destacamos as de Santos *et al* (1990) considerou falho o sistema de notificação da CAT por atribuir a responsabilidade deste ato à empresa, gerando distorções e fornecendo informações insuficientes para a compreensão causal dos acidentes e doenças; Lucca & Mendes (1993) apontam para o subregistro dos acidentes e criticam a qualidade dos dados apresentados nas estatísticas por não caracterizarem de forma mais consistente a população envolvida; Gonzaga *et al* (1997), analisando as CATs à época de seu preenchimento manual detecta muitas inconsistências no preenchimento dos seus campos, com informações contraditórias, partes ilegíveis e códigos

inexistentes; Lima *et al* (1999) também aponta para a insuficiências das informações no que diz respeito aos determinantes do acidente; Fehlberg *et al* (2001), tomando como base um levantamento do ano de 1996, identifica grande número de subregistro de acidentes na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul; Binder & Cordeiro (2003), em estudo relativo ao ano de 1997, indicam que o INSS registrou no município de Botucatu, São Paulo, apenas 22,4% dos acidentes; Cordeiro *et al* (2005) e Iwamoto *et al* (2011) apontam para a limitação da abrangência das CATs, que atingem principalmente os trabalhadores com registro de carteira de trabalho regulamentados pela CLT.

Boa parte destas críticas apresentadas é pertinente, e não é o intuito aqui discutir a validade delas. Nossa intuito é o de ajustar o foco da questão, e para isso devemos considerar algumas observações sobre a forma como é tratado o problema. Os estudos apontam para falhas e lacunas que os *dados* demonstram, mas não aprofundam a discussão sobre a natureza dessas questões. A subnotificação é um problema tratado em grande parte dos artigos quase que de forma naturalizada e, apesar dos argumentos convincentes (por exemplo, quando havia exclusividade de o empregador emitir o documento), não são suficientes para esgotar a questão: exemplo disso é a desconsideração de outros elementos, como a informatização na comunicação das CATs e a reformulação de seus campos a partir do ano de 1999, que passaram quase que invisíveis em grande parte das pesquisas, ou a falta de estudos empíricos que concedam atenção a outros elementos que podem contribuir ou não para a melhoria destes dados.

Assim, além das pesquisas que utilizam as comunicações como fonte principal, podemos dividir os demais em três grupos, de acordo com a abordagem com relação aos acidentes de trabalho: a) pesquisas populacionais, valendo-se de entrevistas e aplicações de questionários em determinadas regiões (LIMA *et al*, 1999; FARIA *et al*, 2000; FEHLBERG *et al*, 2001; SCHLOSSER *et al*, 2002; BINDER & CORDEIRO, 2003; CORDEIRO, 2006); b) acidentes de trabalho registrados de outras formas, como pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do Ministério da Saúde (MARTINEZ *et al*, 1995) e registros hospitalares (SILVEIRA *et al*, 2005; OLIVEIRA, 2009); e c) fontes oficiais do próprio Ministério da Previdência Social relacionadas a registros de número de acidentes e a benefícios e do Ministério da Saúde, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM (ANSILIERO, 2006; SANTANA *et al*, 2007; IWAMOTO *et al*, 2011; ALMEIDA & BRABOSA-BRANCO, 2011).

O ponto que queremos chegar é que todas as formas de abordagem dos acidentes de trabalho possuem virtudes, mas também limitações. Estudos de base populacional demandam

um grande esforço e sua viabilidade requer mais recursos. Alguns destes utilizam questionários priorizando a versão do trabalhador entrevistado (creditando a ele a capacidade de estabelecer o nexo causal). Algumas pesquisas com outras fontes institucionais / administrativas indicam também inconsistências. Outros, ainda, relatam experiências exitosas, mas em circunstâncias especiais, em municípios mais desenvolvidos e que contaram com amplo apoio institucional.

Silveira (2005), por exemplo, investigando o atendimento de trabalhadores rurais acidentados num hospital-escola do município de Ribeirão Preto (SP), acessou 6.122 prontuários de atendimento e constatou a falta de preparo dos profissionais de saúde para realizar o nexo entre o agravio e o trabalho, de modo que “os pacientes, em sua condição de trabalhadores, acabam passando despercebidos pelo sistema de saúde, que não registra os atendimentos realizados como sendo ocupacionais”. Santana *et al* (2007), analisando a mortalidade e os acidentes de trabalho na Bahia, e comparando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM do Ministério da Saúde, com o Sistema Único de Benefícios – SUB do Ministério da Previdência, constatou que no primeiro o subregistro de acidentes de trabalho é maior⁵³. Oliveira (2009), analisando informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN do Ministério da Saúde, prontuários médicos e fichas de investigação epidemiológica (FIE) de febre tifoide na Bahia, de 2003-2006, mostrou que a maioria dos campos apresentou baixa ou regular completude de informações.

É importante destacar, por fim, que existem também alguns estudos exemplares utilizando as CATs⁵⁴. Destacam-se os de Waldvogel (1999), Souza & Freitas (2002) e Teixeira & Freitas (2003). Este último estudo é de particular importância. As autoras levantaram 58.204 acidentes de trabalho no interior paulista por meio da coleta das CATs em todas as agências de Previdência Social daquele Estado, referente ao período 1997 a 1999⁵⁵. Além de apresentar uma consistente caracterização epidemiológica, as autoras demonstraram que grande parte dos acidentes foi registrada na Previdência.

⁵³ Iwamoto *et al* (2011) também comparando estes sistemas (neste caso, os registros de Uberaba, Minas Gerais, no período 1997-2006) apontaram para muitos problemas no preenchimento da Declaração de Óbito (DO), comprometendo o SIM: “Em torno de 80% das DOs registradas no Brasil, em Minas Gerais e no município de Uberaba, de 1996 a 2006, apresentaram o campo referente aos acidentes de trabalho ignorado, portanto, considera-se a qualidade das informações acerca dos acidentes de trabalho muito ruim. Ressalta-se que essa lacuna nas informações dificulta o diagnóstico sobre o real problema que envolve os acidentes de trabalhos fatais, sendo considerada como fator limitante para o planejamento de ações no campo da saúde do trabalhador.”

⁵⁴ Estes estudos se enquadram no grupo daqueles de circunstâncias especiais. Destaca-se a importante participação da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, do Estado de São Paulo, ou sistemas de vigilância específicos com recursos interinstitucionais. Ver, por exemplo, Cordeiro (2005).

⁵⁵ Esforço que somente foi possível com participação da Fundação SEADE e da Fundacentro.

Assim como neste caso, o nosso também apresenta particularidades. Primeiramente, não vamos aqui realizar um trabalho epidemiológico com estas informações, em parte porque existem problemas nestas fontes, conforme veremos adiante. Tal como anunciamos na introdução, aproveitamos algumas informações mais confiáveis na medida em que elas servem para ilustrar aspectos da realização do trabalho na cana de açúcar em Campos dos Goytacazes, de modo que elas se encontram diluídas nesta pesquisa.

Em segundo lugar, a forma de obtenção destes dados foi diferente da forma apresentada nas pesquisas anteriormente apontadas. Para isso, nos beneficiamos da informatização destes dados, e bastou uma solicitação por *e-mail* à Divisão de Gestão Estratégica de Informações / Serviço de Mineração de Dados da Dataprev para que nos enviassem os registros das Comunicações de Acidentes de Trabalho, já tabuladas e em formato *Excel*. Obtivemos assim 385 registros de CATs, todas referentes ao município de Campos dos Goytacazes, no período de 2002 a 2012. A ocupação dos trabalhadores destas CATs foi registrada por meio do código 6221-10 da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Estes registros não contêm as informações constantes em todos os campos de preenchimento da CAT. As variáveis que conseguimos obter, para cada trabalhador e trabalhadora acidentada, foram as seguintes:

Quadro 2

Variáveis obtidas das Comunicações de Acidente de Trabalho relativas aos trabalhadores da cultura de cana-de-açúcar de Campos dos Goytacazes

Informação	Variáveis
Sobre o empregador	Emitente; Tipo de CAT; Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE.
Sobre o acidentado	Data de nascimento; Sexo; Estado civil; Classificação Brasileira de Ocupações – CBO.
Sobre o acidente	Data do acidente; Data do afastamento Tipo do acidente; Agente causador; Se houve morte.
Informações sobre a lesão/doença	Se houve internação; Natureza da lesão; Classificação Internacional de Doenças – CID; Parte do corpo atingida.

Fonte: DATAPREV, 2002-2012.

As duas primeiras grandes limitações que destacamos nestes dados dizem respeito à Classificação Brasileira de Ocupações – CBO e à Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE e requerem uma discussão um pouco mais ampla. Vejamos inicialmente o caso da CBO que, juntamente com o código referente ao município de Campos dos Goytacazes, formam as primeiras informações de relevância para desagregar os dados de modo a alcançar uma categoria específica de trabalhadores num determinado município.

Além da importância que mencionamos relativa ao tratamento e codificação de dados, esta classificação serve para descrever as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro⁵⁶ e, apesar de ter sido aqui implementada na década de 1980, sofreu algumas modificações. As revisões da CBO, assim como da CNAE ficaram sob a responsabilidade da Comissão Nacional de Classificação – CONCLA⁵⁷ que, em junho de 1995 criou o Grupo de Trabalho para a Classificação das Ocupações sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Emprego, resultando na sua última atualização de maior peso no ano de 2002 (CBO-2002). Esta atualização veio, conforme informa aquela instituição, com duas grandes novidades: adotar a CBO para os sistemas de informações estatísticas e utilizar uma classificação com comparabilidade internacional, tendo como referência a *International Statistical Classification of Occupations* – ISCO-88, definida pela Organização Internacional do Trabalho – OIT⁵⁸.

Assim, a nova versão adotou uma estrutura que organiza e descreve as ocupações do mercado brasileiro através de “famílias ocupacionais – também denominadas grupos de base –, cada uma delas correspondente a um conjunto de ocupações similares que integram um domínio de trabalho mais amplo do que aquele da ocupação” (NOZOE *et al*, 2003). Para o nosso caso, vamos ver como é realizada a localização de nossos trabalhadores.

O primeiro grupo mais genérico é o grande grupo de referência de número 6: “Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca”. Abaixo deste grupo, localiza-se o código 6221, que abrange os “Trabalhadores agrícolas na cultura de gramíneas”, que por sua vez se subdivide em:

⁵⁶ Isto é de extrema relevância, pois se propõe a acompanhar as mudanças no mercado de trabalho e as implicações disso no exercício profissional.

⁵⁷ O último formato da gestão da CONCLA se deu pelo Decreto no 3.500, de 9 de junho de 2000, mantendo-a no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e com a composição de 17 Ministérios mais a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

⁵⁸ Informações deste parágrafo retiradas de: <http://concla.ibge.gov.br/en/concla-apresentacao/grupos-de-trabalho/gt-ocupacoes#>. Acesso em: 30 de março de 2013.

6221-05: Trabalhador da cultura de arroz. Arrozeiro - na cultura - conta própria; Colhedor de arroz; Cortador de arroz; Plantador de arroz - conta própria; Plantador de arroz - empregador; Rizicultor - conta própria; Rizicultor - empregador; Secador de arroz.

6221-10: Trabalhador da cultura de cana-de-açúcar. Colhedor de cana-de-açúcar; Cortador de cana-de-açúcar; Plantador de cana-de-açúcar - conta própria; Plantador de cana-de-açúcar - empregador; Tombador de cana-de-açúcar.

6221-15: Trabalhador da cultura de milho e sorgo. Plantador de milho e sorgo - conta própria; Plantador de milho e sorgo - empregador.

6221-20: Trabalhador da cultura de trigo, aveia, cevada e triticale. Plantador de trigo - conta própria; Plantador de trigo - empregador; Triticultor - conta própria; Triticultor - empregador. (MTE, 2010, grifos nossos).

No item “condições gerais de exercício”, são atribuídas quatro características, sendo apenas duas delas aplicáveis aos trabalhadores da cultura da cana-de-açúcar. As duas aplicáveis aos demais grupos são o exercício da profissão de forma predominantemente autônoma e o trabalho realizado em equipe, “com supervisão ocasional”. As duas características comuns a todos os trabalhadores do código 6221 são o trabalho a céu aberto e em horário diurno e, em algumas atividades, a exposição a materiais tóxicos. Para finalizar a caracterização constante na CBO, a descrição sumária das atividades deste grupo é a seguinte:

Plantam e colhem gramíneas. Preparam sementes, mudas e insumos, condicionando o solo para tratamento de cultura. Realizam atividades de armazenamento e beneficiamento da colheita, como moagem, secagem e classificação dos grãos. Executam manutenção de máquinas e equipamentos agrícolas.

Apesar de algumas inconsistências nas descrições desta classificação da CBO⁵⁹, o que mais importa para nossa discussão é o fato de que, ao nos depararmos com o código 6221-10, apesar de menos provável, podemos estar diante de um trabalhador que realiza atividades de plantio de cana, que é completamente distinta da atividade do corte, seja pela biomecânica dos movimentos, seja pela intensidade e período de realização do trabalho. Daí que a limitação que a CAT apresenta com relação à CBO é própria desta última. No caso da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), a questão é bastante diferente, vejamos por quê.

Diferente da CBO, a CNAE não foi utilizada para a mineração dos dados das CATs. Conforme já apontamos, as duas variáveis utilizadas para isso foram a CBO e o código do município. Desta forma, ela não é constante nos registros e encontramos uma variedade

⁵⁹ A CBO, por exemplo, não considera o trabalho do trabalhador da cultura da cana-de-açúcar como trabalho em equipe e com supervisão ocasional. Na realidade, a supervisão deste trabalho é constante e a contratação de “turmas” para o corte da cana pode ser considerada uma forma de trabalho em equipe. A descrição sumária das atividades também é demasiadamente concisa, e não faz referência a qualquer atividade de corte.

enorme de códigos, sendo que muitos deles ou não existem (ou seja, foram informados incorretamente) ou não correspondem à CBO informada.

A ideia predominante de classificação dos agentes econômicos da CNAE é a de agrupá-los de acordo com a atividade que desenvolvem “em categorias definidas como segmentos homogêneos quanto à similaridade de funções produtivas (insumos, tecnologia, processos), características dos bens e serviços, finalidade de uso, etc.” ou, em outras palavras, utilizando o “enfoque pelo lado da produção (*production-oriented*) ou com base na oferta (*supply-based*)” (CONCLA; IBGE, 2007)⁶⁰. Outro ponto importante é que não existe nesta classificação distinção entre tipo de propriedade, natureza jurídica, tamanho do negócio e o seu modo de operação. Assim, produtores independentes, órgãos do governo, empresas nacionais ou estrangeiras, podem receber a mesma classificação caso desenvolvam um mesmo tipo de atividade econômica (Idem).

O Grupo de Trabalho da CNAE, no âmbito da CONCLA e com participação dos ministérios, técnicos da Fundação SEADE de São Paulo e da Confederação Nacional da Indústria – CNI, iniciou seus trabalhos no ano de 2001 e concluiu a sua atualização para a versão 1.0 em agosto de 2002. Nesta versão, não mais em vigor, havia quatro níveis de agregação: Seção; Divisão; Grupo; Classe. Somente em 2007 entrou em vigor a CNAE 2.0, que acrescentou mais um nível, abaixo da Classe, denominado Subclasse. Não vamos tratar desta última por duas razões: uma, é que ela não é ainda utilizada nas CATs, outra, é que os quatro outros níveis já apresentam confusões suficientes para realizarmos a discussão pertinente a esta dissertação.

O nível da Seção, topo da hierarquia, utiliza código alfabético de um dígito e agrupa as atividades de acordo com a finalidade do que é produzido, não se preocupando com os processos empreendidos para aquela produção. Exemplos são a Seção A – “Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura”, Seção O – “Administração pública, defesa e segurança social” ou Seção Q – “Saúde humana e serviços sociais”.

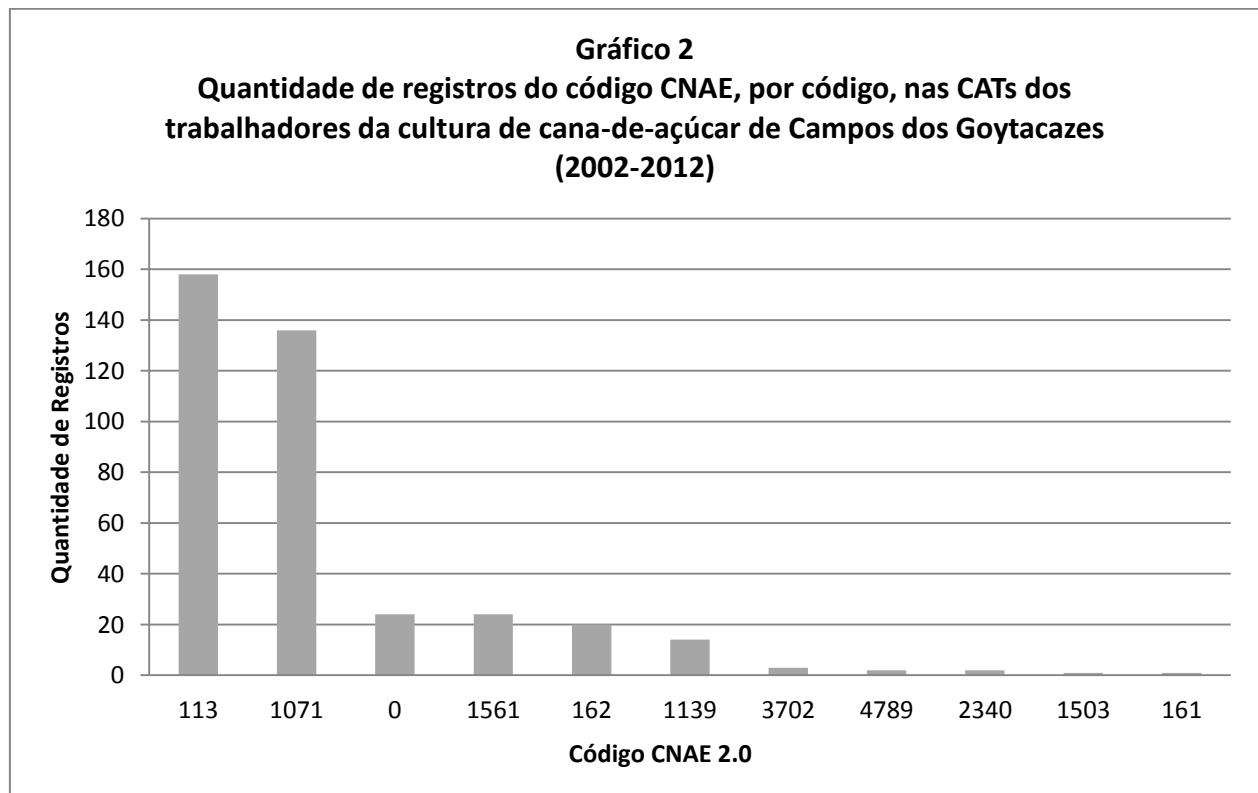
As Divisões, segundo nível da hierarquia, já detalham com mais precisão o tipo de atividade produtiva e possuem 2 dígitos numéricos. Dentro da Seção A – “Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura”, que nos interessa particularmente, temos, por exemplo a Divisão 01 – “Agricultura, Pecuária e Serviços Relacionados”, a 02 – “Produção florestal”, a 03 – “Pesca e aquicultura” e etc. No terceiro nível, com três dígitos numéricos, estão os Grupos nos quais a definição das categorias, segundo a equipe técnica

⁶⁰ Existe ainda a possibilidade, menos utilizada, de utilização de critérios como a natureza ou a utilização dos produtos produzidos, mas utilizando o princípio da função produtiva.

responsável, resulta da “identificação de grupos de atividades econômicas com função de produção significativamente diferente, com expressivo peso na economia e a comparabilidade no plano internacional” (CONCLA; IBGE, 2007). Assim temos, por exemplo, dentro da Divisão 01 supracitada, os Grupos 01.1 – “Produção de lavouras temporárias”, 01.2 – “Horticultura e floricultura” e 01.3 – “Produção de lavouras permanentes”.

Descendo para o quarto nível da CNAE 2.0, estão as Classes, de quatro dígitos numéricos (e mais um dígito verificador que tem por finalidade garantir a consistência da chave numérica, especialmente nos casos de autoclassificação), e buscam descrever as formas de combinação das atividades nos estabelecimentos produtivos pautadas em três critérios: o de especialização das unidades produtivas de determinada classe; o de cobertura de bens e serviços de uma determinada classe; e o de relevância, considerando a importância relativa na estrutura produtiva do país (Idem). Mais uma vez, vamos exemplificar: dentro do Grupo 01.1 – “Produção de lavouras temporárias”, temos a Classe 01.11-3 – “Cultivo de cereais”, ou a Classe 01.13-0 – “Cultivo de cana-de-açúcar”.

Uma vez descritos os níveis da CNAE e o que representam, vamos agora tratar destes registros nas 385 CATs que dispomos. Elaboramos a seguir o gráfico de contagem dos códigos CNAE, em ordem decrescente:



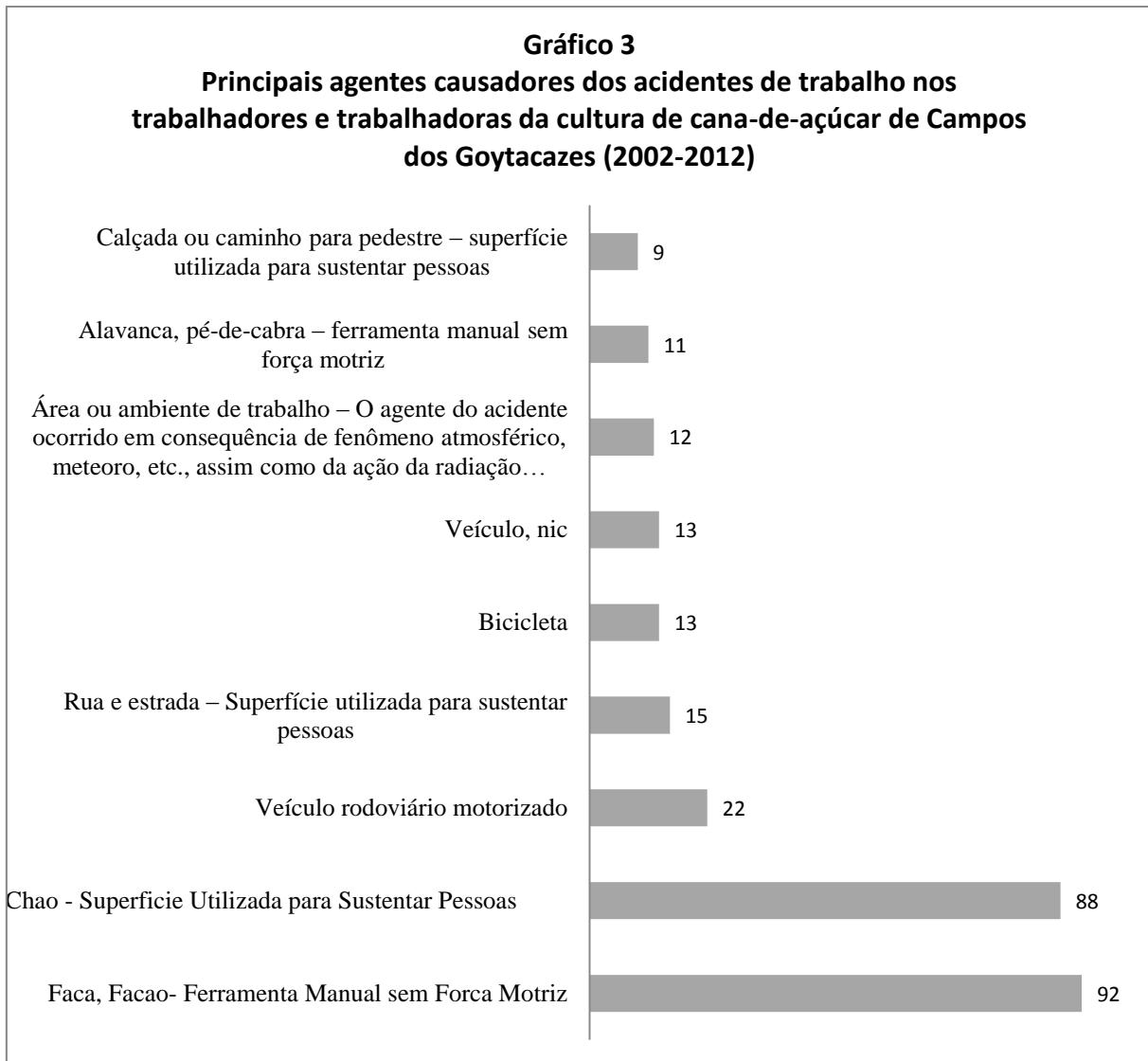
Fonte: CATs / DATAPREV.

O primeiro problema que esbarramos com estes dados é no código CNAE mais registrado, de número 113. O que se deduz é que o número 113 corresponde à classe 01.13-0, “Cultivo de cana-de-açúcar”. Caso esta dedução não seja verdadeira, não há qualquer outra correspondência possível para aquele código e, portanto, ele não existe. Supondo que nossa dedução esteja correta, encontramos outro problema: na classe 01.13-0, ela não comprehende, dentre outras coisas, “os serviços de preparação de terreno, cultivo e corte da cana realizados sob contrato (01.61-0)”, que por sua vez se encontram no grupo 01.6 – “Atividades de apoio à agricultura e à pecuária; atividades de pós-colheita”. De uma forma ou de outra, o código 113 é incompatível com o código da CBO 6221-10. O código 1071, segundo lugar em quantidade de registro, padece dos mesmos problemas apontados anteriormente: precisamos deduzir inicialmente que corresponde à classe 10.71-6 – “Fabricação de açúcar em bruto” e, caso isto seja verdadeiro, mais uma vez temos incompatibilidade com a CBO 6221-10.

Diante disso, não há como não indagar: por que razão não foi elaborado um programa verificador de compatibilidade para identificar a consistência destes dados? Pergunta esta generosa, levando em conta o caminho mais fácil – aquele que supõe um esforço e um custo baixos, não havendo nem mesmo a necessidade de fiscalização prévia junto à empresa. De todo modo, já que isso não ocorre, vamos voltar a nossa discussão inicial sobre a consistência dos dados nas CATs. Devemos trabalhar aqui, mais uma vez, com uma hipótese: a de que o registro da CBO na CAT é mais confiável que o registro da CNAE pelo simples motivo de que não há interesse da empresa (todas as nossas CATs, com exceção de uma, foram emitidas pelo empregador) em dissimular o primeiro, diferente do segundo em que pode gerar prejuízo financeiro⁶¹.

A última grande limitação presente nas nossas CATs é a baixa qualidade de algumas informações constantes no campo “agente causador do acidente”. Este campo é, por razões óbvias, de fundamental importância na caracterização qualitativa do acidente, e também segue uma codificação prévia. No Gráfico 3, temos os principais agentes causadores (que totalizam cerca de 70% do total). Algumas das informações são mais precisas e importantes, como os acidentes causados por facão, veículo motorizado e bicicletas. Outros são incomprensíveis, como o chão, rua e estrada e calçada.

⁶¹ Vale lembrar que a CAT, entre idas e vindas, na sua última versão, é utilizada para o cálculo do Fator Acidentário Previdenciário. Atualmente, a alíquota referente à CNAE 01.13-0 é de 0,2 enquanto que a alíquota referente à CNAE 10.71-6 é de 0,3 (última consulta realizada em 31 de Março de 2013, através do endereço: http://www2.dataprev.gov.br/pls/fap/pkg_cfc_geral.pr_consulta_cnae2).



Fonte: CATs / DATAPREV.

Para concluir o capítulo, devemos apontar uma última questão, que não é de menor importância. As informações sobre a saúde dos trabalhadores é utilizada como um dos critérios para penalizar financeiramente ramos de atividade econômica, definidos pela CNAE. Por outro lado, os códigos CNAE, para que sejam definidos, não seguem critérios oriundos de informações relativas à saúde e doença dos trabalhadores, ou seja, o conceito de *atividade econômica*, utilizado amplamente pela administração pública não obedece a parâmetros outros que não sejam aqueles relativos à natureza da atividade produzida, o produto produzido, sua destinação e etc., eclipsando os trabalhadores e suas circunstâncias do conceito de atividade econômica.

Este fenômeno, que não deve ser naturalizado, já havia sido denunciado na década de 1960 por Gilberto Freyre em sua obra “Sociologia da Medicina”, em que o autor indaga:

É possível que, do ponto de vista estritamente econômico e até tecnológico – no caso, o agronômico –, o ideal para a área úmida de Pernambuco, por exemplo – um exemplo brasileiro –, seja continuar a ser objeto da monocultura da cana-de-açúcar. Mas será esse o critério suficiente de considerar-se o assunto? Poderá desprezar-se a consideração de problemas de saúde, de bem-estar social, ligados a essa possível vantagem exclusivamente econômica? (FREYRE, 2009, pp. 181-183).

Para isso, segundo o autor, se faz necessária uma socialização da medicina e da saúde, voltada para massas, grupos numerosos, populações regionais e nacionais, que somente se fazem possíveis através do desempenho do papel social de seus profissionais que devem juntar ao seu saber técnico a sensibilidade às circunstâncias ecológicas e socioculturais. Somente indo ao *local* de trabalho, conhecendo a situação de trabalho do trabalhador que é possível criar pontes entre a saúde dos trabalhadores e o conceito de atividade econômica. A organização sanitária pode também contribuir para a criação destas pontes e levar os profissionais aos locais de trabalho, de modo a exercerem seu papel social. Vamos ver a seguir, estas perspectivas através do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 3

ACIDENTES DE TRABALHO: VIGILÂNCIA E SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os cortadores e cortadoras de cana são considerados trabalhadores e trabalhadoras rurais. Esta caracterização, aparentemente óbvia, começa a ser diluída quando discutimos as políticas e o sistema de saúde no Brasil. Até mesmo se suprimirmos a palavra “rural” e deixarmos apenas a categoria do trabalhador ou da trabalhadora, ou seja, a saúde das categorias profissionais –, deparamo-nos também com um sistema um tanto quanto complexo, seja por que existe dentro do Sistema Único de Saúde – SUS políticas específicas para isso, seja por que esta questão está dispersa sobre outras políticas não específicas para os trabalhadores e trabalhadoras, como é o caso dos sistemas de informação em saúde. Nesta discussão, a própria caracterização de trabalhador ou trabalhadora rural é muito genérica e, mesmo assim, no âmbito das políticas de saúde, não encontramos a devida acolhida.

Tendo em vista estas considerações, faz-se necessária uma análise que aponte para alguns elementos explicativos destes problemas. Vamos realizar, para tanto, uma discussão das políticas elaboradas para a saúde dos trabalhadores no âmbito do Sistema Único de Saúde. Neste percurso, já adiantando um pouco do que vamos encontrar, ficará evidente que o mais próximo que podemos chegar de nossos cortadores e cortadoras é tão somente uma atenção à “saúde do trabalhador” *sui generis*, não nos permitindo sequer alcançar estratégias de âmbito nacional voltadas para os trabalhadores e trabalhadoras rurais, que acabam por ser incluídos numa categoria um tanto quanto genérica. Uma das explicações possíveis para isso, e que vamos aprofundar um pouco mais neste capítulo, é a pouca atenção conferida aos sistemas de informação em saúde, que poderiam revelar, caso fossem mais precisos, alguns aspectos importantes de conexão entre as doenças e os processos produtivos, não só dos cortadores e cortadoras de cana, mas dos trabalhadores e trabalhadoras rurais em geral e das categorias profissionais em particular.

Como este é um terreno, ao menos no âmbito do Ministério da Saúde, ainda pouco explorado no campo científico, vamos realizar uma análise exploratória, o que implica ser um pouco mais abrangente, e não tão aprofundada em cada item. Para isso, dividimos a discussão em quatro partes. Na primeira, vamos discutir algumas das bases e princípios a partir dos quais surgiu o SUS, que teve como divisor de águas, conforme vimos anteriormente, a Constituição Federal de 1988, e foi concebido pela Lei Orgânica de Saúde deste sistema,

editada em 1990, na qual já surgiram as primeiras estratégias e orientações sobre a saúde do trabalhador e a vigilância em saúde. A segunda trata de alguns aspectos mais gerais do processo de construção do SUS através de suas normas operacionais. Neste ponto, vamos observar dois aspectos principais: o tratamento conferido à saúde do trabalhador e os propósitos de utilização dos sistemas de informação nas diferentes normas. Na terceira parte, vamos discutir especificamente três sistemas de informação no SUS: o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Aqui, vamos analisar e discutir os propósitos estabelecidos nas diferentes formas de alimentação destes sistemas; qual a relação disto para a geração de informações acerca da saúde do trabalhador; e em que pontos podem ou não haver mecanismos de articulação interinstitucional, especialmente com relação aos acidentes de trabalho. Por fim, na quarta parte, discutiremos algumas políticas mais recentes e ainda vigentes, como é o caso da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, criada em 2002, e algumas políticas nacionais e estaduais pertinentes ao nosso tema.

3.1. Da Constituição Federal de 1988 ao SUS de 1990

A Constituição Federal trata mais especificamente da saúde em seu Título VIII – “Da Ordem Social”, Capítulo II – “Da Seguridade Social”, Seção II – “Da Saúde”. Nesta Seção, que corresponde aos artigos 196 a 200, podemos observar dois aspectos importantes: a criação de um sistema único de saúde, através de determinadas diretrizes e competências, e uma importante dimensão simbólica conferida à saúde, que não está circunscrita somente ao sistema único, pois deve ser observada quando do cuidado à saúde por qualquer agente, seja ele privado ou público, federal ou municipal, deste ou daquele Ministério:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (...)

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III - participação da comunidade. (...)*

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...)

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. (...). (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Além de atribuir as competências e as diretrizes do sistema único, o destaque conferido à prevenção fica evidente. No *caput* do artigo 196, vemos que a primeira preocupação para caracterizar a forma pela qual o Estado deverá promover a saúde é a “redução do risco de doença e de outros agravos”, seguido então do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No artigo 198, agora tratando do sistema único de saúde, reafirma-se a mesma diretriz, em seu inciso II, que atribui prioridade às atividades preventivas. Deparamo-nos aqui com dois pequenos artigos de enormes proporções, que se traduz na seguinte formulação: o sistema único de saúde deve estabelecer prioridade para a prevenção das doenças e outros agravos através da redução de seu *risco*, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

“Risco” é um conceito complicado e caro à saúde: como estimar, calcular ou estabelecer um risco e com base em quais parâmetros? Qual metodologia deve ser utilizada para isso, num país de tamanha proporção? Uma vez estipulado, quais as estratégias preventivas que devem ser utilizadas? Naturalmente, estas são perguntas muito abrangentes, mas devem estar presentes na condução do nosso trabalho. Neste caso específico, vamos buscar uma compreensão um pouco mais acurada de como o Estado, no âmbito de seu sistema de saúde e do ponto de vista dos acidentes de trabalho, tratou da questão. Os instrumentos que vamos observar inicialmente são aqueles com maior potencial para responder ao problema, e estão previstos no inciso II do artigo 200 da Carta Magna: ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador.

Já vimos que o Ministério da Previdência é o que possui maior ingerência sobre os acidentes de trabalho, na medida em que estes se vinculam à concessão ou não de benefícios, que por sua vez ficam condicionados à sua perícia médica, responsável pelo estabelecimento do nexo causal entre o agravo e a realização do trabalho. A partir de 1989, já sob o marco de nossa Carta Magna, algumas iniciativas foram sendo tomadas no âmbito dos atendimentos de saúde para que estes também tivessem responsabilidade com a questão da notificação dos acidentes e da relação deles com o atendimento realizado.

A primeira iniciativa neste sentido aconteceu ainda durante a vigência do INAMPS, antes que fosse editada a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de

Setembro de 1990). Trata-se da Resolução CIPLAN nº 23, de 29 de Dezembro de 1989⁶², última editada por essa instituição e é uma das normas que mais contém detalhes dos procedimentos a serem realizados com relação aos acidentes de trabalho, no âmbito do antigo Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS⁶³. Consubstanciada no artigo 200, item II da Constituição Federal, esta resolução “estabelece normas e sistematiza a descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho”, que deverá ser executada de forma integrada com os setores responsáveis pela vigilância sanitária e epidemiológica do SUDS, “objetivando a implementação de ações preventivas e de inspeção das condições de trabalho por parte destes setores”.

Além de prever a transferência das dotações do antigo INAMPS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para a assistência médica, odontológica e farmacêutica ao acidentado do trabalho ou portador de doenças profissional e do trabalho, fica estabelecido o acompanhamento e assessoramento das atividades pela própria CIPLAN, pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e INPS. Estabelece também algumas diretrizes importantes, como a transferência da Coordenação dos Acidentes de Trabalho do INAMPS para a Coordenação de Saúde do Trabalhador existente ou a ser criada das Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde; a obrigatoriedade de todo e qualquer serviço de saúde acionar os setores de vigilância sanitária e epidemiológica após o primeiro atendimento ao acidentado; a notificação compulsória dos acidentes e doenças do trabalho e profissional no âmbito da rede de serviços do SUDS. Por fim, estabelece o fluxo deste atendimento, do qual destacamos:

1. Ao procurar o serviço de saúde regionalizado ou municipalizado o trabalhador deverá apresentar-se com a CAT devidamente preenchida e no prazo legal.
2. No caso de o trabalhador não se apresentar com a CAT e caracterizado o acidente ou doença profissional e do trabalho, o Serviço de Saúde que executa o atendimento fará a emissão da CAT provisória (até que a lei da Previdência Social seja aprovada), tomando todas as medidas cabíveis para assegurar os direitos e a assistência do trabalhador (preenchimento da LEM,

⁶² A CIPLAN, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, foi criada através da Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5, de 11 de Março de 1980, inicialmente integrando os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (o antigo Ministério da Educação e Cultura é incorporado em Abril de 1984 e o Ministério do Trabalho em Maio de 1987). Esta portaria previa o “planejamento geral e a programação das atividades de natureza médico-assistencial e sanitária, voltadas à promoção e à recuperação da saúde e à prevenção de doenças e danos (...) priorizando-se o desenvolvimento dos serviços básicos de saúde” promovendo, entre outras coisas, a “descentralização da execução de atividades para os Estados e Municípios”. Caberia à CIPLAN coordenar e planejar as duas pastas ministeriais e compatibilizar programas e atividades na área da saúde.

⁶³ O SUDS foi criado através do Decreto nº 94.657, de 20 de Julho de 1987, mas mantinha ainda a assistência à saúde centrada no INAMPS, através de convênios deste com os Governos Estaduais.

FTA, CCA⁶⁴ e outros). Em seguida a CAT será encaminhada para numeração na DLSS⁶⁵, Agência da Previdência Social ou Representação da Previdência Social do INPS, ao qual o serviço esteja vinculado. (...)

4. No caso de o empregador recusar o preenchimento da CAT, o trabalhador ou seu representante deve procurar a Coordenação de Acidente do Trabalho. O Serviço de Saúde deverá emitir a CAT com base nas informações do paciente, de testemunhas ou de vistoria ao local de trabalho. (...)

10. Sempre que a duração do tratamento atingir o 15º dia e o médico assistente julgar que o acidentado ou portador de doença profissional e do trabalho não se encontra em condições de voltar ao trabalho ou apresenta sequela indenizável, deverá preencher o formulário de Exame Médico - Pericial (REMP), encaminhando o trabalhador ao Setor de Perícias Médicas do INPS para fins de avaliação da capacidade laborativa.

Esta resolução, além de se restringir muito à participação do Estado na sua gerência e acompanhamento, foi editada um pouco antes da reformulação do sistema de saúde e da extinção do INAMPS, o que a torna praticamente sem efeito, mesmo tendo sido editada após a Constituição Federal de 1988 e, mesmo que tivesse efeito prático naquele momento, seriam necessários muitos outros dispositivos que pudessem contemplar minimamente as demandas dos trabalhadores e trabalhadoras. Por outro lado, do ponto de vista operacional, ela foi das poucas iniciativas que resguardou um maior cuidado no tratamento do acidentado no que diz respeito à sua relação do Ministério da Previdência com o Ministério da Saúde.

O que pode explicar a perda deste vínculo foi o fato de que, antes da Constituição de 1988, o atendimento médico oferecido aos contribuintes da previdência social, de carteira assinada, era de responsabilidade do INAMPS. Quando se universaliza o atendimento de saúde pública com a Constituição Federal e o Ministério da Saúde começa a ser estruturado, fica colocado um problema crucial no que diz respeito à saúde do trabalhador, que é justamente o dos acidentes de trabalho. De um lado, o Ministério da Previdência vai manter a obrigatoriedade da CAT e, ainda que promova avanços, como a informatização de suas bases de dados e o formulário desta Comunicação, acaba por limitar sua política que fica centralizada no reconhecimento do nexo causal entre o agravão e o trabalho para a concessão de benefícios, conforme vimos no capítulo um. O Sistema Único de Saúde, por seu turno, é criado tendo como referência somente a obrigatoriedade de preenchimento da CAT pelo médico, ficando uma lacuna não preenchida com relação ao estabelecimento do nexo entre o agravão e o trabalho. Não à toa, conforme veremos ao longo de todo este capítulo, são muito

⁶⁴ LEM – Laudo de Exame Médico; FTA – Ficha de Tratamento do Acidentado; CCA – Cartão de Consulta do Acidentado.

⁶⁵ DLSS – Divisão Local de Seguros Sociais.

recorrentes as tentativas de reformular, no âmbito dos serviços de saúde, a atenção concedida aos acidentes e doenças profissionais e do trabalho.

3.1.1. A criação do SUS e as diretrizes da saúde do trabalhador

Antes mesmo que fosse promulgada a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 – a chamada Lei Orgânica de Saúde –, criou-se, por meio de decreto presidencial, a primeira formatação da gestão do que será o SUS. A Lei nº 8.028, de 12 de Abril de 1990 dispôs sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e, no caso do Ministério da Saúde, criou dentre seus órgãos específicos o Conselho Nacional de Saúde – CNS. Este, por sua vez, foi estruturado pelo Decreto nº 99.438, de 7 de Agosto de 1990 (revogado em 2006) e teve como algumas de suas competências: atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal; aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistência; propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais. Além disso, sua composição compreendia representantes de ministérios e de setores da sociedade civil⁶⁶.

Posteriormente, a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 confere forma ao Sistema Único de Saúde e atribui ao Ministério da Saúde a direção do SUS no âmbito nacional (incluído aí o CNS), bem como as Secretarias Estaduais e Municipais para as suas respectivas instâncias. Mais uma vez, a prevenção e redução de riscos de doenças e agravos aparecem em destaque. São basicamente quatro as ações do campo de atuação do SUS no que diz respeito

⁶⁶ No seu texto original, o Decreto nº 99.438 assim estabeleceu a composição do CNS: “Art. 2º O CNS, presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, tem a seguinte composição: I. um representante do Ministério da Educação; II. um representante do Ministério do Trabalho e da Previdência Social; III. um representante do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento; IV. um representante do Ministério da Ação Social; V. um representante do Ministério da Saúde; VI. um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); VII. um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); VIII. um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT); IX. um representante da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT); X. um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); XI. um representante da Confederação Nacional da Agricultura (CNA); XII. um representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC); XIII. um representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI); XIV. um representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); XV. um representante da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); XVI. dois representantes do Conselho Nacional das Associações de Moradores (Conam); XVII. um representante das seguintes entidades nacionais de representação dos médicos: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FNM); XVIII. dois representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área de saúde; XIX. dois representantes das seguintes entidades prestadoras de serviços privados na área de saúde: Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Confederação das Misericórdias do Brasil; XX. cinco representantes de entidades representativas de portadores de patologias; e XXI. três representantes da comunidade científica e da sociedade civil, indicados pelo Ministro de Estado da Saúde.”

aos seus objetivos e atribuições, conforme especifica o seu artigo 6º: a) vigilância sanitária; b) vigilância epidemiológica; c) saúde do trabalhador; d) assistência terapêutica e integral, inclusive farmacêutica. Com relação à saúde do trabalhador, a lei assim a define, no mesmo artigo:

§ 3º 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 sanitária⁶⁷, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no 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 às empresas sobre os riscos de acidentes 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; e

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

Das quatro ações citadas, a saúde do trabalhador é aquela que possui a maior e mais detalhada definição e não são poucas as medidas a serem adotadas. Além de utilizar as vigilâncias epidemiológica e sanitária, deve o SUS, dentre outras coisas: realizar uma ampla gama de estudos sobre as condições e riscos do processo de trabalho; normatizar, fiscalizar e

⁶⁷ Pela mesma lei n. 8.080/1990, “(...) entende-se por *vigilância sanitária* um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.” E por *vigilância epidemiológica*, “... um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

controlar diversos aspectos do processo produtivo; promover ações educativas junto aos trabalhadores e trabalhadoras, utilizando o conhecimento gerado acerca das particularidades de realização do trabalho; monitorar as doenças geradas pelo trabalho juntamente com as entidades sindicais e, se for o caso, requerer até mesmo a interdição de todo o ambiente de trabalho. Deve-se destacar ainda que esta Lei Orgânica amplia o conceito de vigilância epidemiológica, antes atribuído para doenças transmissíveis e agora estendido para quaisquer doenças e agravos, de forma que a qualidade da informação depende sobremaneira da coleta de dados realizada no local onde ocorre o evento sanitário⁶⁸.

Finalmente, a Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, completou a estruturação do SUS ao dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros intergovernamentais para a área de saúde. Consegiu delimitar assim as duas instâncias colegiadas que haviam sofrido veto na Lei nº 8.080⁶⁹: a Conferência de Saúde, com reunião quadrienal e representação de segmentos sociais para propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes e o Conselho de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde na instância correspondente.

Vale destacar, por fim, que, além da importância dos estudos epidemiológicos para a promoção da saúde, estes assumem importância para o financiamento das ações em saúde. A Lei nº 8.080 estabeleceu em seu artigo 35 que os valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios devem combinar, segundo análise técnica de programas e projetos, os critérios de perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, dentre outras, sendo que a metade dos recursos para os Estados e Municípios será distribuída de acordo com o número de habitantes⁷⁰. A Lei nº 8.142, por sua vez, prevê que até que seja regulamentada a aplicação daqueles critérios, vale o parágrafo primeiro do artigo 35 da Lei nº 8.080, segundo o qual “metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o

⁶⁸ Sobre isso, cf. “Guia de Vigilância Epidemiológica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

⁶⁹ O artigo 11 da Lei 8.080 sofreu veto presidencial, e estabeleceria a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A justificativa apresentada no veto, através da mensagem nº 680 da Presidência da República ao Presidente do Senado Federal, utilizou o argumento de que isso iria ferir a Constituição, na medida em que seria de iniciativa privativa do Presidente a criação de órgãos da Administração Pública, assim como a estruturação de Ministérios e de que a Lei nº 8.028, de 12 de Abril de 1990 já previa a criação do Conselho Nacional de Saúde, com atribuições que seriam coincidentes com as dos órgãos criados pelo artigo 11 da Lei 8.080.

⁷⁰ Lembrando ainda que o orçamento do SUS deve ter proposta elaborada por sua direção nacional, com participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social e de acordo com as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio". Este parágrafo, por sua vez, somente foi revogado por meio da Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012⁷¹.

É importante reter tudo isso, porque é a partir desta legislação que se estabelece as diretrizes das políticas de saúde, desencadeando por seu turno os mecanismos para realização de todas estas atividades e tendo agora o crivo de uma constituição democrática. Uma vez que vimos alguns aspectos importantes da estruturação do SUS, vamos passar a seguir ao *modus operandi* de suas políticas. Se os princípios estabelecidos nestas leis que acabamos de ver são bastante claros, o mesmo não se pode afirmar sobre a forma como foi sendo elaborado o desenho institucional através de suas políticas. Diferente do caso do Ministério da Previdência Social que vimos no primeiro capítulo, o Ministério da Saúde desenvolveu uma legislação mais complexa através de um número e variedade enormes de portarias e documentos.

3.2. Normas e dispositivos operacionais do SUS: sistemas de informação e saúde dos trabalhadores

A implantação do SUS propriamente foi orientada em grande parte por suas Normas Operacionais. Três delas foram editadas antes da extinção do INAMPS em Julho de 1993, tendo como uma das grandes questões a forma como se daria o processo de descentralização dos serviços e da gestão da saúde. Não vamos discutir aqui todos os detalhes destas normas, mas apenas as questões que dizem respeito ao nosso tema. Vamos observar principalmente o tratamento conferido aos sistemas de informação e como estes foram sendo utilizados. A justificativa para este foco é o de que o planejamento de serviços de saúde, atendimentos e estratégias preventivas precisam ter como *ponto de partida* alguns indícios que permitam melhor estudar algumas das condições objetivas acerca da situação de saúde da população. Sem o registro consistente dos atendimentos prestados, por meio de profissionais qualificados, muitas variáveis importantes são omitidas ou mal aproveitadas. Os detalhes destas questões serão analisados no tópico seguinte e, por ora, vamos ver como foram utilizadas as poucas informações disponíveis para a implementação do SUS.

⁷¹ Esta Lei prevê, em seu artigo 17, que o "rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal".

A primeira das normas operacionais com a finalidade de colocar em prática a gestão e a administração do SUS foi a Norma Operacional Básica – NOB 01/91, editada pela Resolução INAMPS nº 258, de 7 de Janeiro de 1991 e teve como uma de suas grandes preocupações o financiamento dos serviços de saúde dos Estados e Municípios através de cinco itens: a) financiamento da atividade ambulatorial; b) transferência de recursos na forma de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para cada unidade executora; c) custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS; d) custeio de programas especiais de saúde; e) investimentos alocados no Plano Quinquenal de Saúde em lei orçamentária aprovada pelo Congresso Nacional.

O financiamento da atividade ambulatorial passa a funcionar através de um sistema de cobertura ambulatorial mediante convênios do INAMPS com os Estados, Distrito Federal e Municípios. Os critérios de financiamento previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080 incluíam o epidemiológico, mas este não será incluído e é postergado pela norma. A NOB adota então os seguintes parâmetros: critério populacional com base em dados do IBGE; empenho global; índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA⁷². A cobertura ambulatorial se dará mediante quatro etapas, e importa no momento reter somente uma, em que já deverá estar implementado o sistema Guia de Autorização do Pagamento – GAP/Prestador e que funcionará através de informações geradas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), centralizado no INAMPS e instituindo assim um sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas e outros)⁷³.

Tanto o Sistema de Informações Ambulatoriais quanto a Autorização de Internação Hospitalar são utilizados aqui tão somente para o cálculo de recursos. Não há nada que indique ou especifique outras finalidades para seu uso, nem mesmo nos relatórios de gestão, obrigatórios para a transferência de recursos. Esta NOB será reeditada no mesmo ano através da Resolução nº 273, de 17 de Julho de 1991, prevendo agora que o financiamento das atividades hospitalares seja baseado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Além disso, cria um “estímulo à municipalização do SUS e as ações de saúde coletiva” através de um Fator de Estímulo à Municipalização – FEM, “caracterizado como

⁷² Esta unidade é instituída aqui e deve ser fixada por Resolução do INAMPS, considerando a classificação dos Estados mediante os critérios de população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde.

⁷³ Esta NOB estabelece também funções aos Conselhos de Saúde, como a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde (por exemplo, elaborando o Plano de Saúde), além da fiscalização dos Fundos de Saúde. Deve participar também do acompanhamento e controle dos recursos o Ministério da Saúde, por meio de um sistema de auditoria.

repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente “municipalizados” dentro do SUS”,⁷⁴ e estabelece a Programação e Orçamentação em Saúde – PROS, elaborada para um período anual e como componente dos Planos de Saúde, tendo em um de seus itens o “diagnóstico de situação e levantamento de necessidades”, sem maiores esclarecimentos do que seja e como seja realizado. O Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS vai demorar um pouco para ser desenvolvido e somente será incorporado efetivamente na NOB de 1993.

A NOB 01/92, editada pela Portaria nº 234, de 7 de Fevereiro de 1992, já menciona um pouco dos princípios básicos da Constituição e da Lei Orgânica de Saúde, no que diz respeito aos sistemas de informação. Em seu primeiro item, referente ao planejamento, afirma: o “primeiro passo no processo de planejamento é a análise da realidade através do levantamento dos problemas de saúde, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis: “do que e como as pessoas estão adoecendo ou morrendo?”, “o que deve ser feito para melhorar os indicadores de vida/morte, saúde/doença?”, e continua: “é importante também estabelecimento e implantação de um sistema de acompanhamento, avaliação e controle do plano de ação, fundamentado num sistema de informações.”. Além disso, surge um item específico para os sistemas de informação, argumentando que os sistemas de dados SIA-SUS e SIH-SUS podem e devem ser utilizados para o planejamento, controle e avaliação dos serviços e ações de saúde.

A NOB 01/93, editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de Maio de 1993, especifica um pouco mais, no âmbito administrativo, o modo como se deve operacionalizar a descentralização do SUS, criando Comissões Intergestores de níveis nacional e estadual e as formas de gestão dos municípios e estados, já aparecendo a previsão de existência de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, vigilância dos ambientes de trabalho e assistência e reabilitação ao acidentado do trabalho e portador de doença ocasionada pelo trabalho. O Sistema de Informações Ambulatoriais passa a ser utilizado para o pagamento de ações e serviços de saúde que integram o SUS e, no mesmo item do financiamento, é mencionada a importância de se utilizar dados epidemiológicos, características demográficas e a capacidade instalada para a definição de prioridades na rede de serviços.

⁷⁴ Os critérios para que os municípios sejam “municipalizados” no SUS e estejam aptos a receber recursos estão previstos na Lei 8.142/90, e são: criação de Conselhos Municipais de Saúde; criação de Fundo Municipal de Saúde; apresentação de Plano Municipal de Saúde; Programação e Orçamentação da Saúde; apresentação de Relatório de Gestão Local; contrapartida de recursos para a saúde; constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

A despeito destes avanços, o entendimento acerca da avaliação da saúde da população, que poderia encontrar nestes sistemas de informação indicadores valiosos, fica ainda bastante limitado nestas três NOBs, em especial quanto a dois aspectos. O primeiro é a carência, uma vez mais, de um detalhamento maior na operacionalização dos dados. Em outras palavras, como devem ser utilizados os sistemas de dados e como estes devem ser alimentados nos serviços de atendimento? O segundo se encontra no item relativo a controle e avaliação dos serviços. De acordo com a NOB 01/92, os municípios e os estados devem avaliar “se os serviços produzidos foram eficientes, eficazes e efetivos; se atingiram as metas programadas e, acima de tudo, se produziram os resultados desejados”, mas atribui somente ao nível federal, a necessidade de utilização dos sistemas de informação para analisar e acompanhar os serviços. Na realidade – e isto não é uma proposição nossa, mas do próprio SUS⁷⁵ –, o município deveria ser o maior interessado nos indicadores gerados pelos atendimentos nas unidades, pois passa a ser ele o responsável pela elaboração estratégica de seu plano, o que deveria incluir de forma prévia o estudo do perfil do adoecimento de sua população⁷⁶.

Após estas normas iniciais, é editada a Norma Operacional Básica – NOB 1/96, editada através da Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de Novembro de 1996, com o objetivo de redefinir o modelo de gestão do SUS e consagrar a descentralização do sistema através da “plena responsabilidade do poder público municipal”⁷⁷, e será complementada futuramente pela Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST, esta sim mais específica para nosso tema, e que veremos mais adiante. As unidades básicas que viabilizam a gestão são a Comissão Intergestores Tripartite – CIT e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB⁷⁸. A relação entre os sistemas municipais de saúde, por sua vez, é realizada por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI, instrumento importante que surge neste momento, a ser realizada no âmbito da CIB e submetida ao Conselho de Saúde correspondente.

A PPI consiste, neste momento, como o primeiro instrumento que se propõe a tratar dos fluxos dos atendimentos de saúde entre municípios, quando alguns serviços não se

⁷⁵ A NOB 01/92, por exemplo, ao estabelecer um Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde – SAQS reconhece o princípio da heterogeneidade, segundo o qual “deverão ser consideradas as diferenças de realidade (social, institucional e sanitária, por exemplo)”, sem avançar, contudo, na sua qualificação.

⁷⁶ Um dos fatores que pode explicar a pouca atenção concedida aos indicadores e ao perfil epidemiológico da população neste momento é a demora de se aprimorar os sistemas de informações, conforme veremos no tópico seguinte.

⁷⁷ A gestão do município pode ser de duas formas: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Esta última é uma forma mais completa, pois inclui, além da gerência de unidades ambulatoriais, as unidades hospitalares e as de referência e os respectivos sistemas de informação.

⁷⁸ A CIT é composta por representação do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e a CIB é composta por representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.

localizam em determinado município, devendo ser negociados entre os gestores. A preocupação é a destinação de recursos⁷⁹, de forma que o pagamento das ações destinadas aos serviços de saúde se orienta pela sua demanda apresentada pelo gestor, e se baseia, por sua vez, na PPI. Esta deve traduzir “todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado” e, “quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município”.

Do ponto de vista da utilização dos sistemas de informação e da avaliação das condições de saúde, não há aqui muitos avanços, não estabelecendo na norma, por exemplo, nenhum critério específico para elaboração da PPI. O próprio entendimento desta NOB acerca dos propósitos de eficiência e eficácia gerenciais (item nove de seu anexo) se traduz em três itens: “a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços; b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e c) a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa”, esquecendo-se de prever como se dará a avaliação das condições objetivas que produzem as doenças para efeitos da programação.

Depois da NOB 1/96 e pouco depois da instituição da Rede Integrada de Informações para a Saúde – RIPA⁸⁰, estes temas começam a surgir através de duas portarias que definiram importantes políticas para o campo da saúde do trabalhador. Trata-se da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (Portaria GM/MS nº 3.120, de 1º de Julho de 1998) e da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST-SUS (Portaria GM/MS nº 3.908, de 30 de Outubro de 1998).

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador foi elaborada com o intuito de fornecer alguns subsídios para a vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS. Para isso, ela recorre a alguns princípios, conceitos e objetivos, dentre os quais, destacamos:

(...) uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e

⁷⁹ A NOB 1/96 trata da definição de critérios para a gestão do SUS e para o financiamento de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças através do Piso Assistencial Básico e do Piso de Atenção Básica.

⁸⁰ Esta Rede se tornou uma das principais instituições no tratamento de dados e informações sobre saúde a partir da década de 1990. Vamos tratar disto mais especificamente no tópico 2.3.1.

epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

(...) pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde. (...) a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação.

Os princípios aqui resguardados, embora não seja novidade (vide a conceituação de saúde do trabalhador nos incisos II, III, V e VI do parágrafo 3º da Lei nº 8.080/1990), ganham espaço pela primeira vez numa norma específica para o SUS, no âmbito do Ministério da Saúde. Dentre os objetivos almejados, estão o conhecimento e a fiscalização do ambiente e das condições em que o trabalho é realizado, identificando os riscos e cargas de trabalho e a sua relação com as formas de adoecimento e morte, a intervenção nos fatores determinantes dos agravos à saúde, e a criação de bases de dados comportando informações oriundas da vigilância.

A metodologia da vigilância constante na Instrução Normativa consiste em sete etapas: 1) fase preparatória, por meio de análise conjunta com trabalhadores e consulta bibliográfica acerca do caso em questão; 2) a intervenção / inspeção sanitária, realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, através de instrumentos como Termo de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração, etc.; 3) Análise dos processos, pelo preenchimento de “instrumentos metodológicos” por parte da empresa no momento da ação da equipe e pelo Roteiro de Vigilância preenchido pela equipe; 4) Inquéritos / questionários respondidos pelos trabalhadores; 5) Mapeamento de riscos, utilizando-se principalmente a metodologia da árvore de causas para investigação dos determinantes do evento, “que será objeto de publicação posterior”; 6) Estudos epidemiológicos, tais como de coorte, caso controle e seccionais; 7) Acompanhamento do processo, com o “envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas”.

Finalmente, as informações básicas a serem utilizadas se dividem em três grupos: 1) sobre a mortalidade: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde, a CAT e declaração de óbito; 2) sobre a morbidade: Sistema de Informação de Agravos de

Notificação – SINAN do Ministério da Saúde, a CAT, o SIA/SUS e o SIH/SUS; 3) Informações relativas às atividades e processos produtivos: Cadastro de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação, fichas de vigilância, dados da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS do IBGE, informações oriundas da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA da empresa, dos sindicatos e outras associações e órgãos da administração pública, além de pesquisas científicas.

O que há de fundamental nesta Instrução Normativa é a ideia de se ter uma equipe envolvendo profissionais de saúde, trabalhadores e seus representantes e a empresa, que entre no ambiente de trabalho para conhecer o processo produtivo e melhor compreender os determinantes da saúde e da doença. Esta é de fato uma ideia muito poderosa, mas que, tal como é formulada na Portaria, não pode ir muito adiante à consecução de seus fins, justamente por que é nos seus meios que encontramos algumas dificuldades. Primeiramente, não é criado um nexo entre as inspeções e análises do ambiente com a alimentação das fontes de dados existentes, mencionadas no parágrafo anterior. Com relação aos acidentes de trabalho, mesmo existindo na literatura acadêmica um consenso acerca da significativa existência de subnotificação⁸¹, tal problema não é enfrentado, deixando de se utilizar um espaço onde se poderia ter consumado uma integração interministerial efetiva. Com relação a este ponto, deve-se ressaltar também que a única instituição pública importante mencionada no âmbito das ações de vigilância, a título de exemplo, é o Ministério Público (item sete da metodologia), deixando a pergunta: e o papel dos demais Ministérios como o do Trabalho e da Previdência?⁸²

Mesmo se propondo a criar diretrizes para a vigilância de saúde do trabalhador no âmbito do SUS (e não propriamente uma norma operacional), a Instrução Normativa carece de uma análise acerca das condições que as unidades e secretarias de saúde têm para operar estas ações de vigilância. Isto fica evidente nas considerações finais de sua portaria: “É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas, não dispõe de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei, e mesmo, ansiadas pela sociedade”. Questões

⁸¹ Consenso, nunca é demais repetir, que não ultrapassa o nível da consciência, faltando ainda uma explicação mais consistente acerca da natureza do subregistro das CATs. Além disso, existe uma má compreensão acerca do problema, que busca explicar a subnotificação dos agravos à saúde através da restrição na cobertura dos segurados pela previdência social, que somente abarca parcela do mercado formal (BRASIL, CONASS, 2007, p. 206). O fato de parcela do mercado não ter cobertura pela previdência, especialmente com relação ao mercado informal, é um problema de outra natureza, de forma que a falta destes registros é derivado disso, ou seja, é algo secundário mas nem por isso menos importante.

⁸² Estes apenas aparecem de forma implícita ao mencionar, por exemplo, as CATs ou os instrumentos de fiscalização.

fundamentais como aquelas referentes à equipe que deverá operar as ações de vigilância, se existem tecnologias da informação para registro e divulgação das ações, e quais são as “dificuldade inerentes ao sistema de saúde” ficam sem respostas e comprometem, portanto, a operacionalização de um sistema de vigilância.

A parte mais operacional aparece de forma mais clara três meses depois com a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST, através da Portaria GM/MS nº 3.908, de 30 de Outubro de 1998, que “estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS)”. O objetivo desta Norma é o de complementar a NOB 01/96, especialmente através dos seus artigos 3º (para os municípios) e 4º (para os estados). No artigo 1º, vemos um desdobramento das dificuldades apontadas anteriormente:

Art. 1º A presente Norma, complementar à NOB-SUS 01/96, tem por objetivo orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano e rural, pelos Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as quais devem nortear-se pelos seguintes pressupostos básicos: (...)

III - direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviços do SUS, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo os riscos, os resultados de pesquisas que são realizadas e que dizem respeito diretamente à prevenção e à promoção da qualidade de vida; (...)

VI - utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos;

VII - configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho (...).

Mais uma vez, propósitos importantes surgem como, por exemplo, o que diz respeito ao repasse do conhecimento gerado para os trabalhadores acerca dos riscos envolvidos no trabalho. O “risco” é tido mais uma vez como um pressuposto básico, quase que naturalizado, persistindo as dúvidas e questões sobre sua definição, conforme apontamos no início do capítulo. Acabamos de ver também que o item cinco da metodologia da recém-editada Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador coloca a metodologia de mapeamento de riscos como “objeto de publicação posterior”.

Com relação às ações orientadas para os municípios, além da previsão de ações de vigilância nos ambientes de trabalho, há também a responsabilidade de análise e sistematização de dados gerados nos atendimentos de saúde, a notificação dos agravos à saúde

e os riscos relacionados ao trabalho e, no caso da gestão plena do sistema municipal, a “emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (sequelas) deles resultantes...”, a instituição de um sistema de referência para o acidentado do trabalho ou portador de doenças profissional ou do trabalho e a instituição e manutenção de um cadastro de empresas classificadas nas atividades econômicas, com indicação dos fatores de risco. No caso dos estados, destaca-se a recomendação da criação de unidades especializadas em Saúde do Trabalhador e a previsão de incluir no Índice de Valorização de Resultados – IVR⁸³, a organização das unidades especializadas de referência em Saúde do Trabalhador, o estímulo à implementação de unidades no Município e o registro de 100% dos casos atendidos de acidentes de trabalho e agravos decorrentes do trabalho.

Como podemos ver tanto a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador quanto a NOST carecem bastante de especificações acerca do plano operacional das medidas previstas. Neste último exemplo, isto fica explícito com relação ao registro de 100% dos casos atendidos de acidentes de trabalho. Primeiro, a motivação é a sua inclusão no Índice de Valorização de Resultados; segundo, não há qualquer outra menção acerca deste ponto ao longo da norma operacional, nem a previsão de articulação com o Ministério do Trabalho e da Previdência ou quaisquer outras estratégias que permitam atingir este objetivo.

Depois da NOST, a penúltima norma operacional editada é a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, que passou por duas edições, muito próximas uma da outra: a primeira, através da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de Janeiro de 2001 (NOAS-SUS 01/2001) e a outra através da Portaria GM/MS nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002 (NOAS-SUS 01/2002). Para a nossa discussão, vamos tratar de alguns dispositivos da NOAS/2001, que foram pouco modificados pela de 2002, de forma que valem para ambas as normas, mas foram inaugurados em 2001.

Uma das novidades trazidas pela NOAS/2001 é a adoção de uma estratégia de regionalização da assistência à saúde por meio do Plano Diretor de Regionalização – PDR. Com isso, justifica a norma, pretende-se enriquecer a descentralização, agregando à lógica de divisão político-administrativa, as noções de territorialidade e prioridades de intervenção, tendo em vista a heterogeneidade dos municípios e a necessidade de se garantir o atendimento

⁸³ O IVR, segundo a NOB 1/96, consiste “na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT [Comissão Intergestores Tripartite] e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS)”, que podem ser transferidos para as Secretaria Municipais de Saúde através das Secretarias Estaduais.

à população sem entraves de natureza burocrática. Este Plano Diretor de Regionalização seria justamente o instrumento utilizado para definir as prioridades de investimento “coerentes com as necessidades de saúde da população”, sob a responsabilidade de elaboração das Secretarias Estaduais de Saúde e em conformidade com o Plano Estadual de Saúde. Vamos discutir estas questões no item 2.5.3.

Finalmente, no plano operacional e de descentralização do SUS e sob a lógica de sua organização pela pactuação intergestores, devemos destacar o chamado Pacto Pela Saúde, que foi editado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Apesar de não ser denominada norma operacional, possui componentes operacionais e por isso estamos considerando como a última norma operacional. Assim como no caso das NOAS 2001 e 2002, as prioridades pré-definidas nestes documentos não abrangeram a saúde do trabalhador e não mencionaram também o problema dos acidentes de trabalho. O Pacto Pela Saúde possui três componentes: o Pacto Pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto Pela Vida comporta um conjunto de compromissos sanitários, como saúde do idoso, câncer de colo de útero e de mama, mortalidade infantil e materna e as chamadas doenças emergentes ou endemias, mas com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. O Pacto em Defesa do SUS, segundo a portaria, envolve “ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos” através de um “movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira”⁸⁴. O Pacto de Gestão oferece continuidade ao processo de descentralização, utilizando fundamentalmente os instrumentos previstos nas NOAS 2001 e 2002, além da Programação Pactuada e Integrada prevista na NOB 01/96.

A saúde do trabalhador aparece como área estratégica somente no volume cinco da série “Pactos Pela Saúde 2006”, chamada “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), publicada pelo Ministério da Saúde. Neste caso, são definidos parâmetros de “concentração de procedimentos e cobertura populacional para as ações de atenção básica e de média complexidade ambulatorial”, como resultado do trabalho das áreas técnicas do Ministério. Para a saúde do trabalhador, estes parâmetros são muito parecidos com as fichas de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, que veremos no

⁸⁴ A portaria dificulta a compreensão do que seja este Pacto, na medida em que não apresenta ações concretas acerca do Pacto, apenas algumas diretrizes. As medidas citadas se voltam mais para o plano orçamentário e a única medida concreta que foge a essa regra é a elaboração e publicação de uma Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

tópico seguinte, sendo eles: Dermatoses ocupacionais, Exposição a materiais biológicos, Lesão de Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/DORT, Pneumoconioses, Perdas Auditivas Induzidas por Ruído – PAIR, Exposição ao chumbo, Exposição ao benzeno e Intoxicação por agrotóxicos.

Os parâmetros utilizados, para efeito de planejamento estratégico, podem ser de dois tipos: os de cobertura, “destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecidos” e os de concentração, “que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo”. Os parâmetros estabelecidos para a saúde do trabalhador nestas diretrizes projetam algumas estimativas através das seguintes variáveis: “ações e população-alvo”; “parâmetro e % da população” (onde constam as ocupações); a “prevalência do agravo”; a “cobertura”; as “ações”, dentre outros. Estas estimativas, no entanto, não revelam a forma como foram calculadas.

Mesmo editadas no ano de 2006, teremos a oportunidade de averiguar no tópico seguinte que, ao menos no que diz respeito aos sistemas de informação do Ministério da Saúde, seria muito difícil até hoje estimar a prevalência de agravos por ocupações, tal como previsto no Pacto Pela Saúde e em outras normas, sustentando nossa tese de que a base para se estimar os riscos envolvidos nos ambientes de trabalho, não ultrapassam ainda uma fase elementar, que é a disponibilidade de alguns dados que emanem do cotidiano dos serviços e atendimentos de saúde com um mínimo de rigor e clareza.

3.3. Sistemas de Informações do SUS

Como as informações geradas no âmbito do SUS possuem um caráter estratégico importante na formulação de políticas (sejam elas de assistência ou de prevenção), este tópico precede aquele relativo a outras políticas mais específicas para a saúde do trabalhador, além das que já vimos. Uma vez realizado este caminho, estaremos aptos para realizar uma discussão mais substantiva acerca das possibilidades da atenção à saúde dos trabalhadores ora em curso.

Organizamos o tópico da seguinte forma: primeiro, realizamos um histórico das políticas voltadas para a elaboração dos sistemas de informação e de indicadores de saúde, destacando alguns de seus principais documentos e instituições. Depois, apresentamos alguns aspectos relevantes de três sistemas de informação específicos do SUS, que são: o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e

o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Por fim, no último subitem, discutimos estes três sistemas.

O objetivo aqui não é o de realizar uma análise técnica, mas discutir alguns aspectos relevantes no que diz respeito às fontes de alimentação dos dados, priorizando aqui o estudo de alguns formulários dos sistemas. Isto inclui algum nível técnico de discussão, mas o ponto central será o de explicitar a forma como isso se articulou na consecução dos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde em diversos momentos, por meio do estabelecimento de suas políticas. A eleição destes sistemas de informação justifica-se pelo fato de eles representarem importantes portas de entrada nos serviços de saúde, no caso do SIA e do SIH/SUS. No caso do SINAN, este é tido frequentemente como uma das principais fontes utilizadas para a vigilância de acidentes de trabalho.

3.3.1. Políticas e Instituições dos Sistemas de Informação do SUS

O Departamento de Informática do SUS – Datasus, foi uma das principais instituições sobre sistemas de informação em saúde criadas no início da década de 1990 e sua origem possui muitos traços em comum com a Dataprev. A partir da criação do SUS e da transferência do Inamps para o Ministério da Saúde na década de 1990, surgiu a necessidade de criação de uma infraestrutura em informática “que pudesse manter os sistemas de controle e pagamento da rede conveniada do Inamps, até então sob a responsabilidade da Dataprev, e desenvolver novas aplicações para apoiar as demais ações da área de Saúde” (LIMA *et al*, 2009, p. 110). Formou-se assim uma comissão interministerial composta pela Dataprev, Ministério da Saúde e Secretaria de Administração do Governo Federal, que optou pela criação de um órgão de nível nacional capaz de apoiar o SUS nas três esferas de governo, sendo que o primeiro passo para a sua criação foi a instituição da Diretoria de Sistemas de Saúde na Dataprev, composta por pessoal administrativo e técnico dos sistemas do Inamps (Idem, *Ibidem*).

O Datasus foi criado de forma concomitante com a criação da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, quando, com o Decreto nº 100, de 16 de Abril de 1991, foi retirada da Dataprev a função de controle e processamento das contas do setor da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A estruturação do Datasus foi gradual, tendo como marcos a publicação do regimento interno da Funasa em 1994, e a sua transferência para a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde em 1998 (Idem).

A partir de 1995, outra importante instituição foi criada a partir da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, que instituiu a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, com o objetivo de incentivar os seus países membros a aperfeiçoar e disponibilizar ao público dados relativos à situação de saúde. No mesmo ano e neste contexto, o Ministério da Saúde e a Representação da Opas no Brasil estabeleceram uma cooperação para aperfeiçoar as informações para a saúde, culminando na criação da Rede Integrada de Informações para a Saúde – RIPSA, concebida por um grupo de trabalho envolvendo membros de instituições importantes como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea⁸⁵.

As primeiras normatizações da RIPSA vieram com as Portarias GM/MS: nº 2.335, de 4 de dezembro de 1996; nº 2.390, de 11 de Dezembro de 1996; e nº 820, de 25 de Junho de 1997. Nesse primeiro momento o objetivo era apenas expor seus objetivos e sua administração. Quanto aos objetivos, eram eles, conforme a Portaria 820/1997:

- a) estabelecer bases de dados consistentes, atualizadas, abrangentes, transparentes e de fácil acesso;
- b) articular instituições que possam contribuir para o fornecimento e crítica de dados e indicadores, e para a análise de informações, inclusive com projeções e cenários;
- c) implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações;
- d) promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública;
- e) contribuir para o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados, ou identificados como de especial relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

As instituições que compõem a Rede nesse ano de 1997 são, além de secretarias do Ministério da Saúde, instituições de pesquisa: Secretaria de Políticas de Saúde⁸⁶ e de Avaliação, Secretaria Executiva, Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária, Fundação Nacional de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz. Fica prevista ainda a participação de outros setores através de mecanismos de gestão como os Comitês Temáticos Interdisciplinares e o Foro Interagencial.

⁸⁵ Informações deste parágrafo retiradas do site <http://www.ripsa.org.br>, sessão “histórico”, acessado no dia 15 de Janeiro de 2013, às 10:45 horas.

⁸⁶ De acordo com Junior (2009), do ano de 1997, quando a Secretaria de Políticas de Saúde passa a dirigir a RIPSA, até maio de 2000, a Rede passa por uma segunda fase caracterizada pela sua estruturação operativa.

No ano seguinte, o Conselho Nacional de Saúde – CNS edita uma resolução aprovando uma Comissão Intersetorial de Informações em Saúde⁸⁷, para definir padrões comuns aos diferentes sistemas de informação e bases de dados de interesse para a saúde, e propondo que esta deveria exercer suas atribuições pela Oficina de Trabalho Interagencial da RIPSA. Poucos meses depois, a Portaria nº 3.947, de 25 de Novembro de 1998 define atributos comuns de uso obrigatório para a identificação do indivíduo assistido em todos os sistemas e bases de dados do Ministério, a ser implementado a partir de 1º de janeiro de 1999, e que sistematizamos no seguinte quadro:

Quadro 3

Atributos comuns obrigatórios para a identificação dos indivíduos assistidos nos sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde a partir de 1999

Artigo / Parágrafo	Atributos / Especificação
Art. 2º - São atributos mínimos para a identificação do indivíduo assistido:	I – nome completo, obtido de documento oficial, registrado em campo único; II – número de Cartão do SUS; III – número do Registro de Identidade Civil (RIC), uma vez regulamentado o seu uso; IV – data de nascimento, indicando dia, mês e ano (quatro dígitos), em que ocorreu; V – sexo, indicando se masculino (M), feminino (F) ou ignorado/indeterminado (I); VI – nome completo da mãe, obtido de documento oficial, registrado num campo único; VII – naturalidade, indicando o Município e o Estado de nascimento, com os respectivos códigos do IBGE; VIII – endereço, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP).
Parágrafo único. São dados complementares para o reconhecimento do indivíduo assistido nos sistemas de informação que assim o requererem:	I – raça/cor, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE; II – grau de escolaridade, indicando as seguintes situações: (i) nenhum; (ii) primeiro grau completo, sim (S)/não (N) e, se N, informar o número de séries cursadas; (iii) segundo grau completo, sim (S)/não (N) e, se N, informar o número de séries cursadas; (iv) superior completo, sim (S)/não (N), e (v) ignorado (I); III – situação no mercado de trabalho (estudante, aposentado, dona de casa, etc.); IV – ocupação, codificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no nível de agregação de quatro dígitos; V – ramo de atividade econômica, codificado de acordo com o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no nível de agregação de dois dígitos.
Art. 3º - São atributos mínimos para a	I – nome completo; II – razão social; III – número do CGC do estabelecimento com identificação da unidade

⁸⁷ Resolução CNS nº 277, de 7 de Maio de 1998.

identificação da instituição ou local de assistência:	<p>prestadora no caso das instituições públicas;</p> <p>IV – endereço oficial de unidade prestadora, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP);</p> <p>V – tipo de estabelecimento, segundo a classificação adotada pelo Ministério da Saúde.</p>
Art. 4º - São atributos mínimos para a identificação do profissional prestador do atendimento:	<p>I – nome completo, obtido de documento oficial, registrado em campo único;</p> <p>II – número de Registro de Identidade Civil (RIC), uma vez regulamentado o seu uso;</p> <p>III – categoria profissional, codificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no nível de agregação de quatro dígitos;</p> <p>IV – número do registro no conselho profissional da unidade federada.</p>
Art. 5º – São atributos mínimos para a identificação do evento ou do atendimento realizado:	<p>I – data e hora do atendimento;</p> <p>II – local de ocorrência (quando não, o da instituição prestadora, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal – CEP);</p> <p>III – causa do atendimento, utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças; e indicando se o acidente do trabalho ou de trânsito: sim (S), não (N) e ignorado (I);</p> <p>IV – diagnóstico, utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças;</p> <p>V – procedimentos, segundo tabela-padrão estabelecida pelo Ministério da Saúde.</p>
Art. 6º - O Ministério da Saúde, de forma articulada com Estado e Municípios, desenvolverá, até 31 de Dezembro de 1998, os seguintes instrumentos necessários ao processo de padronização objeto desta Portaria:	<p>I – cadastro de unidades de saúde, de base municipal, abrangendo as redes pública e privada, definindo-se o elenco mínimo de dados de transmissão obrigatória à direção nacional do SUS;</p> <p>II – padronização dos registros clínicos para uso universal no Sistema de Saúde, público e privado, incluindo procedimentos de atenção básica e de promoção da saúde.</p>

Fonte: Elaboração própria a partir das informações constantes na Portaria nº 3.947, de 25 de Novembro de 1998.

Apesar de a portaria avançar em alguns aspectos, do ponto de vista da saúde do trabalhador, estes atributos são ainda insuficientes, a começar por um simples detalhe: o campo “Classificação Brasileira de Ocupações” não consta como atributo mínimo para o indivíduo assistido, mas como um dado complementar para os sistemas de informação que assim requererem. O mesmo ocorre com o ramo de atividade econômica, codificado pela CNAE. Comparando esses atributos mínimos com os campos que devem ser preenchidos na CAT após sua reformulação (Anexo A), vemos que esta possui ainda uma riqueza de informações muito maior do que prevê a portaria do Ministério da Saúde. Apenas para ilustrar, alguns dos campos da CAT de grande importância e que não constam aqui são: estado civil; remuneração mensal; telefone; área urbana ou rural; descrição da situação

geradora do acidente; parte do corpo atingida; agente causador; especificação do local do acidente; se houve registro policial.

Todos estes itens são extremamente importantes para um atendimento em unidade de saúde, mesmo que não seja acidente de trabalho. Basta exemplificar isto com três situações mais simples: a) em uma determinada região ou município que apresente uma grande incidência de fraturas de colo de fêmur em idosos, seria impossível determinar uma causa aproximada como, por exemplo, o estado de conservação das calçadas ou até mesmo a falta de pavimentação em áreas rurais; b) um atropelamento, em que após o atendimento não há registro da existência de testemunhas ou de boletim de ocorrência policial; c) um registro de atendimento, em unidade de saúde que, mesmo não tendo sido preenchida a CAT ou indicada a ocorrência de acidente de trabalho, possa identificar em outros campos a possibilidade de ocorrência do acidente de trabalho, especialmente através do campo de descrição do local do acidente.

Até que fosse formulada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST que veremos adiante, é importante destacar ainda outros marcos importantes. O primeiro foi a instituição de uma lista de doenças relacionadas ao trabalho, como referência para os atendimentos no SUS, correlacionando os agentes de risco de natureza ocupacional com as respectivas doenças com eles relacionadas, pela codificação da CID-10. Isto foi editado pela Portaria GM/MS nº 1.339, de 18 de Novembro de 1999. Evidentemente, tal lista é de extrema importância, mas somente como uma referência (tal como deveria ser o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, do Ministério da Previdência Social). Ainda assim, o próprio Ministério da Saúde reconhece por meio de seu manual de procedimentos para os serviços de saúde sobre as doenças relacionadas ao trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2001), um dos problemas críticos que compromete a utilização desta lista e de outras políticas voltadas à saúde do trabalhador:

No âmbito dos serviços de saúde, o principal instrumento para a investigação das relações saúde-trabalho-doença e, portanto, para o diagnóstico correto do dano para a saúde e da relação etiológica com o trabalho, é representado pela anamnese ocupacional. Lamentavelmente, na formação médica, pouca ou nenhuma atenção é dada ao desenvolvimento dessa habilidade, fazendo com que os profissionais tenham dificuldade para utilizá-la no dia-a-dia de trabalho.

Além deste limitador, dois exemplos a partir do anexo da Portaria GM/MS nº 1.339/1999 podem indicar outros problemas operacionais da mesma: a) na sessão de doenças

da pele e do tecido subcutâneo, encontramos inúmeros agentes etiológicos e fatores de risco para determinadas doenças, mas não encontramos, por exemplo, uma correlação de uma dermatite ocupacional ocasionada pelo uso de um Equipamento de Proteção Individual por um cortador ou cortadora de cana⁸⁸; b) na sessão de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, temos uma correlação de artroses com posições forçadas e gestos repetitivos. Embora os cortadores e cortadoras desenvolvam inúmeras artroses e lesões ao repetir movimentos centenas de vezes, a indicação na lista não basta, pois se faz necessária investigação sobre os mecanismos que desenvolvem estas doenças⁸⁹.

Outro marco foi a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por meio da Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Esta Política apresenta, de forma diferente da maioria das demais portarias já discutidas, uma discussão inicial com embasamento científico um pouco maior, mobilizando alguns dados acerca da morbidade e mortalidade no país. Continua reconhecendo, no entanto, que a CAT é a principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional, sem problematizar esta discussão. No subitem “articulação intersetorial”, no item “E”, correspondente ao Ministério da Previdência Social, existe uma proposição muito limitada, que somente coloca que “com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT)”, mesmo depois de indicar que uma das suas principais limitações é o subregistro.

No plano estratégico desta política, a importante diretriz “monitorização da ocorrência de acidentes e de violências” menciona apenas as bases de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH / SUS). Apesar dos avanços nestes sistemas, que apontamos no item 1.2.3, a descontinuidade aqui é perceptível, evidenciada pelo entendimento posterior do Ministério da Saúde de que é o SINAN a principal fonte para o registro de acidentes e doenças do trabalho, conforme argumentamos anteriormente.

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde publica conjuntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde / Brasil, o manual “Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2001), publicação já mencionada no tópico anterior por apontar dificuldades dos profissionais de saúde no estabelecimento da etiologia das doenças e agravos no que diz respeito à sua relação com o trabalho e profissão exercidos pelos trabalhadores e trabalhadoras. Além deste

⁸⁸ Para esta e outras correlações envolvendo os EPIs e os cortadores de cana, cf. Alessi & Navarro (1997), Gonzaga (2002), Gonzaga (2004) e Gonzaga *et al* (2005).

⁸⁹ Sobre o desgaste físico dos cortadores de cana, cf. Alessi & Navarro (1997), Laat *et al* (2008), Brambila *et al* (2009), e Parra (2009).

diagnóstico contido no manual, destacamos outro igualmente importante acerca da produção de conhecimento e informações sobre a situação de saúde, relacionados aos sistemas de dados:

A despeito da aprovação de algumas normas relativas à adequação dos sistemas de informação em saúde e incorporação de variáveis de interesse da saúde do trabalhador, essas não foram ainda implementadas. Assim, frequentemente, as análises da situação de saúde, elaboradas em âmbito nacional, estadual ou municipal, limitam-se à avaliação do perfil de morbimortalidade da população em geral, ou de alguns grupos populacionais específicos, mas as informações disponíveis não permitem a adequada caracterização das condições de saúde em sua relação com o trabalho, nem o reconhecimento sistemático dos riscos ou o dimensionamento da população trabalhadora exposta. Essas deficiências impedem o planejamento de intervenções, sendo ainda isolados os estudos sobre a situação de saúde de trabalhadores em regiões específicas.

Mesmo com o reconhecimento de obstáculos à difícil tarefa de se conhecer os reais motivos de adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, este manual concentra grande parte de seus esforços em estratégias que remontam à lógica da Portaria GM/MS nº 1.339/1999, discutida anteriormente, que edita a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Tal lista é de extrema importância na medida em que reúne parte dos conhecimentos sobre o tema para compor um *referencial*, e não um elemento primário de diagnóstico clínico.

Considerando ainda a anamnese ocupacional a principal ferramenta na investigação das relações saúde-trabalho-doença, ainda que isto seja questionável pela própria ótica do Ministério da Saúde que recorrentemente considera a análise do ambiente de trabalho como um dos fatores mais importantes⁹⁰, este é de fato um ponto muito relevante apontado pelo manual, mas que somente será efetivado no ano de 2006 com a publicação de outro manual, denominado “Anamnese Ocupacional: manual de preenchimento da ficha resumo de atendimento ambulatorial em saúde do trabalhador (Firaast)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), já na vigência da RENAST e que discutiremos mais adiante.

Retornando à RIPSA, no ano de 2002, por meio da Portaria GM/MS nº 1.919, de 22 de Outubro de 2002, ela passa por algumas mudanças administrativas, dentre elas, a sua base de dados e indicadores fica sediada no Departamento de Informática do SUS – Datasus, que por sua vez deve desenvolver instrumentos necessários para a provisão dos dados e para a disponibilização na internet dos produtos da RIPSA. No ano seguinte, com a Portaria GM/MS

⁹⁰ Ver, por exemplo, Ministério da Saúde (2005b), segundo o qual a qualidade da informação coletada depende, “sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário”. Cf. também CONASS (2007).

nº 2.004, de 17 de Outubro de 2003, passa a integrar a Rede, o Fórum Permanente de Informação e Informática do Ministério da Saúde. Este fórum, criado através da Portaria GM/MS nº 2.292, de 28 de Novembro de 2003, surge com o objetivo de formular as diretrizes e as estratégias de construção da Política de Informação e Informática do SUS, de forma que os seus membros deverão integrar também a RIPSA. Em 2004, é instituída, então, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS⁹¹.

Tal política, mantendo o que parece ser uma tradição das políticas nacionais de saúde, conforme veremos nos tópicos seguintes, vai concentrar suas linhas apenas na elaboração de princípios e diretrizes aplicáveis ao assunto em questão, e ainda assim, de forma mais direcionada ao item “informática” do que “informação”. Os temas mais presentes dizem respeito à modernização dos sistemas de informação, evidente no parágrafo inaugural de seu capítulo 3, “Estratégia da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde”, que tem como propósito:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população.

Para extrair um pouco mais do núcleo da Política, sintetizamos e selecionamos algumas das diretrizes propostas, no mesmo capítulo: 1) Fortalecer as áreas de informação e informática nas três esferas de governo através da integração dos sistemas e quadro de profissionais; 2) estabelecer registro eletrônico de saúde para registro das informações de cada indivíduo; 3) estabelecer sistema de identificação unívoca de usuários, de profissionais e estabelecimentos de saúde (Cartão Nacional de Saúde e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); 4) estabelecer, por um processo “aberto e participativo” padrões de representação da informação em saúde e apoiar a disseminação de informações utilizando linguagens acessíveis a diferentes públicos; 5) estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de forma a alcançar o intercâmbio entre diversas instituições e atores; 6) garantir

⁹¹ Cabe destacar que, pouco antes da criação do fórum, havia sido criado o Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, pela Portaria MS/SE nº 408, de 17 de Outubro de 2002, a ser coordenado pelo Diretor do Datasus. Dentre as atribuições, destaca-se a elaboração de propostas para formulação e condução da PNIIS e a apreciação, avaliação e sugestão de alterações nos Sistemas de Informação em Saúde.

acesso livre a base de dados mantendo a privacidade e a segurança das informações; 7) estimular iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação e “institucionalizar mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS”; 8) capacitar o Estado para a intervenção na área de produção de *softwares* em saúde; 9) “apoiar a prática profissional, através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada”.

Além dos pretensos objetivos de racionalizar os sistemas de informação⁹², podemos perceber aqueles relativos à disseminação de informações e de adoção de linguagens mais simples e, portanto, mais acessíveis ao público em geral, tanto para o conhecimento quanto para a intervenção na elaboração dos sistemas. Apesar de não citar, o documento na realidade evoca princípios constitucionais (em especial o inciso III do artigo 198) e os aplica no campo da informação em saúde sem demonstrar, contudo, preocupação com a passagem disto para o plano concreto. Poder-se-ia argumentar que não é este o escopo de uma Política Nacional e que este elo deve ser formado a partir da publicação subsequente de um Plano Nacional, este sim o terreno ideal para a elaboração de linhas de ação que vão permitir a construção dos laços entre a sociedade e este difícil campo do sistema de informações do SUS.

Mesmo se assim o fosse, seria justa a cobrança do que a Política Nacional não chega a cumprir, e que deveria ser um pré-requisito para a elaboração de um plano de ações: a identificação rigorosa dos pontos críticos dos sistemas de informação em saúde. Tais aspectos não são mencionados, e praticamente todas as estratégias, revestidas de princípios gerais, rumam sem destino numa intrincada rede de portarias e dispositivos técnicos que regulamentam e operacionalizam os diversos sistemas, criando uma permeabilidade bastante seletiva nesta seara⁹³.

Alguns anos mais adiante, uma nova portaria institui novamente o Comitê de Informação e Informática em Saúde – CIINFO, do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.466, de 14 de Outubro de 2009⁹⁴. Este Comitê, presidido pela secretária-

⁹² Cf. a publicação “A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009): “Nos últimos 30 anos, esforços têm sido feitos no sentido de racionalizar o setor Saúde no Brasil.”.

⁹³ Já adiantamos aqui algumas conclusões a que chegaremos ao final do capítulo, de que tal característica se mantém até os dias atuais, e que pretendemos demonstrar também ao longo dos tópicos seguintes. Se tal discussão já não é simples no meio acadêmico, há de se imaginar a distância existente entre ela e o público em geral, como os usuários do sistema único de saúde ou as instituições da sociedade civil.

⁹⁴ A já mencionada Portaria 2.292/2003, que criou o Fórum, é revogada pela Portaria GM/MS nº 327, de 17 de Fevereiro de 2009, que também cria o Comitê de Informação e Informática em Saúde, e por sua vez é revogada oito meses depois por esta Portaria em questão (2.466/2009).

executiva do Ministério da Saúde⁹⁵, reúne competências que o consagram atualmente como um dos principais órgãos estratégicos da área de Informação e Informática, no âmbito do Ministério da Saúde. Dentre elas, cabe destacar: apreciar e aprovar anualmente as estratégias criadas a partir dos Planos Diretores de Tecnologia da Informação – PDTI do Ministério; emitir deliberações, normas e padrões técnicos de intercâmbio e interoperabilidade entre o MS e demais órgãos a ele vinculados; rever e traçar novas diretrizes gerais e promover o fortalecimento da Política Nacional de Informação e Informática; racionalizar os recursos de Tecnologia da Informação e propor diretrizes para a política de recursos humanos desta área; definir os padrões de informação em saúde, em conformidade com a legislação brasileira; e “definir, com a participação consultiva dos demais gestores do SUS e entidades representativas do setor saúde, um conjunto de prioridades de padrões de Conteúdo e Estrutura, Representação de Conceitos em Saúde, Comunicação, Segurança e Privacidade”.

O CIINFO é redefinido dois anos depois, através da Portaria GM/MS nº 2.072, de 31 de Agosto de 2011, agregando instituições que não haviam sido incorporadas num primeiro momento. Cria assim representantes de natureza consultiva com a incorporação da RIPA, dentre outras instituições, e instituições de apoio técnico e administrativo, como do Datasus. Seu regimento interno é publicado em 2012 por meio da Portaria GM/MS nº 188, de 15 de março de 2012.

3.3.2. Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS

Formalmente implantado a partir de 1991, o SIA/SUS aumenta sua abrangência a partir de 1995, quando passa por um processo de informatização. Este sistema é mais simples que o SIH e passou por menos alterações na sua forma de funcionamento. Segundo o Manual Técnico Operacional do SIA/SUS publicado em 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), um dos avanços pelo qual passou, juntamente com o SIH, foi a unificação das suas tabelas de procedimentos através, principalmente, das Portarias: GM/MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007, e GM/MS nº. 2.848 de 06 de novembro de 2007. Antes desta unificação, existiam tabelas para cada sistema. No caso do SIA, uma das mudanças importantes surgiu com a Portaria SAS/MS nº 666, de 30 de Setembro de 2002, que incluiu, na Tabela de

⁹⁵ O CIINFO deve ser composto pelos seguintes membros permanentes: I - Secretário-Executivo, como Presidente; II - Secretário de Atenção à Saúde; III - Secretário de Vigilância em Saúde; IV - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; V - Secretário de Gestão Estratégica e Participativa; VI - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; VII - Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; VIII - Presidente da Agência nacional de Saúde Suplementar - ANS; IX - Presidente da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA; e X - Presidente da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

Serviço/Classificação de Serviço do SIA/SUS, o serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador, em conformidade com a criação da RENAST. Para tornar mais claro o que são estes procedimentos⁹⁶, exemplificamos dois códigos criados por esta portaria: 07.012.01-2 para consulta/atendimento ao acidentado do trabalho e 07.012.21-7 para consulta em medicina do trabalho sem estabelecimento de nexo causal.

Outra alteração importante no sistema foi a criação de dois tipos de Boletim de Produção Ambulatorial – BPA: o BPA Consolidado (BPA-C), no qual se registram os procedimentos ambulatoriais realizados de forma agregada e o BPA Individualizado (BPA-I), no qual se registram os procedimentos ambulatoriais de forma individualizada. Estes Boletins são preenchidos para procedimentos que não exigem autorização prévia (chamados procedimentos secundários), e o modelo para alimentação dos dados nacionais constante no BPA-I (não vamos discutir aqui os dados agregados do BPA-C) comporta os seguintes dados passíveis de codificação:

- a) na seção de dados operacionais: identificação da unidade de saúde através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES ; Unidade da Federação; o profissional que prestou atendimento por meio de seu Cartão Nacional de Saúde – CNS; o CBO do profissional que prestou atendimento.
- b) na seção do atendimento realizado: Cartão Nacional de Saúde do usuário; data de nascimento; código IBGE de seu município de residência; sexo; data de atendimento (dia, mês e ano); código do procedimento realizado; quantidade de procedimentos realizados; CID-10; caráter do atendimento; número da autorização (se for o caso).

Os procedimentos ambulatoriais que exigem autorização prévia (chamados procedimentos primários) possuem um fluxo diferente e devem ser registrados por intermédio da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC⁹⁷, antigamente denominada “Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo”. Para tanto, o profissional deve preencher um Laudo de Solicitação / Autorização da APAC (Anexo B). O modelo do Ministério da Saúde de laudo comporta os seguintes dados passíveis de codificação:

⁹⁶ As tabelas de procedimentos possuem valores associados a cada procedimento, sendo de extrema importância para a administração financeira do SUS.

⁹⁷ Criado por meio da Portaria SAS/MS nº 768, de 26 de outubro de 2006

- a) na seção de identificação do estabelecimento: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- b) na seção de identificação do usuário: número do prontuário; Cartão Nacional de Saúde do usuário; data de nascimento (dia, mês e ano); sexo; código IBGE do município de residência; unidade da federação; CEP;
- c) na seção do procedimento solicitado: código do procedimento principal; quantidade de procedimentos a ser realizado;
- d) na seção procedimentos secundários: código e quantidade dos procedimentos secundários;
- e) na seção de justificativa do procedimento solicitado: CID principal (doença / lesão que motivou o atendimento); CID secundário (campo não obrigatório, sobre a doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base); CID Causa Associada (campo não obrigatório, sobre doenças concomitantes apresentadas pelo usuário).

Podemos ver que, diferente do BPA-I, existem mais campos a serem preenchidos no caso dos procedimentos que exigem autorização (APAC) por causa da necessidade de preenchimento do laudo e, portanto, mais informações podem ser extraídas. Isto parece mudar um pouco com a introdução da Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA, através da Portaria GM/MS nº 1.171, de 19 de Maio de 2011, em que o aplicativo utilizado permite registrar, além das internações, procedimentos ambulatoriais não informados no SIA/SUS. Para tanto, deve-se utilizar um layout que permite a identificação dos diagnósticos principal e secundário mesmo no caso de atendimento ambulatorial individualizado.

3.3.3. Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS

As origens deste sistema remontam ao ano de 1980, quando foi apresentado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS, em que operava o sistema de tabela de procedimentos para pagamento de serviços profissionais, hospitalares, materiais e medicamentos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, através da Autorização de Internação Hospitalar – AIH (CARVALHO, 2009). O SIH/SUS, por seu turno, foi implantado no início da década de 1990 e manteve a AIH como instrumento utilizado para registrar os procedimentos e coletar os dados que compõem este sistema⁹⁸. Do

⁹⁸ Ainda segundo Carvalho (2009), o SIH/SUS não sofreu “modificações significativas em seus formulários de entrada de dados, fluxo de documentos e processamento (...) a mudança mais expressiva, então ocorrida, foi a sua extensão aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais; neste último caso somente aos da administração indireta, e de outros ministérios”.

ponto de vista informativo, é um pouco mais desenvolvido do que o SIA/SUS por apresentar mais informações e mais possibilidades de desagregação de dados.

Com a Portaria SAS/MS nº 142, de 13 de Novembro de 1997, o Ministério da Saúde aprimora o SIH ao estabelecer códigos de preenchimento da AIH que indicam o motivo da internação, no campo “caráter da internação”, com as seguintes possibilidades: a) nas internações em que o quadro apresentado não guarda relação com causas externas⁹⁹, lesões e envenenamentos por agentes físicos ou químicos; e b) nas internações motivadas por quadros compatíveis com causas externas definidas nos capítulos XIX e XX da CID-10. Neste último caso, o profissional responsável deve preencher com algum dos códigos, de acordo com cada caso: “6” quando compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa; “7” quando compatível com acidente de trajeto entre a residência e o trabalho; “8” quando compatível com outros tipos de acidente de trânsito, não considerados acidente de trajeto entre residência e trabalho; e “9” quando compatível com outros tipos de lesões e envenenamento, por agentes físicos ou químicos. Além desta caracterização, é obrigatório o preenchimento da CID-10 nos campos “diagnóstico principal” (referente à natureza da lesão provocada pela causa externa, de acordo com o capítulo XIX da CID-10) e “diagnóstico secundário” (referente à causa externa que motivou a internação, conforme o capítulo XX da CID-10, “circunstância da lesão”). Resumindo estas informações constantes na portaria, o seguinte quadro permite uma melhor visualização do novo formato a partir de 1997:

⁹⁹ “Causas externas” são definidas no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão – CID-10. Segundo o Datasus, este capítulo “possibilita a classificação de ocorrências e circunstâncias ambientais como a causa de lesões, envenenamento e outros efeitos adversos” (consultado em <http://www.datasus.gov.br/>), e é dividido nas seguintes subseções: a) acidentes, subdividido por sua vez em “acidentes de transporte” e “outras causas externas de traumatismos accidentais” (por exemplo: quedas, exposição à fumaça, fogo e chamas, excesso de esforços, etc.); b) lesões autoprovocadas intencionalmente; c) agressões; d) eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; d) intervenções legais e operações de guerra; e) complicações de assistência médica e cirúrgica.

Quadro 4

Alterações nos campos de preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (SUS) em 1997

Laudo Médico para emissão da AIH	
Laudo Médico para Comunicação de Agravos Relacionados ao Trabalho	
Campos Gerais	Unidade de Atendimento
	Nome do Paciente
	Nº do cartão do SUS
	Endereço / Bairro / Município / UF
	Data de Nascimento
	CBO / Trabalhador
	Sexo
Campos para o caso de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho	Vínculo com a Previdência (empregado, empregador, autônomo, desempregado, aposentado, não segurado)
	CNPJ da Empresa
	CNAE da Empresa
	Acidente de trabalho típico ou de trajeto
Laudo Técnico e justificativa da internação	-----
Principais sinais e sintomas clínicos	-----
Condições que justificam a internação	-----
Principais resultados e provas diagnósticas	Diagnóstico inicial
	CID (1) e CID (2)
	Tipo de clínica (cirúrgica, médica ou obstétrica)
	Procedimento solicitado

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do formulário da Autorização de Internação Hospitalar, constantes na Portaria SAS/MS nº 142, de 13 de Novembro de 1997.

Outro avanço importante veio com a Portaria GM/MS nº 1.969, de 25 de Outubro de 2001, que instituiu os seguintes dispositivos no laudo médico para emissão de AIH: preenchimento do CID primário e do secundário para os registros de causas externas e agravos à saúde do trabalhador; preenchimento do campo “ocupação”, segundo a CBO-R¹⁰⁰ nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; preenchimento obrigatório do CNAE-R¹⁰¹ do empregador; preenchimento obrigatório do campo “vínculo com a Previdência” (se atividade autônoma, desempregado, aposentado ou não segurado); notificação obrigatória à Vigilância Epidemiológica e Sanitária por parte do responsável técnico que prestou assistência ao paciente, nos casos comprovados ou suspeitos de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Por fim, destacamos a Portaria SAS/MS nº 718, de 28 de Setembro de 2006, que torna obrigatório o preenchimento da CID da causa de morte nas AIH sempre que for registrada alta

¹⁰⁰ A CBO-R significa Classificação Brasileira de Ocupações Resumida que é, na realidade, a CBO com estrutura agregada na ordem de três dígitos. Vamos discutir melhor o que isso significa no item 2.3.5.

¹⁰¹ Idem à nota anterior, mas, neste caso, com relação à Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE.

por óbito. Isto pode vir a ser um instrumento importante na identificação de causas de morte de trabalhadores e trabalhadoras, caso seja aprimorado com a identificação de outras variáveis.

O laudo para solicitação de AIH pode ser preenchido por médico, odontólogo ou enfermeiro e o modelo padronizado¹⁰². Desde que contenha as informações mínimas, ele pode ter um modelo próprio. As possibilidades de tratamento destes dados são apontadas por Neto *et al* (2011): “No caso específico dos agravos relacionados ao trabalho, é possível obter o número e os diagnósticos de internações por acidentes no local de trabalho e por acidentes de trajeto, desagregados por município ou até pela unidade da internação, por faixa etária, por sexo; e também os casos de acidentes internados que resultaram em óbito, além dos custos das internações.”.

3.3.4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Juntamente com o SIH, o SINAN é uma das principais fontes de dados utilizadas para as ações de vigilância em saúde do trabalhador¹⁰³. Um dos princípios básicos deste sistema é o de conter uma lista de doenças de notificação compulsória – DNC para que estas sejam notificadas aos órgãos competentes, caso diagnosticadas. Além da lista nacional de DNC, editada pelo Ministério da Saúde, os estados podem também elaborar listas próprias de notificação compulsória. Segundo Souza & Domingues (2009), a primeira lista nacional que tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis se deu no âmbito da criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE, nos anos de 1975 e 1976, influenciada pela V Conferência Nacional de Saúde.

Ao longo do desenvolvimento do SINAN na década de 1990, no entanto, sua utilização não foi orientada somente para doenças transmissíveis. Utilizando o Sistema de Legislação da Saúde – Saúde Legis¹⁰⁴, localizamos como exemplo a Portaria MS nº 2.163, de 29 de Dezembro de 1994, acessada através dos Diários Oficiais da União (disponíveis no site da Imprensa Nacional¹⁰⁵), que estabeleceu o SINAN como via formal de registro de casos graves e moderados de desnutrição em menores de 24 meses. Neste momento, conforme indica a portaria, este sistema estava em fase de implantação no país sob a responsabilidade

¹⁰² Disponibilizado no site <http://sihd.datasus.gov.br> e reproduzido no Anexo B.

¹⁰³ Sobre a utilização do SINAN, Cf. “Guia de Vigilância Epidemiológica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 23).

¹⁰⁴ Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/>.

¹⁰⁵ Disponível em: <http://portal.in.gov.br/>.

do antigo Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI¹⁰⁶, e o intuito era o de atribuir o gerenciamento destes dados ao Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN¹⁰⁷ como uma primeira fase de desenvolvimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Outra utilização prevista para o SINAN consta na Portaria SVS/MS nº 168, de 5 de Maio de 1997, através da criação do Programa de Vigilância Sanitária dos Ambientes e das Populações Expostas a Agrotóxicos, mediante a capacitação de técnicos e profissionais e utilizando o SINAN para notificação dos casos.

A Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de Dezembro de 1997, que estabeleceu o Piso de Atenção Básica¹⁰⁸, tornou em seu artigo 6º como condição de repasse de recursos financeiros às secretarias estaduais e municipais de saúde a alimentação de informações através da utilização de alguns sistemas de informação, incluindo o SINAN. Somente no ano seguinte, considerando este dispositivo, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº 3.356, de 30 de Julho de 1998, definiu as atribuições do Centro Nacional de Epidemiologia, e agora do DATASUS, sobre o SINAN (entre outros sistemas), de forma que ambos deveriam prestar suporte técnico às secretarias de saúde: o CENEPI ficaria responsável pela gestão do SINAN e o DATASUS responsável pelo desenvolvimento de softwares, manutenção do banco de dados e disseminação das informações¹⁰⁹.

No que diz respeito à saúde do trabalhador, o marco que definiu a sua incorporação no SINAN foi a Portaria GM/MS nº 777, de 28 de Abril de 2004¹¹⁰, já no âmbito da RENAST, que dispôs sobre “os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica¹¹¹, no Sistema Único de Saúde –

¹⁰⁶ Esse mesmo órgão foi responsável também, em 1998, pela direção de um amplo grupo técnico incumbido de definir estratégias para implementação de um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos – VEDTA, que deveria utilizar o SINAN para notificação (Portaria da Fundação Nacional de Saúde nº 156, de 12 de Maio de 1998). A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, ao ser criada em 2003, herdou as atribuições do CENEPI.

¹⁰⁷ O INAN foi criado em 1972, junto com a extinção da Comissão Nacional de Alimentação, que tinha o objetivo de elaborar e propor normas para a política nacional de alimentação. Esta função passou para o INAN, que foi extinto em 1997.

¹⁰⁸ De acordo com a portaria, artigo 1º, “o Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde.”.

¹⁰⁹ Esta Portaria foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.929, de 9 de Outubro de 2003, que designou a Secretaria de Vigilância em Saúde como gestora do SINAN. Esta secretaria é atualmente responsável pelas vigilância epidemiológica e sanitária e da saúde do trabalhador.

¹¹⁰ Antes desta portaria, consta uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 163, de 28 de Setembro de 1995, de criação de um Comitê Técnico de Assessores para definir políticas e diretrizes de controle de doenças pulmonares ambientais, com ênfase nas doenças pulmonares ocupacionais, utilizando o SINAN para instrumentalizar um sistema de vigilância para essas doenças.

¹¹¹ De acordo com esta portaria, os serviços sentinela podem ser: I - centros de Referência em Saúde do Trabalhador; II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

SUS". Atualmente, a Portaria nº 2.472, de 31 de Agosto de 2010, que revogou a Portaria 777/2004, estabelece em anexo uma Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas – LNCS, acrescentando à lista acima os agravos influenza humana, rotavírus, toxoplasmose aguda gestacional e congênita e violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada, movendo as intoxicações exógenas para a Lista de Notificação Compulsória. É importante mencionar que, além das listas oficiais, os estados e municípios podem também incluir outros problemas específicos de sua região.

São dois os instrumentos principais de coleta de dados do SINAN: a ficha de notificação e a ficha de investigação. De acordo com o Manual de Normas e Rotinas do SINAN – Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia (BAHIA, 2009)¹¹², nos casos de Agravos Relacionados ao Trabalho – ARTs, somente é utilizada a ficha de investigação, pois somente ocorre notificação destes casos uma vez investigados e confirmados. Como as fichas de investigação são padronizadas pela Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS/MS), podemos considerar nove situações que compõem os ARTs, ao menos em âmbito nacional, correspondentes às fichas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde: 1) acidente de trabalho grave¹¹³; 2) acidente de trabalho com exposição a material biológico; 3) câncer relacionado ao trabalho; 4) dermatoses ocupacionais; 5) lesões por esforço repetitivo (LER) / doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT); 6) Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); 7) Pneumoconioses; 8) transtornos mentais relacionados ao trabalho; 9) intoxicação exógena. Na imagem abaixo, retirada da ficha de acidente de trabalho grave, consta os campos comuns a todas as fichas (exceto o campo 2 e o CID-10 correspondente):

¹¹² Produzido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia / Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde / Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador.

¹¹³ Nesta ficha, estão contidos três casos: aqueles que resultam em mortes, aqueles com mutilações e os que ocorrem em menores de 18 anos.

Imagen 1

Campos comuns nas fichas de investigação de Agravos Relacionados ao Trabalho do SINAN

Dados Gerais		1 Tipo de Notificação	2 - Individual								
		2 Agravo/doença	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Código (CID10) Y 96	3 Data da Notificação					
		4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)							
		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Acidente							
		8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento							
Notificação Individual		10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada	5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	13 Raga/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	
		14 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-não se aplica								
		15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe								
Dados de Residência		17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito					
				20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código				
		22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1							
		25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP							
		28 (DDD) Telefone	29 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)						

Fonte: Retirado e selecionado a partir da ficha “DRT – Acidente de trabalho grave” utilizado pelo SINAN, Ministério da Saúde, e disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 15/1/2013.

As chaves para identificação dos registros no sistema do Sinan são o número da notificação / investigação, a data do registro, o município notificante (código IBGE) e a unidade que notificou. Segundo a publicação de Normas e Rotinas do Sinan, do Ministério da Saúde, “toda pesquisa de registro no módulo SinanW-Dados, menu notificação/investigação/acompanhamento, solicitará estas chaves para realizar a busca do mesmo.” (Ministério da Saúde, 2006c), indicando a possibilidade de desagregação dos dados em nível municipal.

Logo abaixo destes campos indicados na imagem acima, estão alguns dados que variam para cada tipo de ficha de investigação dos agravos, denominados “dados complementares do caso”. Mesmo assim, existe uma subseção comum a todos, chamada “antecedentes epidemiológicos”, com alguns campos também comuns aos agravos relacionados ao trabalho em questão. Além disso, em outras subseções, existem alguns campos específicos para cada tipo de agravio. A partir das fichas de investigação, elaboramos

as duas tabelas a seguir com algumas destas informações depuradas segundo os demais campos comuns e os campos específicos por ficha de investigação:

Quadro 5

Demais campos comuns às fichas de investigação dos Agravos Relacionados ao Trabalho do SINAN

Campo	Especificação / Observação
Ocupação	Observação: Não é de preenchimento codificado pela Classificação Brasileira de Ocupações
Situação no mercado de trabalho	Opções: 01 – Empregado registrado com carteira assinada / 02 – Empregado não registrado / 03 – Autônomo ou por conta própria / 04 – Servidor público estatutário / 05 – Servidor público celetista / 06 – Aposentado / 07 – Desempregado / 08 – Trabalho temporário / 09 – Cooperativado / 10 – Trabalhador avulso / 11 – Empregador / 12 – Outros / 99 – Ignorado.
Tempo de trabalho na ocupação	Observação: Só não consta este campo na ficha de intoxicação exógena. Neste caso, a informação é referente ao tempo decorrido entre a exposição e o atendimento.
Campos sobre o contratante	Registro CNPJ / CPF da empresa; nome; endereço; se o empregador é terceirizado; município (UF e código IBGE). Observação: para a ficha de intoxicação exógena, não há campo CNPJ / CPF do contratante, nem se é terceirizado.
Atividade econômica	Código CNAE.
Se foi emitida CAT	Opções: 1 – Sim / 2 – Não / 3 – Não se aplica / 9 – Ignorado
Se houve óbito	Se sim, data do óbito
Diagnóstico específico do acidente	Codificado pela CID-10

Fonte: Elaboração própria a partir das Fichas de Investigação do SINAN, Ministério da Saúde. Disponíveis em: disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 15/1/2013.

Quadro 6

Campos específicos de algumas fichas de investigação dos Agravos Relacionados ao Trabalho do SINAN

Campos específicos	Ficha(s) de Investigação
Em caso de a empresa ser terceirizada, informações acerca da empresa principal (CNAE, CNPJ e razão social)	Acidente de trabalho Grave
Causa do acidente	Acidente de trabalho grave (CID-10)* Intoxicação exógena (agentes tóxicos que causaram a doença)**
Partes do corpo atingidas (apenas grandes regiões, como “pé”, “tórax”, “abdome”, “mão”, “membro superior”, “todo corpo”, etc.)**	Acidente de trabalho grave; Dermatoses ocupacionais
Se houve utilização de equipamento de proteção individual** e qual tipo de equipamento foi utilizado**	Acidente de trabalho com exposição de material biológico
Tempo de exposição ao agente de risco*	Câncer relacionado ao trabalho; Dermatoses ocupacionais; LER/DORT; PAIR; Pneumoconioses; Transtornos Mentais
Se houve outros trabalhadores expostos ou com mesma doença no local de trabalho** / quantos*	Acidente de trabalho grave; Câncer relacionado ao trabalho; Dermatoses ocupacionais; LER/DORT; PAIR; Pneumoconioses; Transtornos Mentais
Se o paciente foi encaminhado a Centros de Atenção Psicossocial no SUS (CAPES) ou outros serviço especializado**	Transtornos Mentais
Se houve hospitalização ou se houve atendimento médico**	Transtornos Mentais; Acidentes de trabalho graves

(*) Informações codificadas (incluindo campos numéricos como data ou períodos).

(**) Informações definidas no formulário (marcar opção).

(***) Informações a serem preenchidas por extenso.

Fonte: Elaboração própria a partir das Fichas de Investigação do SINAN, Ministério da Saúde. Disponíveis em: disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 15/1/2013.

3.3.5. Discussão sobre os sistemas de informação em saúde

Em palestra realizada em Novembro de 2000, no já referido seminário nacional “Estatísticas sobre doenças e acidentes de trabalho no Brasil” (item 1.2), o então Coordenador geral de suporte operacional de sistemas do Ministério da Saúde, José Américo Serafim, aponta questões importantes acerca do funcionamento dos sistemas de informações. A caracterização de acidentes de trabalho tanto na autorização de internação quanto pelo sistema

de informações ambulatoriais, é muito baixa, informa o autor utilizando dados desses sistemas até Agosto de 2000. Com relação à AIH, diz ele:

A gente sabe que o número de acidentes de trabalho que provoca internações é maior do que isso, devido a esses problemas que a gente tem no preenchimento do papel da autorização de internação hospitalar, você já tem que ter o número de CAT e, como eu falei, o caráter de internação de emergência ou urgência também é um acidentado de trabalho. Dependendo do estado dele é uma urgência, então, ao invés de ele colocar lá que foi acidente de trabalho, a emergência é urgência, por isso não conseguimos caracterizar isso. (Serafim, 2000, p. 35).

Sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais, continua o autor, revelando importantes diferenças regionais:

A gente vê que o número é também muito menor até do que o número de EH¹¹⁴, em comparação ao número de atendimentos ambulatoriais que temos durante o ano, comparado com o número de internações que a gente tem, é muito menor, a gente vê que têm Estados que não informam, é simplesmente como se não existisse. (Idem, *Ibidem*).

É interessante observar também a constatação precisa de Celso Amorim Salim, um dos organizadores deste mesmo seminário e Coordenador à época do Programa Nacional de Melhoria de Informações e Estatísticas sobre Doenças e Acidentes do Trabalho – PRODAT, a respeito das mesmas bases de dados que vimos trabalhando até aqui:

(...) esses dados, a par de se situarem em bases de dados corporativos não intercambiáveis, ainda não são devidamente explorados quanto às possibilidades cognitivas ou mesmo quanto às condições técnicas de sua disseminação sob dois aspectos: primeiro, de forma seletiva, para fins de planejamento e gerenciamento de ações; segundo, de forma ampla, para fins de informação aos diversos segmentos da sociedade (...) Alguns críticos mais ácidos dizem que nós estamos muito bem resolvidos na parte instrumental, ou seja, de infraestrutura em Informática. Nós temos hoje programas sofisticados, temos uma roupagem muito bonita para um conteúdo que nem sempre corresponde a essa formalização, a essa roupagem. (Salim, 2000, pp. 83-84).

Com estes autores, temos identificadas duas naturezas de problemas. A primeira diz respeito, principalmente, à conduta do profissional no preenchimento das informações, que pode ser reflexo de vários fatores como uma escassa política de formação profissional por

¹¹⁴ Não encontramos referência sobre o que seja a sigla “EH” neste caso e, como foi uma palestra transcrita, a única hipótese é de que tenha sido um erro de digitação quando, na verdade, deveria ser “IH”, ou seja, Internações Hospitalares.

parte do Ministério da Saúde, por problemas inerentes ao modo de funcionamento dos sistemas ou por consequência de formação profissional. Não encontramos nenhum estudo empírico mais abrangente sobre as dificuldades dos profissionais ou autoridades que trabalham diretamente na alimentação dos dados, ou seja, na sua esfera operacional local, no âmbito do SUS. A segunda natureza das críticas diz respeito ao próprio desenho institucional, e à subutilização das potencialidades da qualidade das informações.

Muitas destas dificuldades são identificadas pelo próprio Ministério da Saúde, ou por segmentos de especialistas. De acordo com o CONASS, com relação às ações de vigilância em saúde,

(...) Um dos maiores desafios para esta área diz respeito à informação, uma vez que os sistemas nacionais implantados ainda não contemplam de forma adequada os registros sobre os agravos ocorridos.

(...) Para estudos, análises e estatísticas utilizam-se dados produzidos pelo INSS, a partir dos CAT ou, informações isoladas, produzidas ambulatorialmente pelos Serviços e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

(...) Outros Sistemas de Informação, como Sistema de Mortalidade (SIM), Sistema de Internação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (Sinan) e o Sistema Nacional de Informações Toxicofarmacológicas (Sinitox) precisam incorporar melhor a dimensão da ocupação em seus registros, assim como, do próprio registro do evento relacionado com o trabalho. Pode-se citar como exemplo, a sub-notificação do óbito por acidente do trabalho registrado no SIM geralmente não corresponde à realidade apresentando-se de forma inferior ao real. (CONASS, 2007).

Além da constatação já antiga de que os dados utilizados para o conhecimento da saúde do trabalhador são aqueles oriundos do Ministério da Previdência Social, é bastante sintomática a invisibilidade do Sistema de Informações Ambulatoriais que pouco é vinculada à vigilância epidemiológica, a não ser em algumas normas específicas, como a NOST-SUS de 1998 (item 2.2)¹¹⁵. Nossa análise procura demonstrar que, na realidade, todas as bases de dados que são alimentadas através do atendimento profissional de saúde ao trabalhador podem (e devem) informar os sistemas de informação com critérios epidemiológicos mais consistentes. Na própria literatura sobre cortadores de cana, encontramos justificativas mais que plausíveis para esta afirmativa, como no caso dos trabalhadores do Estado de São Paulo:

¹¹⁵ Sobre este ponto, é bastante significativa a leitura constante na publicação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em 2005: “Embora tenha sofrido algumas alterações com vistas a um melhor controle e consistência de dados, o SIA/SUS pouco mudou desde sua implantação. Por obedecer à lógica de pagamento por procedimento, não registra o CID do(s) diagnóstico(s) dos pacientes e não pode ser utilizado como informação epidemiológica, ou seja, seus dados não permitem delinear os perfis de morbidade da população, a não ser pela inferência a partir dos serviços utilizados.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

Outra prática comum entre os próprios trabalhadores, acometidos de câimbra durante a jornada de trabalho, é a de se dirigirem aos hospitais e postos de saúde para receberem soro intravenoso. (...) Ministrar soro na veia de cortadores de cana é um procedimento médico comum em todos os hospitais da zona canavieira de São Paulo. No final da tarde e no início da noite, principalmente nos dias mais quentes e secos, comuns durante o pico da safra de cana, é normal que os ambulatórios desses hospitais fiquem repletos de cortadores de cana precisando desse tipo de atendimento. (ALVES, 2008, p. 11).

No caso específico do Sistema de Informações Ambulatoriais, podemos identificar problemas estruturais importantes na sua concepção, nesta mesma linha argumentativa. Se casos como este relatado acima (que possivelmente são de uma proporção numérica gigantesca considerando os estados e municípios produtores de cana, e as demais ocupações e problemas relacionados) recebessem um atendimento qualificado para, ao menos preencher corretamente a alimentação de dados do SIA e se estes campos possuíssem um pouco mais de qualidade nas suas informações, então este sistema – e isto para mencionar o “primo pobre” dos sistemas de informação do SUS – poderia se tornar uma fonte importante na detecção de agravos (como as câimbras) que possivelmente antecedem estágios mais dramáticos de doenças e até mesmo de mortes.

O que observamos, no entanto, é que ambos os modelos do Boletim de Produção Ambulatorial do SIA/SUS (BPA-I e APAC) carecem de inúmeras informações acerca dos usuários atendidos em ambulatórios. Nos casos do BPA-I e do Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA, ainda que seja possível identificar os casos de assistência a acidentes de trabalho (quando registrados), a correlação que se estabelece no nível de dados é muito pouca, não permitindo sequer esclarecer a ocupação do paciente, de acordo com a CBO, sem mencionar outras informações como “motivo da lesão”, “parte do corpo atingida”, e outras.

Com relação ao Sistema de Informações Hospitalares, apesar de ter se aproximado um pouco mais de um padrão melhor de informações, constatamos problemas de natureza semelhante, evidentes no tratamento conferido aos importantes campos “Classificação Brasileira de Ocupações” – CBO e “Classificação Nacional de Atividades Econômicas” – CNAE. Neste caso, quanto maior o número de dígitos destes indicadores, mais precisa é a informação. Em outras palavras, quanto mais desagregado o campo numérico, melhor é a identificação da ocupação ou da atividade econômica. No SIH/SUS, o esforço de suas políticas não ultrapassou o mínimo necessário para subir no patamar de qualidade ao prever

três dígitos para estes campos, quando atribuiu a qualidade de “resumido”, conforme vimos no tópico 2.3.3. No caso da CBO-R, a ordem de três dígitos significa que, de acordo com a sua atual versão 2002, poderíamos proceder com a seguinte identificação em ordem crescente de desagregação (utilizando o mesmo exemplo do cortador de cana que utilizamos no capítulo 1): grande grupo 6 (ordem de um dígito) – “Trabalhadores Agropecuários, florestais e da pesca”. A seguir, o subgrupo principal 62 (ordem de dois dígitos) – “Trabalhadores na exploração agropecuária”. Finalmente, o subgrupo 622 (ordem de três dígitos, tal como a concebida pela portaria 1969/2001) – “Trabalhadores agrícolas”. Ou seja, é uma informação completamente genérica acerca de um grupo de trabalhadores. Para a identificação de “trabalhador da cultura de cana-de-açúcar”, precisaríamos passar por mais duas etapas de desagregação: uma, com o código 6221 – “Trabalhadores agrícolas na cultura de gramíneas” (ainda assim um tanto quanto inespecífico) e, por fim, 6221-10 – “Trabalhador da cultura de cana-de-açúcar”.

Com relação à CNAE, vamos simular também o exemplo da cultura de cana-de-açúcar, utilizando o formato atual da CNAE 2.0. A primeira ordem seria a seção A – “Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura”, seguida da divisão 01 – “Agricultura, pecuária e serviços relacionados” e, por fim, o grupo 011 – Produção de lavouras temporárias. Com apenas um nível a mais de desagregação que poderíamos especificar o tipo de lavoura temporária que, no caso da cana, corresponde ao código 0113-0¹¹⁶.

Os sistemas SIA e SIH passaram por alterações que mostraram algumas preocupações na notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mas que foram submetidas a uma lógica centrada na identificação dos procedimentos realizados. Este caminho adotado acabou por burocratizar, de certa forma, a matéria, inicialmente através da Portaria nº 777 de 2004, transferindo para a “notificação compulsória” agravos pré-definidos em listas, deslocando a questão para o SINAN; daí este ser considerado uma das principais fontes de informações sobre acidentes e violências e até mesmo de dados epidemiológicos em geral¹¹⁷. Caso as estratégias fossem orientadas para aprimorar a qualidade das informações e dos registros do SIH e do SIA, isto talvez não fosse necessário, pois a notificação no âmbito destes atendimentos já seria de alguma forma, “compulsória”.

¹¹⁶ Problemas muito semelhantes a estes que apontamos já haviam sido destacados por Nobre (2002), com relação ao SINAN.

¹¹⁷ “Os sistemas de informações disponíveis para os programas de controle de doenças e agravos no Brasil são o Sinan, o Sinasc, o SIM e o Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares (SIH). Dentre esses, o Sinan configura-se como o que vem sendo mais utilizado para a vigilância epidemiológica.”. (SOUZA & DOMINGUES, 2009).

O modelo adotado para o SINAN, no que diz respeito à saúde do trabalhador, padece do problema de também não ser universal no que diz respeito aos acidentes e doenças do trabalho. Ao contrário, é todo ele orientado por listas de doenças e acidentes pré-definidos, além de ser ativado somente por meio de unidades também pré-definidas, denominadas sentinelas. Isto é apontado de forma bastante clara pelo Manual de Normas e Rotinas do SINAN – Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia:

Diversamente dos outros agravos de notificação, a notificação de Agravos Relacionados ao Trabalho não é obrigatória para todos os estabelecimentos de saúde, mas apenas para unidades de saúde componentes de uma Rede Sentinel. Todos esses agravos são sujeitos à investigação epidemiológica e somente serão notificados, caso sejam confirmados. Esta Portaria começou a ser operacionalizada em 2006, com capacitações de técnicos dos estados e elaboração das fichas de investigação dos agravos. (BAHIA, 2009).

Os campos de preenchimento das fichas de investigação variam bastante para cada tipo de agravos, conforme as tabelas que elaboramos no tópico anterior, e alguns deles suscitam muitas dúvidas. No caso das fichas de investigação de intoxicação exógena¹¹⁸, por exemplo, não consta o campo referente ao tempo de trabalho na ocupação. Ao invés disso, a informação solicitada é “tempo decorrido entre a exposição e o atendimento”. Além disso, neste e em muitos outros campos importantes, como o que indica se foi emitida ou não a CAT, existe a opção “ignorado”, o que significa simplesmente que a informação pode, por algum motivo não especificado, não ser registrada.

Não é de se estranhar, com tudo o que acabamos de discutir, que as informações geradas pelo Ministério da Previdência através das CATs sejam ainda a fonte mais importante para o registro e o estudo das doenças e acidentes do trabalho. Apesar de ser um sistema de informação muito mais simples, possui uma maior eficiência e melhor qualidade de informações, mesmo com todos os problemas que apontamos no capítulo 1. O próprio Ministério da Saúde, juntamente com o CONASS reconhecem e apontam isso:

Tradicionalmente, as questões referentes aos acidentes e doenças do trabalho no Brasil, tem sido competência dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, que ao longo do tempo se organizaram para ter informações relativas à saúde dos trabalhadores. Os dados estatísticos oficiais sobre acidentes e doenças do trabalho provêm dos registros

¹¹⁸ Segundo a ficha de investigação do SINAN, o caso suspeito de intoxicação exógena é caracterizado por “todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.”. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>.

existentes no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) construídos a partir das Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT). (CONASS, 2007).

Para que a atual pauta política com relação à segurança e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras¹¹⁹ venha a se consagrar um dia como referência, é necessário que cada um dos Ministérios passe por uma reestruturação que mantenha como critérios principais a clareza e a consistência de informações sobre o que de fato ocorre nos locais de trabalho. No caso dos cortadores e cortadoras de cana, as informações relativas à saúde, além de servirem como meio para que se consagrem os princípios constitucionais do capítulo da seguridade social, poderiam ser um valioso indicador para orientar ações estratégicas de instituições públicas e privadas e da sociedade civil.

O Sistema Único de Saúde possui um grande potencial para cumprir com este papel, ao incorporar princípios democráticos, consagrados pela Constituição e, posteriormente, pela sua Lei Orgânica, assumindo o difícil desafio de promover uma ampla descentralização e de atender a toda a população. Apesar disso, sua complicada rede de informações mantém fortes elos internos, traduzidos pela sua complexidade, linguagem técnica e outros problemas que apontamos acerca das informações geradas e da alimentação destas informações.

A RENAST, Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, foi mais uma das tentativas para levar a cabo estes objetivos, voltados para a saúde do trabalhador. Incluímo-la num tópico a parte, pois, além de ser a primeira política nacional de grande porte acerca da atenção específica à saúde do trabalhador (anteriormente os centros de referência em saúde do trabalhador existiam apenas em determinados municípios), é a política atualmente em vigor, tendo completado mais de uma década de vigência, até os dias atuais. No próximo tópico, discutiremos alguns de seus aspectos centrais, além de outras políticas estabelecidas e importantes para a compreensão do funcionamento da RENAST, não se restringindo a ela somente.

3.5. Perspectivas e estratégias atuais sobre saúde e segurança no trabalho

Apesar de os sistemas de informações que acabamos de analisar se enquadrarem neste tópico, eles foram propositalmente mantidos à parte por uma questão de organização. Neste item, vamos trabalhar três aspectos importantes acerca da atual organização do sistema de

¹¹⁹ Principalmente por meio da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (Decreto no 7.602, de 7 de novembro de 2011), que retomaremos adiante.

saúde. O primeiro será sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, instituída no ano de 2002, e que passou por algumas modificações até recentemente, mas apesar disso, muito se manteve de sua concepção inicial. Esta Rede é atualmente uma das principais políticas de âmbito nacional que se propõe a cuidar, através do SUS, da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

O segundo aspecto que vamos tratar é sobre as tentativas de integração interministerial (Trabalho, Saúde e Previdência) acerca da saúde do trabalhador, tendo como marco a Constituição Federal, de onde resultou uma série de políticas nacionais importantes para este tema, hoje também em pauta. Além disso, incluímos a política nacional mais recente editada pelo Ministério da Saúde em 2012. Por fim, no último subitem, vamos discutir alguns documentos a níveis estadual e municipal, com destaque ao Plano Diretor de Regionalização e ao Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, pois são estes importantes instrumentos de planejamento da atenção à saúde.

3.5.1. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST

A RENAST foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de Setembro de 2002. Para a estruturação desta rede, devem ser organizadas e implantadas: I. Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF); II. Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST); III. Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. Os Centros de Referência que compõem a rede podem ser de dois tipos: o Centro de Referência Estadual e o Centro de Referência Regional, que são definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional e deverão, conforme a portaria,

estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional.

Ambos os tipos de CRSTs¹²⁰ devem desempenhar um papel na qualificação dos serviços públicos de saúde através da execução, organização e estruturação da assistência de

¹²⁰ Devem ser instalados no período 2002/2004, conforme o artigo 8º da Portaria 1.679/2002, 130 centros de referência (27 estaduais e 103 regionais).

média e alta complexidade, relacionados com uma lista de problemas e agravos relacionados à saúde listados em anexo a esta mesma Portaria, além daqueles constantes na Portaria GM/MS nº 1.339/1999. Do ponto de vista operacional, existem distinções importantes entre eles, sendo que o CRST Regional possui algumas funções mais íntimas do ponto de vista da vigilância da saúde e do acompanhamento dos agravos sofridos pelos trabalhadores e trabalhadoras. Dentre elas, selecionamos as seguintes, que não constam no Estadual:

- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o atendimento, de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho;
- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho;
- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento destas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde;
- Suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual;
- Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência;
- Ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros.

Estes seis itens revelam que são muito extensas as atribuições dos Centros Regionais. Além de prestar uma importante função de suporte técnico especializado no diagnóstico, tratamento e encaminhamento dos casos relativos à saúde do trabalhador na rede do SUS, há previsão ainda de vistorias nos locais de trabalho para melhor diagnóstico e tratamento, o que é de extrema relevância. De acordo com a Portaria em tela, o contingente mínimo de profissionais é definido conforme se segue:

Quadro 7¹²¹

Equipe / Recursos Humanos para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme a sua modalidade (formato antigo)

Modalidade	Dimensão de Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CRST Regional “a”	8	Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio (*) e 3 profissionais de nível superior (**).
CRST Regional “b”	10	Equipe do CRST Regional a + 1 profissional de nível superior, 1 profissionais de nível médio.
CRST Regional “c”	15	Equipe do CRST Regional b + 2 profissionais de nível superior, 2 profissionais de nível médio.

(*) - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas.

(**) - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitárias, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado.

Fonte: Elaboração própria a partir das informações constantes no anexo da Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de Setembro de 2002.

O CRST Regional “a” corresponde a regiões com até 700.000 mil habitantes, o “b” a regiões com até 1,8 milhões de habitantes e o “c” a regiões com mais de 1,8 milhões de habitantes, de forma que a definição mínima das equipes se pauta pelo critério populacional, o que leva ao problema de não dimensionar de modo muito aproximado a demanda das regiões. Regiões com a mesma faixa de habitantes podem ter incidências de acidentes e doenças de trabalho muito diferentes. Além disso, parece desproporcional o tamanho mínimo da equipe com relação ao contingente populacional. Basta supor o caso do CRST Regional “b”, que disporia de dois médicos para atender a uma população variando de 700.000 mil a 1,8 milhões de habitantes.

Outros critérios são apontados para a criação dos Centros, que devem considerar “o estágio atual de desenvolvimento do processo de regionalização do SUS, a diversidade de características populacionais, as diferenças regionais quanto aos riscos presentes nos processos de produção e o respectivo perfil epidemiológico” não havendo, no entanto, nenhuma menção a metodologia, dados ou estudos.

Para que seja solicitado o cadastramento do Centro de Referência, ainda conforme a portaria, deve ser apresentado o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, elaborado pela

¹²¹ Conforme a tabela constante na Portaria, que define os parâmetros mínimos de composição pactuados na Comissão Intergestores Bipartite, considerando carga horária mínima de 20 horas.

coordenação dos centros, conjuntamente com os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS e instâncias de controle social do SUS. Além de apresentar a distribuição regionalizada dos CRST nos Estados, o Plano deve apresentar um conjunto de ações propostas para cada região ou microrregião. São definidas, ainda, as responsabilidades dos estados e municípios. Para os estados, além das funções de gerenciamento e avaliação das políticas municipais, destaca-se a sistematização, processamento e análise de dados gerados no município e no estado, a elaboração de perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores e a instituição e manutenção de cadastro das empresas, classificadas pelas atividades econômicas e com indicação de fatores de risco. Quanto aos municípios e regiões, mais uma vez são os que devem possuir contato mais íntimo com a saúde da população trabalhadora, devendo desempenhar dentre outras coisas:

- Garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, dentro dos diversos níveis da atenção, tendo a atenção básica e os serviços de urgência/emergência como portas de entrada no sistema; (...)
- Implementação da notificação dos agravos à saúde, na rede de atenção do SUS, e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;
- Estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados na assistência à saúde do trabalhador; (...)
- Implementação da emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) dele resultantes; (...)
- Apoio à realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação de situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;
- Instituição e manutenção do cadastro atualizado de empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos (...)

As normas para o cadastramento dos CRST são definidas pela Portaria MS/SAS nº 656, de 20 de Setembro de 2002, que torna o Plano Estadual requisito obrigatório. Outra estratégia de implantação da RENAST é a elaboração de “Projetos Estruturadores”, apresentados em anexo a esta Portaria e que definem cinco prioridades para o conjunto de práticas e procedimentos a serem adotadas pelos Centros: I. Problemas de saúde coletiva e ambiental relacionados ao uso de agrotóxicos; II. Acidentes do trabalho fatais e graves; III. LER/DORT - Lesões por Esforço Repetitivo; IV. Problemas de saúde coletiva e ambiental

relacionados com a exposição aos metais pesados e solventes orgânicos; V. Pneumoconioses. O município que sediar o CRST deve, ainda, constituir uma Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador – CIST.

No ano de 2005, a RENAST passa por algumas modificações com a edição da Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de Dezembro de 2005¹²². Esta Portaria prevê a ampliação da RENAST através de cinco itens: I - adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST¹²³; II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica; III - implementação das ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador; IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinelas¹²⁴; e V - caracterização de Municípios Sentinelas em Saúde do Trabalhador. Quanto a este último item, a caracterização fica, no âmbito desta portaria, um tanto quanto confusa. Estes municípios sentinelas devem, segundo os parágrafos 6º e 7º do artigo 1º da portaria 2.437/2005, ser definidos segundo dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos que indiquem fatores de risco à saúde e “desenvolver políticas de promoção da saúde e de desenvolvimento sustentável”, sem especificar nada mais acerca de suas funções, confundindo o que deveria ser um município sentinela com o que é um município com uma rede normal do SUS ou com as próprias funções do CEREST.

Esta portaria prevê a expansão do número de Centros e redefine os recursos humanos de acordo com os tipos de Centros. Deixa de existir os Centros tipo “a”, “b” e “c” e as equipes passam a ser definidas da seguinte forma:

¹²² A Portaria mais recente que dispõe sobre a RENAST é a Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de Novembro de 2009, mas os fundamentos discutidos aqui através da Portaria 2.437/2005 são os mesmos daquela.

¹²³ Antes designados pela sigla “CRST”.

¹²⁴ Uma Rede de Serviços Sentinelas já havia sido designada pela Portaria GM/MS nº 777, de 28 de Abril de 2004, cuja composição incluiu os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme vimos nos tópicos anteriores.

Quadro 8

Equipe / Recursos Humanos para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme a sua modalidade (formato novo)

Modalidade	Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CEREST Regional	10	4 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem; 6 profissionais de nível universitário**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais).
CEREST Estadual	15	5 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem; 10 profissionais de nível superior**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas).

(*) Profissional de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas, entre outros.

(**) Profissional de nível superior, com experiência comprovada de, no mínimo, dois anos, em serviços de Saúde do Trabalhador e/ou com especialização em Saúde Pública, ou especialização em Saúde do Trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, odontologistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros.

Fonte: Elaboração própria a partir das informações constantes no anexo da Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de Dezembro de 2005.

A partir de 2005, identificando a necessidade de se criar um instrumento nacional para sistematizar as informações colhidas no atendimento a trabalhadores com suspeitas de agravos relacionados ao trabalho, o Ministério da Saúde publicou uma série de protocolos de atenção à saúde do trabalhador, com o intuito de oferecer recomendações e parâmetros para o diagnóstico, prevenção e tratamento de agravos relacionados ao trabalho¹²⁵. Dentre eles, estão: Anamnese ocupacional; Acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes; Câncer relacionado ao trabalho; Diretrizes para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos; Expostos ao chumbo metálico; Perda auditiva induzida por ruído (Pair); Pneumoconioses; Risco químico.

No caso da anamnese ocupacional, a ser utilizada nos Centros de Referência que compõem a RENAST, em termos de qualidade de informações registradas, existe um grande avanço quando comparado com os demais instrumentos dos sistemas de informação do SUS, a começar pela previsão de preenchimento da ocupação, através do CBO com seis dígitos, e o ramo de atividade econômica na qual o trabalhador está empregado, utilizando a CNAE com

¹²⁵ Informações retiradas de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24565, no dia 4 de Fevereiro de 2013, às 23:00 horas.

cinco dígitos. Resumimos abaixo alguns dos principais campos que devem ser preenchidos no atendimento prestado pelos Cerests:

Quadro 9

Principais campos de preenchimento da anamnese ocupacional para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

“Sessão”	Campos / opções
Primeiras informações	Nº do cartão do SUS / nº do prontuário / data do atendimento / código do serviço.
Identificação	Nome / nascimento / sexo / idade / escolaridade / naturalidade / endereço da residência.
Origem do encaminhamento	INSS / SUS / Empresa / Serviço médico particular / Sindicato / Sem encaminhamento.
Sobre a ocupação	Nome da ocupação / CBO / tempo na ocupação.
Relação com o mercado assalariado	Assalariado / desempregado / aposentado / empregador / autônomo / mercado informal / outro.
Situação atual de trabalho	Ativo na mesma ocupação / ativo com desvio de ocupação / afastado (tempo) / não se aplica.
Renda mensal	Sem renda / renda não declarada / nº salários mínimos
Emissão de CAT	Emitida / não emitida / não sabe / não se aplica.
Benefícios previdenciários	Não recebe / Auxílio Doença Previdenciário / Auxílio Doença Acidentário / Auxílio Acidente / Aposentadoria acidentária / Aposentadoria previdenciária / Aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial / Não se aplica / Não sabe informar
Sindicalização	Sim (qual sindicato) / não / não sabe informar.
Objetivo da consulta	Esclarecimento diagnóstico / Concessão de Nexo / Relatório / Tratamento / Outro
Queixa principal	-----
História da moléstia atual	-----
Anamnese especial	-----
(ex) Tabagismo e (ex) Etilismo	Quantos cigarros por dia / consumo de álcool.
Doenças heredofamiliares	-----
História Social	-----
História ocupacional pregressa	-----

Anamnese ocupacional	-----
Exame físico	-----
Testes especiais para suspeita de DORT	-----
Diagnósticos	Descrição / CID-10 / Definitivo ou provisório / CBO (atual, não se aplica ou indefinida) / Tempo / Nexo (sim, não ou indefinido).
Empresa relacionada à doença	Não se aplica / Nome da empresa / CNAE / Tempo na empresa / Ramo de atividade. Empresa terceirizada / Nome da empresa terceirizada / CNAE da empresa terceirizada.
Conduta propedêutica	-----
Conduta terapêutica	Afastamento do trabalho / Cirurgia / Tratamento medicamentoso / Terapia ocupacional / Fisioterapia / Outro / Nenhuma conduta terapêutica.
Conduta administrativa	Atestado médico / Notificação à DRT / Notificação e relatório à empresa / Notificação e relatório ao sindicato / Notificação à vigilância a saúde do trabalhador / Encaminhamento e relatório ao INSS / Solicitação e emissão de CAT / Encaminhamento à reabilitação profissional / Orientação trabalhista e previdenciária / Declaração de comparecimento / Outra / Nenhuma conduta administrativa
Conclusão	Retorno para tratamento e/ou controle / Retorno para esclarecer diagnóstico / Interconsulta / Encaminhamento / Alta / Internação.

Fonte: “Manual de Preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador – Firaast”, publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da série “Normas e Manuais Técnicos” do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

No nível operacional e de fluxo destas informações, no entanto, não ficam claras as definições no manual. Não sabemos, por exemplo, se este manual deve ser adotado obrigatoriamente por todos os CERESTs e se as informações codificadas são necessariamente digitalizadas para compor um banco de dados relativamente acessível. Além disso, ele mantém a referência à notificação compulsória de agravos por meio da portaria nº 777/2004, ou seja, indicando que o fluxo das informações estaria vinculado ao SINAN, de modo que estaria assim herdando os problemas inerentes a este sistema, conforme discussão do tópico anterior. Permanece também o problema relativo às possibilidades de os CERESTs cumprirem com suas responsabilidades previstas e os recursos humanos destinados a eles. Os

critérios para definição dos profissionais nos centros (e os financeiros também) são relativamente padronizados¹²⁶ e, ainda assim, parece um número baixo se considerar que uma de suas funções (ao menos os municipais) é o apoio sistemático às ações de vigilância nos ambientes de trabalho, incluindo inspeção sanitária e elaboração de relatórios, fatores estes fundamentais para a real identificação do nexo entre o agravo e o trabalho, não só a nível individual (o trabalhador que se apresentou ao Centro), mas coletivo, e que permitiria a identificação de riscos também potenciais. Por fim, mesmo no nível da qualidade de informações, faltou uma preocupação com relação às informações das CATs. Muitos dos campos que lá constam deveriam ter sido incorporados aqui com o intuito de se criar dados comparativos, até mesmo como um indicativo de divergências ou convergências nas informações de ambas as fontes.

No tópico seguinte, vamos analisar algumas políticas nacionais de saúde que colocaram como um de seus objetivos a integração interministerial, sendo esta questão dos sistemas de saúde uma das preocupações. Apesar de serem elas, com exceção da última, políticas voltadas principalmente para as ações dos três ministérios, incluímo-las neste capítulo, pois já existe até aqui um percurso suficiente para discutirmos o que representam para, ao menos, os sistemas de informação. Com relação ao Ministério do Trabalho, nossa discussão vai se orientar por um caminho um pouco diferente, conforme veremos no capítulo seguinte.

3.5.2. Grupos interministeriais e políticas nacionais

Já apontamos anteriormente que as tentativas de integração interministerial, inclusive com relação aos sistemas de informação, já existe desde a década de 1990. Uma das primeiras intenções manifestas neste sentido ocorreu com a instituição de uma Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, através da Portaria Interministerial MPS/MT/MS/SAF nº 1, de 20 de Abril de 1993, que teve como objetivo implementar, num prazo de 45 dias, ações de atenção à saúde do trabalhador, a partir da “necessidade de compatibilização das legislações sobre condições e ambientes de trabalho, acidentes e doenças decorrentes do processo de trabalho, bem como os benefícios e direitos deles oriundos, concernentes às áreas de Saúde, Previdência, Trabalho e Administração Federal”.

¹²⁶ A incorporação de indicadores de saúde nos critérios para definição das equipes também não seria simples, tendo em vista a falta de informações geradas nos sistemas de informação do SUS, especialmente com relação aos trabalhadores e trabalhadoras. As bases de dados do Ministério da Previdência não são mencionadas.

Dentre as práticas, estão as relativas a mecanismos de articulação interinstitucional e sistemas de informação e controle.

O relatório final desta Comissão é publicado em Novembro de 1993, dividido nos seguintes assuntos: Prevenção; Assistência à Saúde; Assistência Previdenciária; Sistema de Informação. Neste relatório, começa a ganhar vulto uma discussão que persiste até hoje e parece não ter encontrado muitas soluções, que é a necessidade de se estabelecer mecanismos de articulação interministerial entre os Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência¹²⁷. Aqui, o destaque é conferido, “pela polêmica que têm despertado”, às ações de fiscalização/vigilância dos ambientes de trabalho, reconhecendo estas como atribuições destes três ministérios (no caso da Saúde, através da vigilância epidemiológica e sanitária), assim como do Ministério Público e da sociedade civil organizada, e já aparece menção a uma política nacional:

Os instrumentos legais em vigor esboçam uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador cuja efetiva execução e eficácia supõem a capacidade de atuação co-ordenada e co-operada entre os órgãos, e reforçam a importância do estabelecimento de uma instância interministerial permanente, de caráter executivo. (BRASIL, 1993)

Na sessão “planos de custeio”, em seu último item, é recomendado que o tema, dada sua complexidade, “seja remetido a uma futura agenda interministerial onde seria detalhado seu estudo a nível operacional”. Na sessão “sistemas de informação e controle”, são propostas a implantação de um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador integrado e a adoção da CAT, num primeiro tempo, como principal fonte de dados disponíveis às instituições e, assim como na anterior, a Comissão propõe a “formalização de um Grupo de Trabalho que dê continuidade ao processo de implantação de um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador, diante da complexidade, da especificidade e da importância do tema”¹²⁸.

¹²⁷ A discussão hoje se pauta no Decreto nº 7.602, de 7 de Novembro de 2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, e pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Voltaremos a essas questões mais adiante.

¹²⁸ Outra tentativa de integração entre os Ministérios da Saúde e da Previdência, no que diz respeito ao acidente de trabalho surge com a Portaria Interministerial MS/MPAS nº 11, de 4 de Julho de 1995, que prevê a criação do Programa Integrado de Assistência ao acidentado do Trabalho – PIAT, e a Portaria Interministerial MPAS/MS nº 14, de 13 de Fevereiro de 1996, que inicia a implementação deste Programa. As três novidades que parecem surgir aqui são o estabelecimento de hospitais universitários ou unidades apoiadas por centros de referência especializados (sem especificar o que seriam estes centros) para atendimento preferencial ao acidentado, a coparticipação do Ministério da Previdência no custeio deste atendimento mediante repasse mensal de recursos oriundos do Seguro de Acidentes de Trabalho e a previsão de inclusão de códigos específicos na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, registrado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

O que chama a atenção é que o relatório, sem qualquer menção a estudos acerca dos problemas mencionados (apenas apresentando uma revisão da legislação existente), passa para as suas conclusões e propostas. A primeira delas refere-se ao atendimento ao acidentado de trabalho, através da recém-editada Portaria MPS/SAS nº 119, de 9 de Setembro de 1993, que introduz um adicional de remuneração pelo preenchimento de um laudo médico na CAT do primeiro atendimento ao acidentado¹²⁹ e, de acordo com o relatório, virá melhorar o atendimento e registro de casos de acidentes de trabalho. Esta portaria, talvez a primeira medida que tenta integrar sistemas de informação (o do acidentado no SUS), revela, no entanto, uma compreensão acerca de vigilância um tanto quanto estranha, ao considerar que a subnotificação ocasionada pela não identificação do acidentado dificulta as ações de vigilância à saúde quando, na verdade, as ações de vigilância deveriam se propor a resolver este problema.

Outra portaria antiga, no que diz respeito aos trabalhos interministeriais, foi aquela relativa ao Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador – Geisat, que localizamos por meio de uma pesquisa nos Diários Oficiais da União¹³⁰, através da Portaria Interministerial MT/MS/MPS nº 18, de 11 de Novembro de 1993. O Geisat deve ser composto por representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência e do Trabalho e representantes do CONASS e CONASEMS (secretários de saúde)¹³¹, tendo como um de seus objetivos a integração efetiva dos esforços ministeriais para a saúde do trabalhador, dentre eles, “o entrosamento e compartilhamento dos sistemas de informações referentes à saúde do trabalhador”. Em 2002, o Grupo passa a ter como responsabilidade a elaboração de um plano de ação conjunta nesta área, a ser formulado e encaminhado a cada dois anos¹³².

A partir de 2004, é formado um Grupo de Trabalho Interministerial¹³³, composto pelos mesmos três ministérios e a ser coordenado por um representante do Ministério da Previdência, mantendo algumas das propostas do Geisat, e tem como objetivos, dentre outros,

¹²⁹ A medida adotada inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS o código 044-2, específico para o atendimento de acidentes de trabalho. Com isso, o médico deve preencher o Laudo de Exame Médico – LEM constante no verso da Comunicação de Acidente de Trabalho “para regularização dos benefícios junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), no primeiro atendimento médico a paciente vítima de acidente de trabalho” e a “cobrança do procedimento é autorizada somente no primeiro atendimento da vítima de acidente e mediante a comprovação da CAT numerada pelo INSS”. Por fim, uma cópia da CAT deve ser anexada à ficha de atendimento individual.

¹³⁰ Disponível em <http://portal.in.gov.br/>.

¹³¹ A partir de 1997, com a Portaria Interministerial nº 7, de 25 de Julho de 1997, os secretários não mais compõem o grupo executivo do Geisat.

¹³² Portaria Interministerial nº 1.570, de 29 de Agosto de 2002.

¹³³ Através da Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 153, de 13 de Fevereiro de 2004.

a reavaliação do papel, composição e duração do Geisat e a elaboração de uma proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST.

Esta Política foi aprovada no Conselho Nacional de Previdência Social através da Resolução CNPS nº 1.253, de 24 de Novembro de 2004, e publicada pela Portaria Interministerial nº 800, de 3 de Maio de 2005 (sua versão final ficou pronta no final de 2004). A Política reconhece – desta vez de forma pactuada entre os três ministérios – a escassez e inconsistência das informações acerca da “real situação de saúde dos trabalhadores” e os impactos negativos que isso gera, como as dificuldades de planejamento e implementação de ações de saúde do trabalhador, além de “privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho”. Reconhece também a antiga constatação de que as informações que estão disponíveis “referem-se, de modo geral, apenas aos trabalhadores empregados e cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) da Previdência Social, que representam cerca de um terço da PEA”, fazendo uma referência quase explícita às CATs.

De forma contraditória, no entanto, a política, após mobilizar de forma pouco criteriosa, dados de um estudo sobre acidentes de trabalho, afirma que “acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis” e, mais adiante, recorre à Portaria MS nº 1.339 de 1999, que elabora a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho¹³⁴. Com relação às estratégias para as informações acerca da saúde do trabalhador coloca:

Padronizar os conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à segurança e saúde dos trabalhadores relacionados aos processos de trabalho;

Compatibilizar os Sistemas e Bases de Dados, a serem partilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde;

Compatibilizar os instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações;

Instituir a concepção do nexo epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

Atribuir ao SUS a competência de estabelecer o nexo etiológico dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho e analisar possíveis questionamentos relacionados com o nexo epidemiológico presumido;

Incluir nos Sistemas e Bancos de Dados as informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos nesta Política.

Por fim, um ponto não menos importante que os anteriores, a PNSST expõe uma questão interpretativa acerca de suas bases legais com profundas implicações práticas e

¹³⁴ Conforme já apontamos anteriormente, uma lista desta natureza, apesar de importante, não deve ser utilizada como um indicador sobre o perfil de adoecimento da população, mas apenas como uma referência. Além disso, a portaria que edita esta lista não esclarece qual foi a metodologia utilizada.

políticas. No item específico desta questão, denominado “bases legais”, começa-se com a seguinte redação:

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), na Lei n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/90.

Não se pode afirmar que a primeira afirmativa esteja totalmente incorreta, pois os ministérios mencionados são também responsáveis pelo cuidado à segurança e saúde do trabalhador. Podemos argumentar, contudo, que a interpretação acima restringe a dimensão que a Constituição Federal confere à saúde por dois motivos: primeiro, na sessão sobre a saúde, no texto constitucional, não é mencionado nenhum ministério específico, nem mesmo com relação às ações e serviços públicos de saúde e que constituem um sistema único (artigo 198); segundo, a Constituição estabelece o direito à saúde (inclusive do trabalhador) como dever do *Estado*, e não da União.

Tal viés apresentado pela política – o da União, se confirma nas linhas seguintes, quando a PNSST mobiliza três conjuntos de leis (ainda no parágrafo citado acima): as atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (pela “Lei n. 6.229/75”); as leis relativas à previdência (Leis 8.212 e 8.213/1991); a lei relativa ao Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/1990). A mencionada Lei 6.229/1975 foi, na realidade, a lei que organizou o Sistema Nacional de Saúde em 1975, e que foi revogada pela Lei 8.080/1990, com a criação do SUS. Através da indicação constante na PNSST que se refere ao Capítulo V, Título II da CLT, supõe-se que a lei que deveria ter sido mencionada seria a Lei nº 6.514/1977, esta sim regulamentando o Capítulo V – Segurança e Medicina do Trabalho da CLT. Se tal suposição está correta, estaria explicada a ausência de lei específica para o Ministério do Trabalho neste parágrafo, que encontraria na Lei 6.514 a devida acolhida. Se assim o fosse, ainda assim é algo emblemático, pois esta lei reforçaria o viés da União ao atribuir matérias de segurança e medicina do trabalho ao “órgão de âmbito nacional competente” (artigo 155 da CLT), ou seja, o Ministério do Trabalho, conforme vimos no primeiro capítulo.

Quase de forma concomitante à PNSST, é editado o Plano Nacional de Saúde, publicado através da Portaria MS nº 2.607, de 10 de Dezembro de 2004. Em seu item dois,

“síntese da análise situacional da saúde no Brasil”, subitem três, “análise em relação às condições de saúde”, não há discussão sobre a questão dos sistemas de informação e, ao tratar da população do campo, mobiliza apenas dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, mesmo reconhecendo que no campo brasileiro “são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza”. Este ponto não avança nas metas propostas para uma “política de saúde para a população do campo” para o período 2004-2007, onde há previsão somente da implantação de uma “política de incentivo à equidade” (sem especificar o que seja), de prevenção do consumo de álcool e outras drogas e de políticas do idoso.

Mais uma instituição é criada no ano de 2008 através da Portaria Interministerial nº 152, de 13 de Maio de 2008, chamada Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST. Esta Comissão surge a partir de três marcos importantes, conforme indica a portaria: o PNSST, a Convenção nº 187, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre promoção da segurança e saúde no trabalho e o Plano de Ação Global em Saúde do Trabalhador (2008-2017) aprovado na 60ª Assembleia Mundial da Saúde em 23 de Maio de 2007. De forma ainda pouco tímida, aparece pela primeira vez no âmbito dos grupos e comissões tripartites interministeriais sobre saúde do trabalhador, a participação de representantes dos empregadores e trabalhadores¹³⁵. A única pista que parece mostrar uma explicação para que isso surgisse neste exato momento é indicada na própria portaria: a convenção da OIT e o Plano de Ação Global, em que ambos os documentos reforçam constantemente a participação de representantes de empregadores e trabalhadores na elaboração de sistemas, políticas e planos nacionais em saúde do trabalhador.

As duas últimas políticas nacionais publicadas até o presente momento foram a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) em novembro 2011 e, no âmbito do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em agosto de 2012. A PNSST, por seu turno, se desdobrou na publicação do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PLANSAT, lançado em Abril de 2012.

¹³⁵ A única exceção que conseguimos localizar quanto a uma composição mais ampla destes grupos foi o primeiro formato do Geisat por meio de sua Portaria Interministerial nº 18, de 31 de Novembro de 1993, conforme indicamos acima, que previa na sua composição os secretários de saúde (CONASS e o CONASEMS) até ao menos 1997. Os representantes desta nova Comissão de 2008, são: a) dos empregadores: Confederação Nacional do Comércio; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária do Brasil; Confederação Nacional do Transporte; e Confederação Nacional das Instituições Financeiras; e b) dos trabalhadores: Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical; Central-Geral dos Trabalhadores do Brasil; União Geral dos Trabalhadores; e V - Nova Central Sindical dos Trabalhadores. É importante observar que não há previsão de representação dos trabalhadores e trabalhadoras rurais.

Esta nova PNSST possui duas principais diferenças quando comparadas à de 2004. A primeira é que a sua gestão, antes sob a responsabilidade do Geisat, passa para a Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho criada em 2008, o que representa certo avanço na medida em que a composição desta é um pouco mais ampla, envolvendo representantes de trabalhadores e empregadores. A segunda é que a nova PNSST deixa de ser editada por meio de portaria interministerial (dos três ministérios em tela), e passa a ser regulamentada por meio de decreto presidencial (Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011). Ainda que ela mantenha o seu eixo voltado para os três ministérios, amplia-se no plano administrativo a possibilidade de um maior compromisso ao nível do Poder Executivo e deste com alguns setores da sociedade, tanto pela gestão da nova Comissão quanto pelo princípio anunciado pela PNSST, de “articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores”.

A grande fragilidade da Política, no entanto, é a velha tradição de não apresentar de forma clara os meios para a realização das suas finalidades, não havendo inovações a nível institucional. Além de não existir nenhuma novidade na lista de funções atribuídas para cada ministério, a gestão da política que poderia se tornar um pouco mais heterogênea é limitada pela própria PNSST ao criar um Comitê Executivo composto pelos três ministérios e responsável pela “gestão executiva” (coordenação e supervisão da política), cabendo à Comissão Tripartite a “gestão participativa”.

A partir das diretrizes estabelecidas nesta PNSST, foi formulado o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PLANSAT¹³⁶. O Plano é composto por oito objetivos centrais, subdivididos em estratégias, e cada estratégia contém uma tabela com as variáveis: “ação”; “responsáveis” e “prazo”. Uma vez mais, no plano da ação, são colocados objetivos gerais – não muito novos, a serem alcançados em um determinado prazo e administrado por determinados responsáveis (na sua grande maioria, aqueles que compõem a Comissão Tripartite). A título de exemplo, reproduzimos abaixo as estratégias do objetivo 5 do plano, “estruturação de uma rede integrada de informações em SST:

¹³⁶ Este Plano encontra-se disponível no formato de cartilha, publicado pela Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST, 2012).

Imagen 2

Estratégias do “Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho” relativas à estruturação de uma rede integrada de informações em Segurança e Saúde no Trabalho

Estratégia 5.1 // Compatibilização e Aperfeiçoamento dos Atuais e Novos Instrumentos de Coleta de Dados e Fluxos de Informações a serem Partilhados pelos Órgãos de Governo

AÇÃO	RESPONSÁVEIS	PRAZO
5.1.1: padronização dos critérios quanto à caracterização de riscos e agravos relacionados aos processos de trabalho	bancada de governo da CTSST Parceiros institucionais: CTSST	Médio
5.1.2: definição de ferramentas de integração digital de informações em SST	Bancada de Governo da CTSST Parceiros institucionais: CTSST	Médio

Estratégia 5.2 // Disponibilização de Acesso da Sociedade às Informações em SST

AÇÃO	RESPONSÁVEIS	PRAZO
5.2.1: estabelecer critérios para diferenciados níveis de acesso às informações	Bancada de Governo da CTSST Parceiros institucionais: CTSST	Curto

Fonte: Cartilha publicada pela Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST, 2012).

Neste caso específico, além de suas ações serem compostas de objetivos estabelecidos pelo menos desde a Portaria MS nº 820/1997, que instituiu a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPA, esta mesma não entra como responsável nas ações, nem compõe a Comissão Tripartite (CTSST), mesmo sendo ela a instituição tecnicamente responsável para o desempenho desta tarefa. O mesmo vale para o caso do Comitê de Informação e Informática em Saúde – CIINFO, órgão recente e importante para esta área.

A última política de âmbito nacional que vamos tratar neste subitem é a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, desta vez no âmbito do Ministério da Saúde, editada pela Portaria MS nº 1.822, de 23 de Agosto de 2012. Considerando o histórico das políticas e iniciativas que apresentamos até agora, podemos afirmar inicialmente que esta política nacional aponta para certos avanços ao reconhecer muitas das lacunas mal preenchidas, por parte do Ministério da Saúde, no âmbito da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

A primeira delas é a previsão de que o trabalhador seja identificado por meio do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo empregatício, aproveitando todos os contatos dos trabalhadores e trabalhadoras com o sistema de saúde. No que diz respeito aos sistemas de informação do SUS, esta identificação deve ser incluída nos: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); e Sistema de Informação de Atenção Básica

(SIAB). Isto significa incluir esta identificação nos serviços de urgência e emergência, serviços ambulatoriais e hospitalares e no atendimento pelos centros especializados.

A política prevê também uma gestão conjunta com a Previdência Social “para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho”, e atribui ao SUS a função de contribuir na “fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros”, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e do Meio Ambiente e Ministério Público.

No que diz respeito às redes de informação, além da identificação do trabalhador nos diversos sistemas, prevê-se: a criação de sistemas e banco de dados para o registro das informações oriundas dos relatórios das inspeções realizadas pela Vigilância em Saúde; gestão para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme as necessidades de análise da situação de saúde nos níveis territoriais; aplicação de indicadores de avaliação dos impactos à saúde dos trabalhadores e comunidades nos processos de licenciamento ambiental, dentre outros.

Por fim, a Política se compromete em buscar maior participação da sociedade, a desenvolver recursos humanos observando os interesses de movimentos sociais, sindicais e de controle social, e a considerar, “sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas – sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência”.

Estes avanços que apontamos – é importante reiterar –, são considerados como avanços numa medida relativa, pois deveriam ter sido promovidos tão logo o SUS foi criado e porque não representam nenhuma transformação profunda no sistema de saúde, mas apontam para mudanças elementares, norteadas por princípios há muito consagrados, não havendo garantias de que o que lá está escrito vá se realizar de forma satisfatória. O seu mérito está, por ora, no reconhecimento de algumas das dificuldades para que se caminhe no sentido de um tratamento à saúde mais coletivo e mais preventivo, ao prever a identificação dos agravos sofridos pelos trabalhadores e trabalhadoras e o aprimoramento de ações de vigilância e fiscalização no trabalho.

A política possui uma estética mais acabada, mas não muito funcional. As circunstâncias sobre as quais devem atuar estas formas, tais como a capacidade de os

municípios absorverem as atribuições a ele designadas, as condições de saúde em nível local, formas de organização social e outros elementos que podem ser identificados com aportes dos mais diversos ramos da ciência, permanecem ocultas nestas pautas nacionais e até mesmo estaduais, conforme veremos no tópico seguinte.

3.5.3. Planejamento em Saúde para o Estado do Rio de Janeiro: o PDR e o PES

Já vimos no item 2.2 que a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001 inaugurou um dispositivo chamado Plano Diretor de Regionalização – PDR, que pretende enriquecer a descentralização e reconhecer a heterogeneidade dos municípios e as necessidades de saúde da população. A sua função estratégica seria a de conferir clareza quanto aos principais problemas de saúde de determinada localidade, identificando as prioridades de intervenção nas regiões e microrregiões para o planejamento, organização e estruturação dos serviços em cada município e região e até mesmo a identificação da necessidade de fluxos de referência para outros estados no caso de serviços não disponíveis no território estadual. Seu objetivo é o de garantir o acesso aos cidadãos a um conjunto de ações e serviços de saúde o mais próximo possível de sua residência, vinculados a uma lista de responsabilidades mínimas (na qual não é mencionado o atendimento à saúde do trabalhador nem acidentes e doenças relacionadas ao trabalho), e o acesso a todos os serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. Para organizar a assistência no âmbito estadual, o Plano deve observar os seguintes conceitos-chaves:

A. Região de saúde: base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. (...)

B. Módulo assistencial: módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação...

C. Município-sede do módulo assistencial: município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D. Município-pólo: município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E. Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde: representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde (...).

No caso do PDR do Estado do Rio de Janeiro de 2001, disponível no sítio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro¹³⁷, podemos observar como foi organizada a regionalização e qual foi o papel atribuído a Campos dos Goytacazes. Segundo o Plano, a divisão de regiões do Estado baseou-se, com algumas alterações, na divisão geográfica estabelecida pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro – CIDE, órgão da Secretaria de Planejamento¹³⁸, sendo estabelecidas nove regiões. A Região Norte, que mais nos interessa, foi dividida por sua vez em duas microrregiões: Microrregião N I, incluindo os municípios de Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã, e Microrregião N II, com os municípios de São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra e Campos dos Goytacazes.

O município de Campos, juntamente com Macaé, é classificado como município-sede e é uma referência para uma série de procedimentos, além de compor, sozinho, o Módulo Assistencial N II.1 (a microrregião N II possui três módulos assistenciais). Esta classificação de município-sede, conforme a NOAS/2001, implica ao município ofertar à sua população e aos municípios a ele adscritos, uma série de procedimentos de média complexidade ambulatorial e serviços de internação hospitalar com atendimento básico mínimo em clínica médica, clínica pediátrica e obstetrícia. Isto significa que, do ponto de vista do PDR, o município de Campos dos Goytacazes é importante na assistência à saúde para toda a região Norte do Estado do Rio de Janeiro.

A negociação entre os gestores acerca dos atendimentos prestados pelos municípios e a relação entre os sistemas municipais (especialmente os fluxos de atendimentos), por meio das Comissões Intergestores (CIB e CIT) é estabelecida na Programação Pactuada Integrada – PPI (definida na NOB 1/96), constante no mesmo documento da PDR do Estado do Rio de Janeiro. Não vamos entrar em detalhes desta Programação, pois o mais importante aqui é reter

¹³⁷ Consultado no endereço <http://www.saude.rj.gov.br/>, no dia 11 de Janeiro de 2013.

¹³⁸ A Fundação CIDE foi incorporada pela Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro – Fundação CEPERJ, através da Lei estadual nº 5.420, de 31 de Março de 2009. A divisão do Estado do Rio de Janeiro em oito regiões se apoiou na Lei estadual nº 1.227/1987, que aprovou o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social 1988/1991 e, desde então, poucas alterações foram realizadas (informações retiradas do site <http://www.ceperj.rj.gov.br/>, consultado em 10 de Janeiro de 2013).

os parâmetros utilizados e que, neste caso, foram as variáveis: população, perfil da capacidade instalada e parâmetros de utilização de serviços.

Tanto este PDR quanto a PPI não utilizam informações relacionadas ao perfil de saúde da população, e utilizam uma divisão regional baseada na antiga CIDE, que por sua vez não utiliza critérios de saúde da população. No caso do PDR, as informações mencionadas referem-se principalmente à população e ao total de leitos cadastrados por especialidade, e quase não há menção a estudos ou utilização de dados e indicadores de saúde. Muitas das possíveis explicações para isso se encontram nos tópicos anteriores deste capítulo, em especial com relação aos sistemas de informação em saúde, que apresentam pouca disponibilidade e qualidade de informações. Neste caso, isto é algo bastante grave, pois este latente comprometimento no planejamento estratégico de fluxos de atendimento pode gerar problemas ainda mais graves para a população que, ao dedicar de seu tempo e recursos, sofre o risco constante de se deslocar longas distâncias à procura de unidades de saúde que não necessariamente estarão aptas a atendê-la¹³⁹.

Outro importante exemplo que revela as deficiências dos sistemas de informação é o Plano Estadual de Saúde – PES, do Estado do Rio de Janeiro, para o período 2012-2015. Este é um exemplo significativo, pois é um indicativo da qualidade das informações geradas no âmbito do SUS e oferecidas para órgãos administrativos, como a Secretaria Estadual de Saúde. Determinados níveis de desagregação de dados não estão disponíveis nos bancos de dados *online*, mas podem ser melhores refinados pelos órgãos responsáveis pelo seu gerenciamento, como é o próprio caso das Comunicações de Acidente de Trabalho que discutimos nesta dissertação. Se fosse este o caso no SUS, seria de se esperar de um Plano Estadual de Saúde um tratamento de dados um pouco mais preciso quando comparados com aqueles apresentados nas estatísticas oficiais (geralmente muito genéricos), o que não acontece aqui.

O PES 2012-2015, no entanto, trabalha com informações genéricas sobre morbimortalidade. Não há quase nenhuma preocupação com dados por município e os dados por regiões possuem baixa correlação de variáveis. No caso de mortalidade masculina, por exemplo, a correlação que se estabelece é por faixa etária, por causa e por região, sendo que as causas não são devidamente exploradas. Para ilustrar, dentre os óbitos em homens de 10 a

¹³⁹ A importância atribuída pelo PDR ao município de Campos dos Goytacazes entra em conflito com o Plano Diretor deste município, que identifica, ainda que sem expor sua fundamentação, uma demanda reprimida nos seus bairros e distritos quanto à oferta de serviços hospitalares, ambulatoriais e de diagnóstico (artigo 44 de seu Título II – das estratégias de desenvolvimento, Capítulo I – do desenvolvimento sustentável, Seção V – da saúde pública).

39 anos, diz o Plano: “os acidentes de transporte são uma das três principais causas de óbito nesta faixa etária, em praticamente todas as Regiões, com exceção das Metropolitanas I e II”, sem que haja qualquer identificação do perfil dos acidentados, a não ser o sexo e a idade. Quanto à mortalidade por causas externas, o Plano somente afirma que estas correspondem a 60% do total de causas de morte masculina jovem e a 11,5% do total de óbitos no Estado (a segunda maior), não apresentando mais nenhuma informação acerca disso. É importante reiterar, com relação a este último ponto, que as “causas externas”, classificadas na CID-10, conforme apresentamos na nota de rodapé 56, possuem uma variedade de possibilidades enorme, que somam mais de 300. Muitas delas possuem pouco em comum umas com as outras, de forma que contabilizar o número de óbitos por causas externas é algo extremamente superficial¹⁴⁰, especialmente quando se refere a um indicativo grave como este apontado no Plano.

Além deste indicativo acerca da pobreza dos dados, o Plano menciona explicitamente falhas nos sistemas. Com relação às causas mal definidas para óbitos, aponta para distorções no preenchimento da Declaração de Óbito e problemas na assistência médica. No tópico específico sobre a saúde do trabalhador, é dedicada apenas uma página, com a justificativa de que os agravos relacionados à saúde do trabalhador, informados através do SINAN, possuem “muitas dificuldades relacionadas à qualidade dos dados e seus fluxos, comprometendo a possibilidade de um diagnóstico mais preciso e análises mais consistentes sobre a situação no Estado”, e apresenta dados vagos e que parecem pouco realistas sobre o ano de 2010, principalmente se considerarmos a totalidade de acidentes¹⁴¹:

De toda maneira, em 2010 foram feitas 4728 notificações, distribuídas da seguinte forma: 2555 acidentes com material biológico; 300 acidentes graves; 27 dermatoses ocupacionais; 1704 intoxicações exógenas; 84 lesões por esforço repetitivo; 53 problemas de perda auditiva induzida pelo ruído; 4 casos de pneumoconiose ocupacional; 1 caso de transtorno mental relacionado ao trabalho.

¹⁴⁰ Para sustentar esta assertiva, tomemos um exemplo de uma subseção do capítulo XX da CID-10, sobre causas externas. Os códigos W00 a X59 referem-se a “outras causas externas de traumatismos accidentais”. Este intervalo, por sua vez, subdivide-se em outras treze subseções. Uma delas, a “exposição às forças da natureza” possui dez alternativas, que podem ser desde a exposição a calor excessivo ou à luz solar a vítimas de erupções vulcânicas, inundações, raios ou terremotos.

¹⁴¹ Basta tomar como exemplo o Anuário Estatístico da Previdência Social que registrou, no ano de 2010, 38.420 acidentes de trabalho com CAT registrada no Estado do Rio de Janeiro, mais 9.945 sem CAT registrada, totalizando 48.365 acidentes. Isto mostra que o SINAN, mesmo sendo considerada a principal fonte de notificação de agravos relacionados ao trabalho no âmbito do SUS, é ainda muito restrito.

O que percebemos é que este Plano padece de problemas comuns aos planos nacionais, e possivelmente isto se verifica sucessivamente nos demais planos e estudos, tendo em vista a natureza dos sistemas de informações do Ministério da Saúde. Alia-se a essas dificuldades uma espécie de desgosto com relação à Comunicação de Acidente de Trabalho (até mesmo pelo próprio Ministério da Previdência, conforme vimos no capítulo anterior) que, apesar de ser, até o momento, uma das principais fontes para se estudar a saúde do trabalhador, é praticamente descartada por causa de seus problemas.

Além dos fatores relativos às informações, através dos documentos que discutimos não é possível identificar muitas particularidades do estado do Rio de Janeiro e dos seus municípios, no que diz respeito a uma série de fatores. Sobre a organização de seus sistemas de saúde, as informações geralmente são oriundas de indicadores de oferta de serviços, como o de leitos cadastrados, sem discutir, por exemplo, a informatização das unidades de saúde, a necessidade de capacitação de profissionais em áreas específicas, como na própria RENAST e a capacitação de instituições da sociedade civil.

Como podemos ver até o momento, a estimativa dos riscos nos processos de produção e da incidência de doenças e acidentes nas diferentes regiões do país estão comprometidas com todos os problemas que apontamos no tópico anterior. Fato bastante sintomático que corrobora nosso argumento está presente na publicação “Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPA” (RIPA, 2008), em seu capítulo 3, “Fichas de qualificação de indicadores”, que trata de três taxas: a de incidência de doenças relacionadas ao trabalho, de incidência de acidentes de trabalho típicos e de acidentes do trabalho de trajeto. Mesmo mobilizando dados do Ministério da Previdência Social, em todos os três casos constam como limitações de seus cálculos a ausência de informações por município (Idem, pp. 194, 196 e 198), fato este inverossímil, conforme demonstramos no segundo capítulo.

CAPÍTULO 4

O SINDICALISMO RURAL EM CAMPOS DOS GOYTACAZES NA ATENÇÃO À SEGURIDADE E SAÚDE

Sindicalismo rural, seguridade e saúde sempre foram temas caros aos trabalhadores e trabalhadoras rurais. Já vimos que, até que fosse editada nossa atual Constituição Federal, as populações rurais foram mantidas à margem da seguridade social que, até então, vinculava a assistência à saúde com a previdência. Grande parte dos serviços de assistência à saúde e educação era ofertada pela categoria dos empregadores através de seus sindicatos e associações, e parte pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Campos, através de recursos do Funrural. Isto somente começa a mudar no início da década de 1970, com a criação do Prorural que, ao mesmo tempo em que começa a estender a assistência à saúde aos trabalhadores rurais, está imerso num regime político que não permite o exercício pleno da cidadania rural.

A modernização da produção de cana, no mesmo período, não concorreu de modo favorável aos trabalhadores, pois imprimiu modificações na sua organização transferindo a eles o aumento do ritmo produtivo e o trabalho menos qualificado e mais exaustivo. A expulsão dos moradores das fazendas fez com que as famílias se deslocassem para habitações no entorno da cidade de Campos, o que trouxe algumas vantagens como o acesso mais fácil à escolarização dos filhos e a alguns serviços de saúde. Entretanto, conforme já relatamos anteriormente, houve uma grande degradação das condições de trabalho: dificuldades de deslocamento para o trabalho; exposição a produtos químicos e agrotóxicos; intensificação do trabalho, especialmente o corte de cana e, consequentemente, uma exposição a fatores climáticos como sol e chuva; exposição às queimadas, tanto no momento da queima quanto do corte; problemas nutricionais decorrentes de escasso controle da alimentação e etc.¹⁴². Os cortadores e cortadoras de cana passaram a ser um dos principais motores da agroindústria canavieira e a revolução da seguridade social causada pela Constituição Federal de 1988, como característica de nossa cultura política, marchou e marcha a passos lentos na consecução efetiva de seus princípios.

¹⁴² Conforme já sinalizamos no primeiro capítulo, começaram a entrar neste mercado de trabalho mulheres e jovens, que responderam de formas particulares às exigências do ritmo e da organização da produção. As mulheres, por exemplo, nos grandes deslocamentos da residência ao trabalho, quando organizadas em turmas, muitas vezes foram misturadas em conduções coletivas com homens, sofrendo contatos indesejados e adotando como melhor solução vestimentas semelhantes às dos homens (NEVES, 1999).

A seguir, vamos tratar dos espaços possíveis de interlocução (e por que não de cooperação?) entre os agentes envolvidos na gestão da saúde dos cortadores e cortadoras de cana retomando aspectos dos capítulos anteriores e tendo como referência o STTR de Campos, até o momento a instituição mais permeável às demandas de segurança e saúde daqueles trabalhadores. Para isso, retomamos no tópico 4.1 algumas questões já discutidas e reforçamos algumas das mudanças pelas quais passou o sindicalismo rural e o que isto significa frente aos desafios postos. No tópico 4.2 discutimos as possibilidades de atuação do sindicalismo rural frente às mudanças políticas e normativas que tratamos nos capítulos dois e três tendo em vista algumas das condições objetivas da realização do trabalho do corte manual de cana, utilizando para tanto entrevistas e análise de documentos.

4.1. Segurança e saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras: alguns limites e avanços

Conforme demonstramos nos capítulos dois e três, as políticas de saúde dos trabalhadores nos Ministérios da Previdência e Saúde ainda carecem de muitas melhorias, e ficam ainda muito restritas aos corpos técnicos destas instituições, marca esta, ao menos no plano analítico deste trabalho, indiscutivelmente atrelada ao processo de “americanização pelo alto” da segurança social tal como descrito por M.L. Werneck Vianna. Isto significa que estas instituições apresentam uma permeabilidade muito baixa às novas demandas dos trabalhadores rurais em termos de segurança e saúde. Em decorrência desta situação de desproteção social, mesmo após 1988 continuaram a recair sobre os sindicatos rurais muitas demandas dos trabalhadores e trabalhadoras, não só com relação aos contratos de trabalho e relações salariais, mas também com relação aos serviços de saúde e educação.

As evidências sobre este aspecto que encontramos nos capítulos anteriores apontam para uma ação instrumental por parte do Ministério da Previdência Social no estabelecimento do nexo causal entre a doença e o agravo (por meio do Nexo Técnico-Epidemiológico Previdenciário) e por uma política de saúde muito escassa em termos de informações e de capacitação de equipes profissionais na área de saúde do trabalho. Estes ministérios deixam de concorrer, portanto, na produção de conhecimento e identificação de condicionantes das doenças nos locais de trabalho, transferindo as interpretações destes fenômenos para outras instâncias, já numa situação de conflito, por meio, por exemplo, do Sistema de Justiça.

Neste ponto, o que entra em pauta são situações relacionadas à reivindicação de direitos previdenciários e trabalhistas por exemplo. Os relatos que observei nas entrevistas aos

trabalhadores e dirigentes do STTR de Campos apontam ainda para uma importância muito grande das ações trabalhistas na justiça e para a importância da restituição de danos provocados pelo não cumprimento da legislação por parte dos empregadores, que se traduzem grosso modo em restituição financeira aos trabalhadores.

Uma das instituições públicas importantes no sistema de justiça que ganharam destaque na cena contemporânea foi o Ministério Público do Trabalho – MPT, cuja relação com o sindicalismo rural, inclusive na questão da saúde, foi exaustivamente analisada na tese de doutorado de Ricardo Marinho (2011), intitulada “Ministério Público do Trabalho & Sindicalismo Rural no Brasil”. Ambas as instituições, cada uma a seu modo, se tornaram agentes importantes de defesa dos direitos coletivos.

Vale notar que a noção de direitos ou interesses coletivos foi definida pela Lei nº 8.078, de 11 de Setembro de 1990, o Código de Defesa do Consumidor, juntamente com os conceitos de direitos difusos e direitos individuais homogêneos. Os interesses coletivos são caracterizados pelo referido Código como: “os transindividuais de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica-base”. Disto retiram-se as seguintes implicações: os possíveis interessados participam de uma comunhão indivisível de interesses, não sendo possível discernir, desta partilha comum, onde cabe a parcela de cada indivíduo, pois o direito coletivo é justamente comum a todos e indivisível entre as partes; é possível identificar uma comunidade de pessoas envolvidas, aliás, diferença esta básica com relação aos interesses difusos conforme aponta Araújo Filho (2006).

O sindicalismo rural foi alçado a associação representativa na defesa desses interesses e direitos coletivos, com status constitucional. Isto foi alcançado no plano político-institucional nos trabalhos constituintes de 1987 a 1988, em decorrência do *lobby* exercido pela CONTAG na Assembleia Nacional Constituinte, sendo uma das primeiras associações de peso a serem ouvidas na Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos (COSTA & MARINHO, 2008). Com a eficiente organização da Confederação, que já levava uma proposta pronta à Assembleia¹⁴³ e com a relativa facilidade encontrada em difundir a ideia de um agente social não político-partidário, foi possível atribuir aos sindicatos rurais independência na defesa dos trabalhadores do campo (livre, inclusive, de influências do Poder

¹⁴³ Esta proposta foi uma harmonização de três fontes: “a) os principais diplomas legislativos então vigentes; b) a sistematização e a articulação de propostas emanadas da Associação Brasileira de Reforma Agrária (Abra), o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), a Comissão Pastoral da Terra (CPT) e o Conselho Indigenista Missionário (Cimi); e c) as teses aprovadas no 4º Congresso Nacional dos Trabalhadores Rurais (4º CNTR)” (COSTA & MARINHO, 2008).

Executivo), com relação a questões previdenciárias coletivas e de cidadania. No texto constitucional, isto se traduziu em seu Artigo 8º:

É livre a associação profissional ou sindical, observado o seguinte: I – a lei não poderá exigir autorização do Estado para a fundação de sindicato, ressalvado o registro no órgão competente, vedadas ao Poder Público a interferência e a intervenção na organização sindical; (...) III – ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas; (...) VI – é obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho; (...) Parágrafo único. As disposições deste artigo aplicam-se à organização de sindicatos rurais e de colônias de pescadores, atendidas as condições que a lei estabelecer.

Além disso, este novo status do sindicalismo rural foi colocado no capítulo dos direitos sociais. A Constituição reconheceu, como princípio moderno, que as liberdades e direitos individuais por si só não se sustentam, e mais, que para o pleno exercício das liberdades individuais, é preciso o reconhecimento e o exercício de direitos sociais. Nossa Carta definiu em seu artigo 6º como direitos sociais: a educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, a moradia (incluída em 2000) e a alimentação (incluída em 2010). A dimensão social do direito pressupõe, portanto, que sozinho o ser humano não é capaz de exercer liberdade alguma posto que seja um ser social, político. Daí a necessidade do provimento das condições de exercício das liberdades e mesmo da cidadania, necessidade esta que encontrou respaldo também no artigo 7º, ainda no mesmo capítulo, ao definir direitos dos trabalhadores urbanos e rurais necessários à melhoria de sua condição social (entre eles, a redução dos riscos inerentes ao trabalho).

Evidentemente, a inclusão destes dispositivos na Constituição não nos permite inferir qual a conduta que os sindicatos rurais passaram a adotar, pois a concretização destes preceitos legais depende de uma variedade de fatores. No entanto, seria um equívoco supor que as instituições (não só os sindicatos rurais) são indiferentes às novas “regras do jogo”, que transformam profundamente as bases sobre as quais as instituições operam na defesa dos direitos dos trabalhadores, abrindo perspectivas até então impensáveis, principalmente considerando as populações rurais que até então haviam se mantido em posição desfavorável. Uma dessas possibilidades é justamente aquela pontada por Marinho (2011).

No caso da saúde, o Ministério Público do Trabalho editou em 2008 o “Programa Nacional de Promoção do Trabalho Decente no Setor Sucroalcooleiro”, visando impedir que a expansão do setor se desse em condições desumanas de trabalho, possivelmente uma das

únicas iniciativas com maior poder de mobilização institucional para o tratamento da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras. Utilizando Termos de Compromisso de Ajustamento de Condutas (TACs), este Programa estabelecia em alguns estados o compromisso dos envolvidos com o setor (fazendeiros e usineiros, Poder Executivo, sindicatos, Tribunais Regionais do Trabalho, Superintendências Regionais do Trabalho, Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal, etc.) na promoção do trabalho decente (Idem).

No entanto, o Programa, como mostra o autor, além de não ter se generalizado para todos os estados brasileiros (inclusive o estado do Rio de Janeiro), não atingiu a profundidade e o cerne da questão, que foi justamente a organização do modo de produção do setor da cana-de-açúcar. Conforme já discutimos no primeiro capítulo, os trabalhadores sofreram incalculáveis consequências negativas da modernização do setor, de modo que as práticas tradicionais dos sindicatos rurais ficaram reduzidas a recursos de negociação coletiva e à justiça do trabalho¹⁴⁴. Desta forma, o Programa do MPT, ao adotar concepções e práticas em saúde de cunho assistencial e curativa, perpetuou o processo educativo de redução de danos.

Dito de outra forma:

Se, do ponto de vista dos assalariados rurais, as inovações tecnológicas afetam negativamente o mercado de trabalho e deterioram as relações e as condições de trabalho, trazendo-lhes sérias consequências sociais, do ponto de vista dos empresários elas significam investimentos de capital, cujo retorno depende, em grande parte, do consentimento e da adaptação dos trabalhadores à base técnica transformada e da garantia de certas condições de reprodução que aumentem a produtividade do trabalho vivo (MARINHO, 2011, p. 146).

A este aumento de produtividade correspondem processos graves de adoecimento, que suscitam respostas defensivas por parte dos trabalhadores como a procura de assistência médica para o tratamento dos agravos, a tentativa de reconhecimento de nexo causal no Ministério da Previdência e a automedicação, contribuindo assim para o absenteísmo no trabalho e para a permanência de estratégias individuais.

No plano normativo e mais superficial, já são devidamente conhecidas as prerrogativas de algumas instituições para que o tratamento conferido à saúde adquira uma conotação mais preventiva e coletiva, especialmente no que diz respeito à já conhecida lista tríplice dos ministérios: do trabalho, da saúde e da previdência. Sobre isso, já percorremos algumas das questões centrais e procuramos demonstrar a presença de alguns dos nódulos que

¹⁴⁴ É importante ressaltar que, até hoje, existem poucos profissionais trabalhando no STTR de Campos: um advogado, um médico e um dentista.

impedem a sua distensão mais funcional em termos de abrangência de atuação ao corpo social, apesar de já existirem os ligamentos que permitem tal locomoção.

Vamos discutir a seguir os limites e as possibilidades de atuação do Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Campos, tendo como base dois eixos: o primeiro complementa a discussão que acabamos de fazer ao localizar dispositivos de participação do Sindicato como produtor de conhecimentos sobre a saúde dos seus trabalhadores e como instituição representativa capaz de interferir na agenda política da segurança e saúde. Para isso, retomamos alguns pontos discutidos nos capítulos dois e três para compor uma agenda de possibilidades de interlocução entre o Sindicato e aqueles Ministérios. Ao mesmo tempo e de forma paralela, discutimos o segundo eixo, que expõe a capacidade de o Sindicato exercer este papel, tomando como base as visitas e entrevistas realizadas naquela instituição.

4.2. Condições de realização do corte de cana e as possibilidades de atuação do STTR de Campos dos Goytacazes

Já vimos que a experiência do sindicalismo rural dos trabalhadores e trabalhadoras de Campos, por ser muito antiga, constituiu-se em algo bastante heterogêneo, acompanhando conflitos rurais de diversas categorias como os colonos, os moradores, os trabalhadores assalariados e mesmo os clandestinos, o que explica em grande parte os motivos de ter o STTR se tornado tão permeável. Ao mesmo tempo, as circunstâncias para que o sindicato exercesse sua representação política na defesa dos direitos dos trabalhadores, eram bastante difíceis, especialmente no caso da cana-de-açúcar em que o elo entre as forças produtivas hegemônicas (grandes proprietários e usineiros) e a política era muito forte, permitindo pouca oxigenação para o exercício da cidadania rural.

As mudanças produtivas e políticas em Campos a partir da década de 1960 criaram novas condições de trabalho para os trabalhadores da cana. Com a criação do Prorural em 1971, que ampliou os direitos sociais dos trabalhadores, o STTR de Campos passou a mediar um número muito maior de casos de justiça trabalhista principalmente para o reconhecimento de direitos adquiridos. Com a Constituição Federal, além da consagração definitiva da universalização dos direitos à segurança e saúde, equiparando os trabalhadores rurais aos urbanos, o sindicalismo rural foi reformulado, dotado de autonomia frente aos poderes constituídos e como instituição representativa dos “direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria”. Juntamente com estas mudanças e com a estruturação dos

Ministérios da Previdência e da Saúde, foram criados espaços de interlocução com os sindicatos nestas instituições, muitos deles ainda não devidamente preenchidos.

Com relação ao Ministério da Previdência, dois destes espaços são especialmente importantes. Um deles é a previsão de o sindicato receber uma das cópias das Comunicações de Acidente de Trabalho, medida estabelecida por meio de portaria ministerial desde 1993. Isto poderia oferecer ao sindicato o conhecimento do ocorrido, para que este adotasse posturas ou medidas pertinentes se for o caso, e permitir a captação de uma fonte importante sobre o adoecimento dos trabalhadores, cumprindo um preceito básico que é o de informar à sociedade sobre os agravos que lhe acometem, não ficando a informação restrita aos órgãos do Estado, nem pulverizada individualmente com os que possuem os registros de suas respectivas CATs.

O outro espaço, também com relação à CAT, é a possibilidade de o Sindicato preenchê-la. Esta é uma questão mais complicada. Já discutimos no segundo capítulo que esta tarefa acaba sendo exclusividade da perícia médica do INSS e, mesmo assim, com muitos problemas não resolvidos com relação ao estabelecimento do nexo causal por meio do NTEP e às dificuldades de vistoria do ambiente de trabalho. Apesar de ser esta uma tarefa que exige de fato uma *expertise* nada elementar de investigação etiológica das doenças, nem mesmo no Sistema Único de Saúde (incluindo aí os CERESTs) encontramos os elementos necessários para a participação do estabelecimento do nexo causal e de investigação das doenças. Dificuldades que o STTR de Campos também apresenta, pois dispõe apenas de um médico que dedica todo o seu tempo na assistência médica clínica aos trabalhadores¹⁴⁵.

De todo modo, não necessariamente o preenchimento da CAT ocorre por meio de uma só instituição. O Sindicato poderia preencher parte dos campos, e um médico preencher o laudo que lhe compete. Disto decorrem duas outras dificuldades: uma é que isto não garante o reconhecimento da CAT no INSS; outra, é que a modernização da CAT via formulário eletrônico pela internet não foi democratizada. Parte disso não corresponde ao Ministério da Previdência, pois o acesso a infraestrutura em informática depende de outros fatores. Mas parcela é de responsabilidade desta instituição que não promoveu ações educativas e de interlocução com o STTR de Campos sobre o preenchimento informatizado da CAT.

O STTR de Campos não dispõe dos registros das CATs. As únicas referências que nos foram relatadas acerca de acidentes de trabalho foram dois casos em que o sindicato

¹⁴⁵ O horário de atendimento médico funciona às quartas, quintas e sextas-feiras de manhã e, quinzenalmente, às segundas-feiras. A prática corriqueira do médico, que também trabalha na prefeitura e divide seu tempo nos atendimentos, é a de comparecer ao sindicato e atender aos presentes, por ordem de chegada.

preencheu a CAT (não souberam precisar a data). Um deles foi de uma trabalhadora que desenvolveu uma reação alérgica por causa de insumos químicos utilizados próximo a ela, que foram levados pelo vento entrando em contato direto com sua pele, e outro, de um grupo de trabalhadores que estavam colocando calcário na terra sem o uso de luvas, lesionando suas mãos. Nos dois casos, o sindicato foi açãoado, pois o médico da empresa não quis preencher a CAT.

Os registros das CATs que utilizamos nesta pesquisa foram adquiridos diretamente com a Dataprev, que possui uma estrutura informatizada de alto nível e nos enviou por e-mail as informações todas tabuladas em planilha depois de realizar um serviço de mineração dos dados¹⁴⁶, desagregando-os tal como a solicitação que fizemos. Além disso, os principais estudos que utilizaram as CATs antes de sua informatização em 1999 acessaram as informações de forma manual nas agências regionais do INSS, não havendo na literatura qualquer referência de acesso às CATs por meio de sindicatos.

Com relação às políticas do Ministério da Saúde, já na lei orgânica do SUS, Lei nº 8.080 / 1990, no já citado artigo 6º, parágrafo terceiro, o conjunto de atividades de saúde do trabalhador deve abranger, dentre outras coisas: **a)** a informação ao trabalhador e sua respectiva entidade sindical “sobre os riscos de acidentes 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”; **b)** a colaboração das entidades sindicais na revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho; **c)** a garantia do sindicato dos trabalhadores em requerer ao órgão competente “a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores”.

Este último item é completamente invalidado em função do não funcionamento dos anteriores. Não encontramos indícios no STTR de Campos sobre a realização, por parte do SUS e do Ministério da Saúde, de medidas educativas e de informação sobre doenças e riscos (item a), e da elaboração da listagem oficial de doenças (item b), que neste caso, não pode se valer da justificativa de o sindicato não possuir competência profissional, pois a colaboração da entidade sindical pode ocorrer de várias maneiras, tendo em vista que não é estabelecida na lei uma forma específica.

¹⁴⁶ O termo “mineração” é oriundo do “Serviço de Mineração de Dados” (SVMD) da Dataprev.

O mesmo ocorre no caso da vigilância em saúde do trabalhador. A Instrução Normativa correspondente, editada por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.120 / 1998, prevê que esta vigilância,

(...) sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação.

Mais uma vez, a dimensão normativa inclui apenas por formalidade um conjunto de instituições que, segundo a mesma portaria, poderiam oferecer informações relevantes para as ações de vigilância. A única informação utilizada no âmbito do SUS relativa aos sindicatos que conseguimos localizar, consta na anamnese ocupacional que, quando utilizada nos CERESTs,¹⁴⁷ deve informar a origem do encaminhamento (dentre as opções, o sindicato), se o trabalhador ou trabalhadora é sindicalizado ou não, e no campo “conduta administrativa” figura a opção “notificação e relatório ao sindicato”.

Fechado este circuito destes dois ministérios, podemos concluir que, além deles não contribuírem suficientemente para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras canavieiras (pelos motivos expostos anteriormente), não exercem muitas de suas funções previstas, inclusive aquelas relativas às formas de cooperação com os sindicatos dos trabalhadores rurais. Desta forma e também como consequência disto, estes sindicatos recebem atribuições e expectativas por parte dos trabalhadores e trabalhadoras que extrapolam sua capacidade legal e efetiva¹⁴⁸ de solucionar o gigantesco problema da seguridade e saúde.

Para ilustrar mais um pouco desta discussão, vamos analisar a seguir as Convenções Coletivas de Trabalho – CCT assinadas entre o STTR de Campos e o Sindicato Rural de Campos. Estes acordos lá se firmaram desde 2001 e vêm sendo realizados todos os anos. Dispomos daqueles relativos aos anos de 2004 e 2005 e de 2007 a 2011. As convenções coletivas são instrumentos previstos pela CLT, ou seja, uma prática antiga, mas que nos servem como propósito para tratar de duas questões importantes. A primeira é o fato de que a própria CLT, com sucessivas alterações, passa a delegar determinadas atribuições ao Ministério do Trabalho e Emprego, dentre elas, as de regulamentar e complementar as normas

¹⁴⁷ Ver quadro 9, em nosso terceiro capítulo.

¹⁴⁸ Do ponto de vista legal, principalmente em decorrência da expansão representativa dos sindicatos rurais com status constitucional, conforme vimos acima. Atuar na defesa dos direitos coletivos é um avanço e ao mesmo tempo um desafio, que demanda novas práticas e recursos. Do ponto de vista efetivo, o STTR de Campos dos Goytacazes, um dos mais antigos sindicatos rurais do Brasil, é uma instituição exemplar para demonstrar o desequilíbrio entre seus recursos humanos e a situação de desproteção social de seus trabalhadores.

do seu Capítulo V, do Título II, “Segurança e Medicina do Trabalho”. Aquela que figura de forma mais importante para o nosso trabalho é a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura - NR 31, editada pela Portaria MTE nº 86, de 3 de Março de 2005 e já apresentada no primeiro capítulo.

Esta importante norma, apesar dos inúmeros avanços nela contidos (é a primeira norma mais aprofundada sobre as condições de realização do trabalho rural), é parcialmente absorvida pelas Convenções Coletivas em questão, de forma a recair sobre o sindicato, mais uma vez, o papel de normatizar e se atentar ao cumprimento de normas de segurança, além do acompanhamento de contratos de trabalho, formas de pagamento, dentre muitas outras questões. A análise destas convenções nos subsidia para melhor compreender as condições objetivas e o solo em que o STTR de Campos opera, além de dimensionar também as condições de realização do trabalho dos cortadores e cortadoras de cana.

A Convenção Coletiva de Trabalho – CCT está definida na CLT, no seu Título VI, cuja redação final foi dada pelo Decreto-Lei nº 229, de 28 de Fevereiro de 1967, como o acordo de caráter normativo “...pelo qual dois ou mais Sindicatos representativos de categorias econômicas e profissionais estipulam condições de trabalho aplicáveis, no âmbito das respectivas representações, às relações individuais de trabalho”, com vigência nunca superior a dois anos. Diferente dos Acordos Coletivos de Trabalho, portanto, as Convenções não se limitam às empresas acordantes e seus empregados, mas se estendem às respectivas categorias econômicas e profissionais, devendo conter, necessariamente, ainda conforme a mencionada lei:

I - Designação dos Sindicatos convenientes ou dos Sindicatos e empresas acordantes; II - Prazo de vigência; III - Categorias ou classes de trabalhadores abrangidas pelos respectivos dispositivos; IV - Condições ajustadas para reger as relações individuais de trabalho durante sua vigência; V - Normas para a conciliação das divergências sugeridas entre os convenientes por motivos da aplicação de seus dispositivos; VI - Disposições sobre o processo de sua prorrogação e de revisão total ou parcial de seus dispositivos; VII - Direitos e deveres dos empregados e empresas; VIII - Penalidades para os Sindicatos convenientes, os empregados e as empresas em caso de violação de seus dispositivos.

Dado importante é que os sindicatos das duas categorias, quando provocados, não podem se recusar à negociação coletiva. Caso isto aconteça, a primeira medida deve ser a notificação do fato aos órgãos regionais do Ministério do Trabalho para convocação compulsória dos sindicatos que manifestaram a recusa e, caso isto persista, os sindicatos ou

empresas interessadas podem instaurar dissídio coletivo. Importante frisar a distinção entre estas duas etapas distintas através dos conceitos de autocomposição e heterocomposição na resolução dos conflitos coletivos. Aquela se refere à solução mediada, negociada ou por renúncia (incluindo nestas circunstâncias a atuação do Ministério do Trabalho), enquanto que a última comporta a arbitragem e a jurisdição do Estado.

O que se observou em Campos é que a participação do MTE naquela circunstância de autocomposição não tem sido valorizada ou exercida, de modo que os sindicatos patronal e dos trabalhadores chegam a comuns acordos acerca de algumas formas de realização do trabalho do corte da cana. Apesar de dispormos de sete convenções coletivas, organizamos os dispositivos relativos à saúde e segurança do trabalho por elas inaugurados da seguinte forma: na coluna da esquerda, o ano de vigência da CCT e na coluna da direita, o dispositivo negociado, com vigência naquele momento e repetido nas convenções coletivas posteriores.

Quadro 10

Dispositivos previstos nas Convenções Coletivas de Trabalho para os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes

Ano de Vigência da Convenção Coletiva	Cláusula e Dispositivo
01/03/2004 a 28/02/2005	<p>Cláusula 4^a - Os empregadores aceitarão para efeito de justificativa de faltas, atestados médicos desde que apresentado no dia seguinte ao serviço médico da empresa para consulta e avaliação.</p> <p>Cláusula 8^a - O trabalho com agrotóxico somente pode ser realizado por maiores de 18 anos e o empregador deve realizar exame médico no executor a cada 90 dias, fornecer EPI, com local adequado para higienização. O treinamento dos trabalhadores para estes serviços deve ser em instituição credenciada e a empresa deve manter uma relação destes trabalhadores para fiscalização do trabalho.</p>
01/03/2005 a 28/02/2006	<p>Cláusula 4^a - As trabalhadoras do sexo feminino não serão escaladas para serviços em áreas alagadas.</p>
01/03/2007 a 28/02/2008	<p>Cláusula 7^a - Os transportes dos trabalhadores devem ser adaptados com cobertura, bancos fixos e local para ferramentas;</p> <p>É expressamente proibida a condução de agrotóxicos, corretivos de solo e fertilizantes, no mesmo veículo de transporte dos trabalhadores</p>
	<p>Cláusula 9^a - Os EPIs devem ser devolvidos ao final da safra e as empresas devem comunicar aos trabalhadores com dois dias de antecedência e disponibilizar sem ônus transporte necessário para devolução dos mesmos;</p> <p>Os empregadores providenciarão água fresca aos empregados, acesso a caixa de primeiros socorros, transporte em caso de acidente e demais condições adequadas de trabalho e segurança previstas em lei, especialmente a NR-31;</p> <p>Os veículos de transporte poderão ser utilizados como abrigo contra chuvas e intempéries, desde que permaneçam nos locais de trabalho durante a jornada.</p>
	<p>Cláusula 10^a - Os quartos e demais instalações dos alojamentos dos trabalhadores devem limpos e desinfetados pela empresa;</p> <p>O sindicato laboral poderá fazer vistoria prévia dos alojamentos com a empresa.</p>
	<p>Cláusula 12^a - É assegurado ao sindicato laboral o acesso aos locais de trabalho e a inspeção de procedimentos, em especial do sistema de aferição da produção e pagamento, visando soluções conjuntas na execução da CCT, que se fará em acordo e com a presença de</p>

	representante da empresa; Fica estabelecido o compromisso de as empresas rurais vinculadas às indústrias e do álcool e o sindicato laboral, desenvolverem, cada um, cursos ou campanhas junto aos trabalhadores visando: (a) redução do absenteísmo; (b) aumento da produtividade; (c) segurança no trabalho; (d) proibição da carona no trabalho e do consumo de bebidas alcoólicas.
--	--

Fonte: Elaboração própria a partir das Convenções Coletivas de Trabalho para o trabalho do corte de cana, firmadas entre o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras de Campos dos Goytacazes e o Sindicato Rural de Campos.

A primeira inferência que podemos realizar observando estes dispositivos é a precariedade dos termos de negociação. Na CCT de vigência para o ano 2005-2006, por exemplo, surge uma forma específica de proteção à trabalhadora feminina, que é o seu impedimento de realização do corte em áreas alagadas. A partir deste momento e até a última CCT que dispomos, de vigência para o período 2011-2012, aos demais trabalhadores (do sexo masculino), fica prevista uma negociação no local de trabalho de preço diferenciado da cana para as atividades nestas áreas. Ou seja, o trabalhador assume riscos como picada de cobra, fraturas e entorses, para obter uma maior remuneração.

A CCT de vigência 2007-2008 é aquela que recebe alguns efeitos da NR-31. Se compararmos com a NR-31, os dispositivos ali listados não significam quase avanço algum. Se compararmos, no entanto, com as condições de trabalho previamente estabelecidas, existe um significativo avanço, algo por si só surpreendente, e que denuncia a situação de desproteção daqueles trabalhadores e trabalhadoras, que pela primeira vez estabelece alguns direitos, que merecem ser repetidos: bancos fixos e cobertura no seu transporte; proibição de transporte de agrotóxicos e outros insumos no mesmo veículo deles; fornecimento de EPIs com o seu recolhimento ao final da safra; *água fresca*, caixa de primeiros socorros e transporte assegurado em caso de acidentes; utilização de veículos (quando houver) como proteção *provisória* de intempéries; higienização e limpeza dos dormitórios dos trabalhadores e vistoria prévia pelo sindicato dos trabalhadores; presença do sindicato dos trabalhadores no local de trabalho para inspeção; e atividades educativas de segurança no trabalho, proibição de carona nos transportes de trabalho e sobre consumo de álcool.

A estas duras condições de trabalho negociadas acrescenta-se uma, não listada acima, e que permeia todas as convenções: o pagamento por produção. Cada Convenção estabelece um piso salarial discriminado por mês, dia ou hora (Quadro 11), mas estabelece também o pagamento por metro linear de cana, que deve ser anunciado pelo representante da empresa

até às dez horas de cada dia de trabalho, e a aferição deve ser realizada por um compasso fixo de dois metros, na presença do trabalhador. No caso do corte de cana crua, o valor do corte é acrescido de 20% com relação aos preços tabelados e, como mencionado, nas áreas alagadas o preço é negociado no eito, facultada a presença do representante sindical.

Quadro 11

Piso salarial dos cortadores e cortadoras de cana de Campos dos Goytacazes segundo as Convenções Coletivas de Trabalho (2004-2011)

Vigência da CCT	Piso salarial por mês (em R\$)	Piso salarial por dia (em R\$)	Piso salarial por hora (em R\$)
2004	290,00	9,60	1,30
2005	301,00	10,33	1,40
2007	404,02	13,46	1,84
2008	447,25	14,90	2,03
2009	487,50	16,25	2,21
2010	553,31	18,44	2,52
2011	608,00	20,26	2,76

Fonte: Elaboração própria a partir das Convenções Coletivas de Trabalho para o trabalho do corte de cana, firmadas entre o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras de Campos dos Goytacazes e o Sindicato Rural de Campos.

O efeito provocado por esse sistema de pagamento é o de estimular os trabalhadores a trabalhar da forma mais intensa possível, de forma que isto será compensatório para sua remuneração, mas nefasto para sua saúde. Os fatores de risco para a saúde dos trabalhadores passam a ser encarados como obstáculos a serem vencidos para o incremento de sua produtividade: altas temperaturas provocadas pelo sol ou pela queima da cana; equipamentos de proteção individual que geram lesões, mas devem ser utilizados obrigatoriamente; a fuligem exalada pela cana ao golpe do facão; as chuvas; os animais peçonhentos; as áreas alagadas e de difícil acesso; os corpos e mentes já castigados dos trabalhadores.

As cláusulas das convenções coletivas de trabalho são reveladoras da precariedade dos direitos e da vida destes trabalhadores, denunciando a dificuldade de fazer sentir no campo o cumprimento de normas como a NR-31¹⁴⁹. Com efeito, não surpreendem os oito dias em que

¹⁴⁹ Frequentemente os trabalhadores e trabalhadoras rurais de Campos relatam problemas no uso dos Equipamentos de Proteção Individual. Um deles, de grande importância, é o óculos, conforme nos relatou uma das trabalhadoras: “a gente não gosta do óculos, porque o óculos, com tudo que a gente vai suando embaça. Aí é perigoso o facão errar. Só o óculos que a gente acha que deveria ser assim tipo óculos de sol. Porque eles fornece aqueles óculos claros. Eu não gosto do óculos, eu uso obrigada, porque ele embaça e atrapalha”. De acordo com as CATs daqueles trabalhadores, o facão é o maior responsável por acidentes de trabalho (período 2002-2012), representando quase um quarto do total de acidentes registrados. Por outro lado, os acidentes mais frequentes nos olhos são decorrentes de traumatismos, ferimentos penetrantes e contusões. A conjunção destes fatores (isto para tratar de apenas um exemplo) demandaria sem dúvida um tipo especial de óculos para esta atividade.

480 trabalhadores do corte de cana paralisaram suas atividades no período de junho a julho de 2005. O termo de transação para a solução do impasse, firmado entre o sindicato dos trabalhadores e duas usinas da região, apenas reiterou o compromisso de as empresas cumprirem algumas questões básicas, muitas já previstas até mesmo nas convenções coletivas: continuarem mantendo a limpeza dos alojamentos todos os dias, inclusive nos finais de semana; fornecimento de água potável a partir de poços artesianos nos alojamentos; o anúncio do preço da tonelada de cana por metro quadrado ou metro linear até às 10:00 horas, por representante da empresa; discriminação do valor da produtividade do trabalhador no recibo de pagamento; a medição de área para aferição e definição do preço da cana plantada em morros deve ser efetuada pela linha de fora do respectivo talhão; os “pirulitos” (comprovantes de produção) serão entregues aos trabalhadores diariamente; e todo trabalho desempenhado nas folgas ou feriados será remunerado em dobro. Em contrapartida, os dias de paralisação foram descontados dos trabalhadores.

Os efeitos desta realidade são sentidos e vivenciados por esses trabalhadores, refletindo a estrutura, a ideologia e a cultura que sustentam seu universo. Todos os relatos desses trabalhadores foram observados pelo pesquisador através de entrevistas abertas e gravadas na sede do sindicato.

Antônia, com 60 anos de idade, começou a cortar cana com 11 anos de idade. Seu marido faleceu intoxicado pela queima da cana-de-açúcar, evento presenciado por ela quando seus seis filhos eram muito novos, momento em que ela precisou trabalhar mais intensamente para sustentar sua família. Em seu relato, lembra que as condições de trabalho variavam muito de local para local. Em uns, forneciam luvas, botas e capa de chuva; outros, não havia proteção alguma. Para se alimentar, lembra ela, na maioria dos casos os empregadores não forneciam nada e as circunstâncias não eram boas: “muitos dias a gente tinha que almoçar na lavoura chovendo, a gente encostado no eito de cana, almoçando e ia pingando água dentro da comida”. Hoje, são os filhos que a auxiliam financeiramente, situação delicada em que Antonia não pode mais trabalhar e precisa cuidar de alguns de seus problemas de saúde: varizes, miomas, cistos e outros problemas dermatológicos provocados pelo excesso de sol e joelhos prejudicados pelo deslocamento de grandes distâncias de sua residência ao local de trabalho utilizando bicicleta. Precisa utilizar medicamentos tranquilizantes para dormir, antidepressivos e de hipertensão.

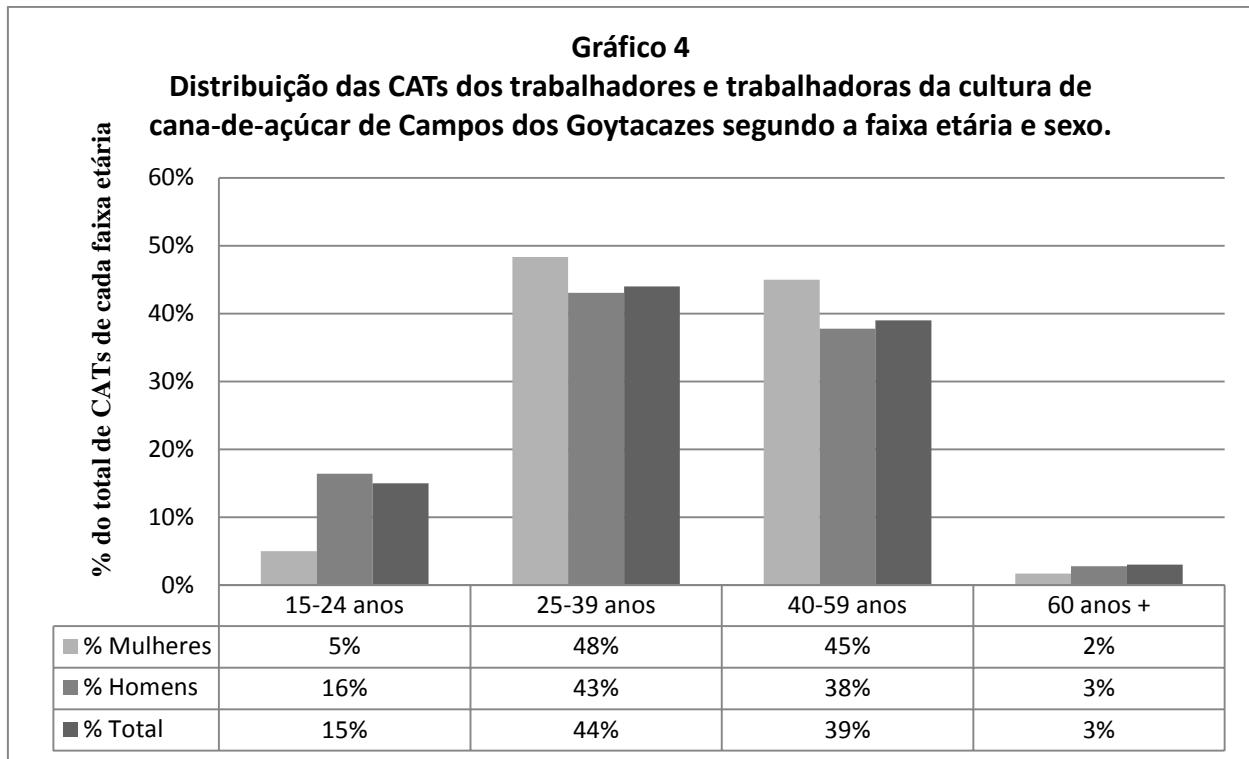
Silvia, de 52 anos, começou a trabalhar com 18 anos e parou de trabalhar há quase dois anos. Está até hoje tentando reconhecimento no INSS que, segundo ela, nega sistematicamente sua incapacidade para o trabalho. Relata que sente muitas dores no corpo,

que se agravaram há seis anos atrás e que o SUS fornece alguns remédios e tratamentos, mas que não são suficientes para comprar todo o medicamento que necessita. Quando trabalhava, levava ela mesma alimentação e sete litros de água. Apesar do sofrimento físico, é o psíquico que mais chama a atenção em sua fala:

Acho que não vale a pena a gente trabalhar em negócio de lavoura mais. Eu não tô nem querendo mais... Emagreço muito... emagreço muito. Se olhar um retrato meu como eu era, pra tá agora, é uma defunta morta. E hoje graças a deus, eu olhando o retrato, eu tô viva... é muito puxado. Fica com o rosto murcho, seca... e nem homem não olha pra gente, tão feia que a gente fica, com o corte de cana. E hoje tô gorda e tô forte, graças a deus por isso. Eu não quero mais trabalhar nisso mais não, eu quero tratar de mim. Eu vou correr atrás, seja o que deus quiser, eu vou correr atrás do que eu trabalhei pra me tratar.

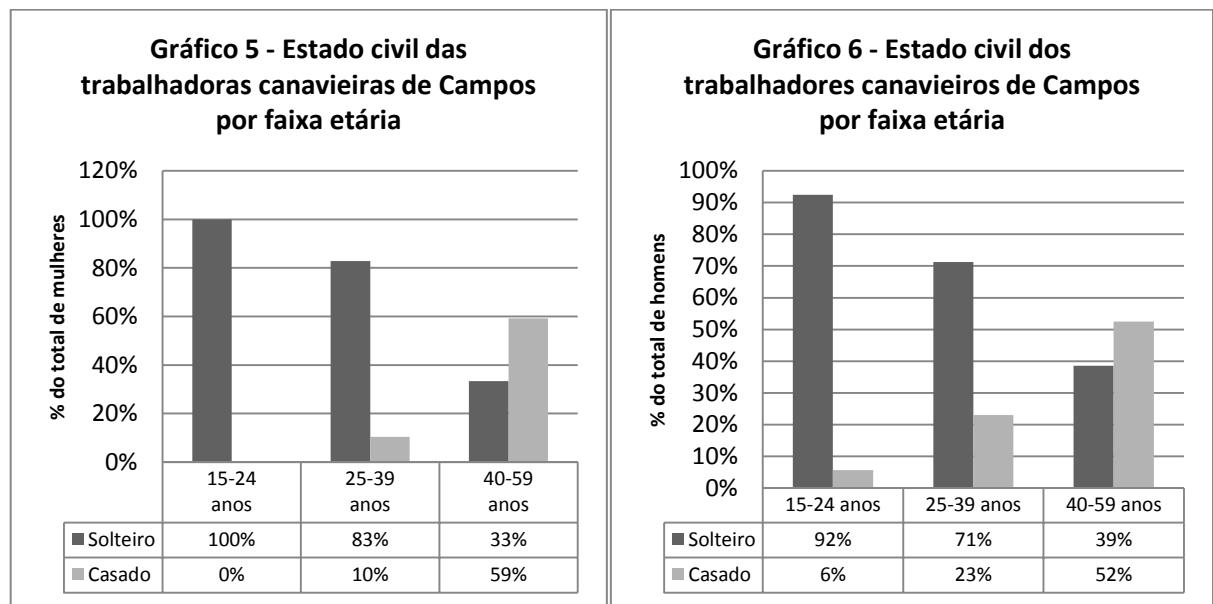
Flávio, de 43 anos, assim como Antônia, relata muitas diferenças nos locais de trabalho: alguns pagam melhor que outros, uns fornecem água e alimentação, outros não oferecem nada. No momento, está afastado do trabalho pois perdeu força na mão e não consegue cortar cana por causa do movimento realizado. Sem correlacionar esta perda de força, relatou em outro momento um acidente antigo em que ele caiu em um valão e uma cana atravessou o seu pulso. Realiza alguns serviços de obras para obter alguma renda. Quando trabalhava, acordava às 4:00 horas da manhã e retornava para casa às 18:00, 19:00, às vezes 20:00 horas. Por ser solteiro, quando o empregador não fornecia alimentação (na maioria das vezes), cozinhava para o dia seguinte.

Geralmente, relatam os trabalhadores, a idade limite de trabalho nesta atividade é de 50 anos (O Gráfico 4 abaixo confirma isso em certa medida). Além das dificuldades de tratamento das doenças e lesões e do reconhecimento de sua relação com o trabalho, percebemos também os danos acumulados nos mais velhos, que sofrem as consequências de seu trabalho e sinalizam a emergência de um grave problema de saúde pública no campo da geriatria. Após idades mais avançadas, os trabalhadores e trabalhadoras rurais, mesmo sem filiação, continuam recorrendo aos serviços do STTR de Campos, que recebe até hoje uma diversidade muito grande de pessoas: assalariados rurais, pequenos produtores rurais e assentados do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), além de lideranças sindicais de outros municípios. Esta política sindical, nas palavras de sua liderança, se deve ao entendimento de que todos ali são trabalhadores e por isso o sindicato dos trabalhadores deve servi-los a todos.



Fonte: Informações retiradas das CATs obtidas da DATAPREV, 2002-2012

A vida de solteira de Antônia não parece ser exceção dentre estes trabalhadores. Apesar de termos, aparentemente, um menor número de mulheres no corte da cana, há indícios de que a maioria delas, assim como no caso dos homens, é solteira, tendência esta que decresce com a idade e tende a se inverter (Gráficos 5 e 6).



Fonte: Informações retiradas das CATs obtidas da DATAPREV, 2002-2012

Com isso, aquele Sindicato, além de prestar serviços à população, acaba se constituindo como um espaço importante de sociabilidade entre diversos atores. Lá ocorre, por exemplo, uma troca sobre a comercialização local de produtos dos produtores locais que ocorre nas feirinhas da cidade¹⁵⁰, com a participação frequente do presidente do STTR, trocas sobre conhecimentos de produção de alimentos e mesmo de remédios caseiros, como me explicava uma assentada do MST. Esta moça, em particular, ex-cortadora de cana, mostrava o apreço que tinha pelo cuidado com a terra e com a agricultura; explicava minuciosamente como era difícil e detalhoso o trabalho com sua pequena produção, demonstrando orgulho por conseguir produzir tudo que precisava apesar das dificuldades: ela plantava, colhia, organizava tudo e transportava para as feirinhas para comercializar. Atribuía a tudo isso o valor de ser tudo orgânico, ao mesmo tempo em que elogiava a boa saúde das filhas e me explicava como fazia um xarope preparado a partir do umbigo da bananeira, com uma descrição tão cuidadosa quanto aquela sobre o preparo de sua produção. Acompanhava a conversa com um grau de conhecimento sobre o assunto exposto o presidente do Sindicato, e outro assentado da região próxima de São Francisco de Itabapoana, se queixando de lá não haver serviços de saúde próximos.

Estes costumes relativos a saúde, propagados no sindicato, estão atrelados aos laços dos moradores com sua região e origem e com a fertilidade da terra, que passa a servir também para fertilizar a saúde daquela população. Mas se explicam também pela carência do atendimento de saúde destes trabalhadores, seja em nosso caso específico da organização de trabalho, seja como um problema genérico daquela região. De todo modo, o STTR de Campos absorve de maneira específica essas questões e isto se revela numa microescala de observação, conforme revelam os indícios lá observados e aqui anotados.

¹⁵⁰ Na sede do sindicato por exemplo, em um dos dias em que lá estive, continha um cartaz com os seguintes dizeres: “Mulheres empreendedoras da Feirinha da Roça agradecem os parceiros IDANNE, SERE, EMATER, PPIGRE e Sind. Trab. Rurais”.

CONCLUSÕES

A centralização de mecanismos de inspeção e vigilância do trabalho no Ministério do Trabalho e Emprego foi tendência muito forte em nossa história moderna. Rupturas efetivas neste aspecto começaram a se verificar somente ao final da década de 1980 com a Constituição Federal de 1988, que abriu perspectivas para que outras instituições pudessem concorrer na promoção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, especialmente os Ministérios da Saúde e da Previdência, o Ministério Público do Trabalho e os Sindicatos (sem mencionar a Justiça do Trabalho que, com a Emenda Constitucional nº 45/2004 passou a ter competência material para julgar as ações indenizatórias por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais).

Com relação aos Ministérios da Saúde e da Previdência, buscamos demonstrar nesta dissertação que seu desenho institucional ainda está muito aquém do necessário para que venham a cumprir o seu papel esperado no campo da saúde do trabalho. Apesar de alguns avanços pontuais, seu modo de funcionamento permanece, a despeito das inúmeras políticas de segurança e saúde do trabalho –, pouco abrangente, não atingindo os trabalhadores e trabalhadoras de modo expressivo.

O Ministério da Previdência não levou adiante sua reforma das Comunicações de Acidente de Trabalho de 1999, submetendo-as à lógica de concessão de benefícios previdenciários, ao invés de torná-las mecanismos mais consistentes sobre as informações em saúde e de coparticipação de sua gestão. O Ministério da Saúde, por seu turno, revela uma situação ainda mais crônica no que diz respeito aos indicadores de saúde e ao atendimento profissional dos trabalhadores e trabalhadoras, patenteada por sua ainda embrionária rede nacional de atenção à saúde do trabalhador, que já completa onze anos de existência. Ambas as instituições se mostraram, portanto, pouco permeáveis às diversas circunstâncias culturais regionais.

Isto pôde ser comprovado aqui de duas formas. Uma, mais generalizável, foi realizada através do estudo das políticas e do desenho institucional desses Ministérios, e revelou em ambos, problemas de eficiência institucional, lhes faltando um corpo que alcance as demandas sociais relativas à saúde, cuja condução, ao que tudo indica, somente pode ser realizada através da cidadania. Quanto ao segundo ponto de comprovação, empírica, verificamos a desconexão entre as políticas de previdência e saúde e a realidade do Município de Campos, bem como com relação ao Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Campos dos Goytacazes. Quanto a isto, faça-se uma ressalva de importância científica: tratamos aqui

como segundo ponto, mas que na sequência cronológica desta pesquisa, foi o primeiro ponto, que motivou o estudo dos capítulos dois e três. O capítulo três, em especial, se tornou genérico como se apresenta, pois assim o é, o que nos permite afirmar conclusivamente que não alcança os cortadores e cortadoras de cana-de-açúcar porque que não alcança os trabalhadores e trabalhadoras em suas particularidades (o que há de mais evidente nesta afirmativa, relembrando, é a baixa qualidade das informações sobre as doenças).

Diante de um avanço inquestionável na conformação de um sistema de saúde em sentido *lato* ou, melhor, de um sistema sanitário que passa a incluir diversas instituições públicas e da sociedade civil, encontramos dificuldades recentes, com contornos nítidos, mas ainda marcadas por persistentes questões, em especial a dificuldade em incorporar o regionalismo, a diversidade de nossa formação social nas políticas diretivas, conforme observamos no item 3.5.2. Neste sentido, é também marcante a baixa interlocução das instituições públicas que aqui trabalhamos com o STTR de Campos que, como vimos, é uma das mais antigas instituições representativas daquele município e teve papel importante na gestão da saúde desde os tempos remotos dos institutos de aposentadoria e pensão e de serviços médicos patronais. No campo da saúde pós-1988, o STTR se vê ainda obrigado a prover serviços assistenciais, em parte pela carência destes, em parte pela falta de estímulo de uma inexistente saúde preventiva e participativa.

Podemos afirmar, ainda, que outro dos passos iniciais neste sentido ainda não foi dado, que é justamente aquele sobre os sistemas de informações. Verificamos que as CATs se aproximam mais das categorias profissionais e regiões do país e possuem maior potencialidade para o tratamento de dados, o que se reforça pelo avançado sistema de informatização disponibilizado pela Dataprev. Ainda assim, é uma fonte que apresenta muitos problemas em sua origem, ainda marcada pela subnotificação e pela exclusividade conferida aos quadros técnicos do Ministério da Previdência, o que mostra que grande parte de sua melhoria depende das políticas desta instituição, em especial as educativas. Quanto às informações oriundas do Ministério da Saúde, produzidas no SUS, observamos um grave problema de desenho institucional (não é necessário apontarmos novamente aqui), o que sugerimos, demandaria inicialmente uma reforma para, então, aprimorar sua qualidade de produção.

Mais uma vez, é bom frisar que a insistência sobre a qualidade no tratamento de dados é uma questão que encontra grande respaldo, seja na sociologia “clássica”, que encontrou acolhida em trabalhos de grande porte como em *O Desenvolvimento do Capitalismo na Rússia* de Lênin, seja na sociologia voltada para a saúde como *Medicina e Política* de

Giovanni Berlinguer e nas inúmeras indicações contidas em *Sociologia da Medicina* de Gilberto Freyre. De todo modo, a importância deste componente nas pesquisas é de grandes proporções e de muitas dimensões e as indicações que realizamos neste trabalho são ainda muito pontuais e pouco generalizáveis (tratamos tão somente de alguns aspectos dos sistemas de informação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e confrontamos com um estudo de caso em um único município), o que demanda ainda muitas pesquisas de terreno fértil para a epidemiologia.

A título de exemplo, tema que não tratamos aqui com maiores detalhes foi o da mortalidade dos cortadores de cana e que coloca a seguinte questão: se para cada óbito no país, o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) é obrigação legal (realizada por médico), por que então o desconhecimento sobre as causas de mortalidade desta categoria é tão grande? Ou, se quisermos colocar de modo afirmativo: o conhecimento sobre o número e a causa dos óbitos relacionados ao trabalho do corte manual de cana pode ser muito mais preciso e, até o momento, a DO não é tida como fonte muito confiável, de modo que os registros destes casos são realizados por meio de denúncias ou do testemunho de outros setores da sociedade ou de outras instituições que não o Ministério da Saúde.

Mas não é somente com hipóteses negativas podemos indicar futuras pesquisas. Exemplo contido neste trabalho e que, se dependesse do tempo e do desejo do pesquisador teria sido levado adiante é sobre a locomoção dos trabalhadores e trabalhadoras. Já vimos que, em Campos, em período recente, os acidentes de trabalho com bicicletas responderam a quase 25% do total de acidentes de trajeto. Mas o dado serve somente como indicador e revela parte do que isto representa, não atingindo as causas e consequências mais profundas deste fenômeno: até que ponto ela é reflexo da precarização da relação de trabalho? Quanto do problema logístico envolvendo o mundo rural de Campos contribui para isso? Qual o papel da bicicleta naquele mundo cultural? Qual a incidência deste tipo de acidente em outros municípios e estados federados e quais fatores concorrem para isso?

Outro ponto de futuras pesquisas diz respeito à mecanização da cana-de-açúcar. Apesar da controvérsia na própria literatura científica acerca da contribuição ou da piora das condições de trabalho com a sua propagação, é algo ainda de difícil estimativa pela falta de indicadores confiáveis sobre as áreas de cana já mecanizada e as áreas que ainda demandam corte manual ou, ainda, de áreas mecanizáveis e áreas não mecanizáveis. Apesar de não termos investigado diretamente esta questão no município de Campos, parece ainda uma iniciativa tímida, especialmente se comparada com municípios de São Paulo. Sobre a

possibilidade de mecanização de determinadas regiões, é tema de grande importância para a saúde onde a máquina pode concorrer com a competitividade do corpo humano.

Por fim, salientamos a tentativa de contribuir aqui um pouco para o tema da saúde dos cortadores e cortadoras de cana, com a consciência de que se trata ainda de contribuição inicial frente à complexidade do tema, ainda carente de tratamento nos campos científico e profissional. Buscamos também fornecer alguns elementos específicos para a discussão da saúde do trabalho através das políticas da previdência e da saúde, indicando também algumas sugestões de continuidade destes trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Francisco. Processo de Trabalho e Danos à Saúde dos Cortadores de Cana. *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, 3(2), abr-ago de 2008.
- ALESSI, Neiry Primo; NAVARRO, Vera Lucia. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(supl. 2): 111-121, 1997.
- ALESSI, Neiry Primo; SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. A Saúde do Trabalhador do Corte da Cana-de-Açúcar. In: ALESSI, Neiry Primo; PALOCCI FILHO, Antonio; PINHEIRO, Sandra de Azevedo; SCOPINHO, Rosemeire Aparecida; SILVA, Graciete Borges (Orgs.). *Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- ALMEIDA, Paulo César Andrade; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. *Rev. bras. saúde ocup.* [online], 36(124): 195-207, 2011.
- ALVES, Francisco. Por que Morrem os Cortadores de Cana? *Saúde e Sociedade*, 15(3): 90-98. set-dez, 2996.
- _____. Processo de Trabalho e Danos à Saúde dos Cortadores de Cana. *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, 3(2). abr-ago, 2008.
- _____. Políticas Públicas Compensatórias para a Mecanização do Corte de Cana Crua. Indo direto ao ponto. *Revista Ruris*, 3(1). Março, 2009.
- ANSILIERO, Graziela. Evolução dos registros de acidentes de trabalho no Brasil, no período 1996-2004. In: *Informe da Previdência Social*, 18(6), 2006.
- ARAÚJO FILHO, Luiz Paulo da Silva. Sobre a distinção entre interesses coletivos e interesses individuais homogêneos. In: FUX, Luiz; NERY JR, Nelson; WAMBIER, Teresa Arruda Alvim (Coord.). *Processo e Constituição. Estudos em homenagem ao Professor José Carlos Barbosa Moreira*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda., 2006.
- ARAÚJO, Ricardo Benzaquen. *Guerra e Paz. Casa Grande e Senzala e a obra de Gilberto Freyre nos anos 30*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. *Manual de normas e rotinas do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN - saúde do trabalhador*. Salvador: CESAT, 2009.
- BARBOSA, Cristiane Maria Galvão. *Avaliação cardiovascular e respiratória em um grupo de trabalhadores cortadores de cana-de-açúcar queimada no estado de São Paulo*. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa de Pneumologia, 2010.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de; PINHEIRO, Sonoê Sugahara. *A população rural e a previdência social no Brasil: uma análise com ênfase nas mudanças constitucionais* Brasília: IPEA, 2000 (texto para discussão, 759).

BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e política*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978.

_____. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983.

BINDER, Maria Cecília Pereira; CORDEIRO, Ricardo. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online]. São Paulo, 37(4): 409-416, 2003.

BNDES. *Impactos da Indústria Canavieira no Brasil. Poluição atmosférica, ameaça a recursos hídricos, riscos para a produção de alimentos, relações de trabalho atrasadas e proteção insuficiente à saúde dos trabalhadores*. Plataforma BNDES; IBASE: 2008.

BOAS, Soraya Wingester Vilas. *O Setor Sucroalcooleiro na Microrregião de Frutal – Iturama, Minas Gerais: suas Características e Reflexos na Saúde dos Cortadores de Cana*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, FIOCRUZ, 2009.

BOAS, Soraya Wingester Vilas; DIAS, Elizabeth Costa. Contribuição para a Discussão sobre as Políticas no Setor Sucro-alcooleiro e as Repercussões sobre a Saúde dos Trabalhadores. In: BNDES. *Impactos da Indústria Canavieira no Brasil. Poluição atmosférica, ameaça a recursos hídricos, riscos para a produção de alimentos, relações de trabalho atrasadas e proteção insuficiente à saúde dos trabalhadores*. Plataforma BNDES; IBASE: 2008.

BRAMBILA, Karoline; REIS, DANIELE Quiezi dos; HIDAKA, Mônica Yuki; KELLER, Edelvais. Karoshi: morte por sobrecarga de trabalho - um alerta aos profissionais da saúde e do trabalho em tempos de crise e recessão econômica mundial. In: VI Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. Maringá, Paraná, 27 a 30 de Outubro de 2009.

BRASIL. Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador. *Relatório Final*. Brasília, 1993.

CÂMARA, Volney de M.; CAMPOS, Reinaldo C.; PEREZ, Maurício A.; TAMBELINI, Anamaria T.; KLEIN, Carlos Henrique. Teores de Mercúrio no Cabelo: um Estudo Comparativo em Trabalhadores da Lavoura de Cana-de-açúcar com Exposição Pregressa aos Fungicidas Organomercuriais no Município de Campos – RJ. Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, 2(3): 359-372. jul-set, 1986.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Lei n. 7.972, de 31 de Março de 2008. Institui o Plano Diretor do Município de Campos dos Goytacazes. Disponível em: <http://www.campos.rj.gov.br/listaPlano.php>. Último Acesso em: 20 de Fevereiro de 2013.

CARDOSO, Adalberto Moreira. Um referente fora de foco: sobre a representatividade do sindicalismo no Brasil. *Revista DADOS*, Rio de Janeiro, 40(2), 1997.

_____. A Filiação Sindical no Brasil. *DADOS*, Rio de Janeiro, 44(1), 2001.

_____. Direito do trabalho e relações de classe no Brasil Contemporâneo. In: WERNECK VIANNA, Luiz Jorge (Org.). *A democracia e os Três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ, 2002.

_____. Escravidão e sociabilidade capitalista: um ensaio sobre inércia social. *Novos Estudos*, 80, 2008.

_____. LAGE, Telma. A Inspeção do Trabalho no Brasil. *DADOS*, Rio de Janeiro, 48(3), 2005.

_____. LAGE, Telma. *As normas e os fatos. Desenho e efetividade das instituições de regulação do mercado de trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

CARVALHO, Ailton Mota; Totti, Maria Eugenia Ferreira (orgs.). *Formação histórica e econômica do Norte Fluminense*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CARVALHO, Déa M.T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CAVALCANTI, Guilherme de Albuquerque. A dinâmica econômica do PROÁLCOOL: acumulação e crise, 1975-1989. *Revista brasileira de energia*, 2(1), 1992.

CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes Santos (Orgs.). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011.

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci; MONDADORI, Rosângela Murari; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS), 31(2): 211-7, jun. 2010.

CODO, Wanderley. Uma revolução silenciosa em saúde e trabalho no Brasil. In: MACHADO, Jorge; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderley (Orgs.). *Saúde e trabalho no Brasil. Uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

COMEUFORD, John Cunha. *Como uma Família. Sociabilidade, territórios de parentesco e sindicalismo rural*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

COMISSÃO TRIPARTITE DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho*. Brasília, DF, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Vigilância em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

CORDEIRO, Ricardo; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia; MEDEIROS, Maria Angélica Tavares de; GONÇALVES, Cláudia Giglio de Oliveira; BRAGANTINI, Clarice Aparecida;

VAROLLA, Antenor J.; STEPHAN, Celso. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5): 1574-1583, set-out, 2005.

CORDEIRO, Ricardo; PRESTES, Simone Cristina Chiodi; CLEMENTE, Ana Paula Grotti; DINIZ, Cíntia Ségre; SAKATE, Mirian; DONALISIO, Maria Rita. Incidência de acidentes do trabalho não-fatais em localidade do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2): 387-393, 2006.

COSTA, Luiz Flávio de Carvalho. Trabalhadores rurais no processo político brasileiro. In: Luiz Flávio de Carvalho Costa (Org.). *O Congresso Nacional Camponês*. Rio de Janeiro: Edur e Sociedade do Livro, 1994a.

_____. A construção da rede sindical rural no Brasil pré-1964. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 2: 67-68, junho, 1994b.

_____. *Sindicalismo rural brasileiro em construção*. Rio de Janeiro: Forense Universitária e Edur, 1996.

_____. MARINHO, Ricardo José de Azevedo. A formação do moderno sindicalismo dos trabalhadores rurais no Brasil In: COSTA, Luiz Flávio de Carvalho, FLEXOR, Georges e SANTOS, Raimundo (Organizadores). *Mundo rural brasileiro: ensaios interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Mauá X; Seropédica, RJ: EDUR, 2008.

_____. MARINHO, Ricardo José de Azevedo. A constitucionalização do sindicalismo rural brasileiro. In: MOREIRA, Roberto José; BRUNO, Regina Landim (Org.). *Dimensões rurais de políticas brasileiras*. Rio de Janeiro e Seropédica: Mauad X e Edur, 2010.

CPNR. Ministério do Trabalho. Ata da 1ª reunião ordinária da Comissão Permanente Nacional Rural – CPNR. 15 de Outubro de 2001. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_rural_atas15102001.pdf. Último acesso em: 26 de março de 2013.

CPNR; GTTR. Ministério do Trabalho. Ata da 3ª reunião ordinária da Comissão Permanente Nacional Rural e 1ª reunião do Grupo de Trabalho Tripartite – GTTE. 11 de dezembro de 2001. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_rural_atas11122001.pdf. Último acesso em: 26 de março de 2013.

CPNR. Ministério do Trabalho. Ata da 18ª reunião ordinária. 28 de novembro de 2007. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_rural_atas01811282007.pdf. Último acesso em: 26 de março de 2013.

VAROLLA, Antenor J.; STEPHAN, Celso. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], 21(5): 1574-1583, 2005.

DELGADO, Guilherme. *Previdência rural: relatório de avaliação socioeconômica*. Brasília: IPEA, 1997 (texto para discussão, 477).

DIEESE; MDA; NEAD. *Estudo sobre as Convenções Coletivas da categoria canavieira: São Paulo, Pernambuco e Goiás, 1989-2005*. Brasília: MDA; São Paulo: DIEESE, 2007.

DURKHEIM, Émile. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FARIA, Neice Müller Xavier; FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Ana Claudia G.; TOMASI, Elaine. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1): 115-128. Jan/Mar, 2000.

FEHLBERG, Marta Fernanda; SANTOS, Iná Silva dos; TOMASI, Elaine. Acidentes de trabalho na zona rural de Pelotas, Rio de Grande do Sul, Brasil: um estudo transversal de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(6): 1375-1381, nov-dez, 2001.

FERRAZ, Lygia Helena Valle da Costa. *O SUS, o Datasus e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

FERREIRA Leda Leal; GONZAGA, Maria Cristina. *Reuniões entre FUNDACENTRO e Representações Sindicais dos Trabalhadores no Setor Sucroalcooleiro em 2006*. Relatório – FUNDACENTRO, 2006. Disponível em <<http://www.fundacentro.gov.br>>. Acesso em 10 de Julho de 2010, 20:07.

FERREIRA Leda Leal; GONZAGA, Maria Cristina; DONATELLI, Sandra; BUSSACOS, Marco Antonio. *Análise Coletiva do Trabalho dos Cortadores de Cana da Região de Araraquara*. São Paulo: FUNDACENTRO, 2008.

FERREIRA Leda Leal; GONZAGA, Maria Cristina; NOVAES, José Roberto. *Dissolvendo a Neblina: O Encontro dos Trabalhadores Canavieiros da Região Sudeste: Saúde, Direito, Trabalho*. São Carlos, 26 a 28 de Outubro de 2004. Relatório – FUNDACENTRO, 2004. Disponível em <<http://www.fundacentro.gov.br>>. Acesso em 10 de Julho de 2010, 20:05.

FIGUEIRA, Ricardo Rezende; PRADO, Adonia Antunes. Trabalho escravo por dívida e condições degradantes na área da saúde. In: *Saúde e direitos humanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

FILHO, Hélio Rodrigues Corrêa. O Fator Acidentário Previdenciário como instrumento epidemiológico de controle de riscos do trabalho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4): 432-439, 2005.

FREDERICO, Nilce Terezinha; MARCHINI, Júlio Sérgio. OLIVEIRA, José Eduardo Dutra de. Alimentação e Avaliação do Estado Nutricional de Trabalhadores Migrantes Safristas na Região de Ribeirão Preto, SP (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, S. Paulo, 18: 375-8, 1984.

FREYRE, Gilberto. *Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. São Paulo: Global, 2006.

_____. *Sociologia da Medicina*. São Paulo: É Realizações, 2009.

GONZAGA, Maria Cristina. *O uso dos equipamentos individuais de proteção e das ferramentas de trabalho no corte manual da cana-de-açúcar*. São Paulo: Fundacentro, 2002.

_____. *O uso de luvas de proteção no corte manual de cana-de-açúcar*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Agrícola, 2004.

GONZAGA, Maria Cristina; BUSSACOS, Marco Antonio; SILVA, Monica Alves da; FERREIRA, Leda Leal. *Estudo das Comunicações de Acidentes de Trabalho na Região de Catanduva – 1995/1996*. São Paulo: Fundacentro, 1997.

GONZAGA, Maria Cristina; FUNES ABRAHÃO, Roberto; BRAUNBECK, Oscar Antonio. O uso das luvas de proteção no corte manual de cana-de-açúcar. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 30(111): 36-41, 2005.

GTTR. Ministério do Trabalho. Ata da 11ª reunião. 25 a 26 de junho de 2003. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_rural_atas25e26062003.pdf. Último acesso em: 26 de março de 2013.

_____. Ministério do Trabalho. Ata da 17ª reunião. 2 de junho de 2004. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_rural_atas01602052004.pdf. Último acesso em: 26 de março de 2013.

GULLAR, Ferreira. O Açúcar. In: *Dentro da noite veloz*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

IWAMOTO, Helena Hemiko; CAMARGO, Fernanda Carolina de; TAVARES, Laureni Conceição; MIRANZI, Sybelle de Souza Castro. Acidentes de trabalho fatais e a qualidade das informações de seus registros em Uberaba, em Minas Gerais e no Brasil, 1997 a 2006. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional*, São Paulo, 36(124): 208-215, 2011.

JUNIOR, João Baptista Risi. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA: Dez anos de desenvolvimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

LAAT, Erivelton Fontana de; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; SILVA, Alessandro José Nunes da. Impacto sobre as condições de trabalho: o desgaste físico dos cortadores de cana-de-açúcar. In: BNDES. *Impactos da Indústria Canavieira no Brasil. Poluição atmosférica, ameaça a recursos hídricos, riscos para a produção de alimentos, relações de trabalho atrasadas e proteção insuficiente à saúde dos trabalhadores*. Plataforma BNDES; IBASE: 2008.

LAAT, Erivelton Fontana de; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia. Desgaste fisiológico dos cortadores de cana-de-açúcar e a contribuição da ergonomia na saúde do trabalhador. *Revista digital efdeportes* (disponível em: www.efdeportes.com), Buenos Aires, ano 12, N. 111, 2007.

LÊNIN, Vladimir Ilitch. *O Desenvolvimento do Capitalismo na Rússia*. São Paulo: Nova Cultural, 1988, volumes 1 e 2.

LIMA, Bruno Gil de Carvalho. A perícia médica do INSS e o reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador. In: MACHADO, Jorge; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderley (Orgs.). *Saúde e trabalho no Brasil. Uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LIMA, Claudia Rizzo de Araujo; LEAL, Carlos Dias; DIAS, Ezequiel Pinto; GONZALEZ, Francisco Lois; SANTOS, Haroldo Lopes dos; SILVA, Márcia Elizabeth Marinho da; SERPA, Nilo Sylvio Costa. Departamento de Informática do SUS – DATASUS: A experiência de disseminação de informações em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

LIMA, Cristiane Queiroz Barbeiro; GONZAGA, Maria Cristina. *Análise de luvas de proteção usadas no corte manual da cana-de-açúcar*. São Paulo: Fundacentro, 2011.

LIMA, Rosângela da Costa; Victora, César Gomes; DALL'AGNOL, Marinel; FACCHINI, Luiz Augusto; FASSA, Anaclaudia. Associação entre as características individuais e sócio-econômicas e os acidentes do trabalho em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 15(3). Julho/Setembro, 1999.

LOPES, Júlio Aurélio Vianna. *A Carta da democracia. O processo constituinte da ordem pública de 1988*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2008.

LUCCA, Segio R. de; MENDS, René. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. *Rev. Saúde Pública*, 27(3): 168-176, 1993.

LUNA, Lara. “Fazer viver e deixar morrer”. A má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, Jessé. *A ralé brasileira. Quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

MACEDO, Conceição de Maria Mendes. *Trabalhadores da Cana-de-Açúcar de Campos dos Goytacazes: Estratégias de Sobrevivência na Entressafra*. Dissertação de Mestrado. Campos dos Goytacazes: Universidade Cândido Mendes, 2007.

MACHADO, Jorge; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderley (Orgs.). *Saúde e trabalho no Brasil. Uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MAGALHÃES, Mário; SILVA, Joel. O Submundo da Cana. *Folha de São Paulo*. São Paulo, domingo, 24 de Agosto, 2008.

MAIA, Teresa Cristina Amendola. Informações e controle da “Comunicação de Acidentes do Trabalho – CAT” segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social. In: *Anais do seminário nacional “Estatísticas sobre doenças e acidentes do trabalho no Brasil: situação e perspectivas”*. São Paulo: Prodat & Fundacentro, 2000.

MARINHO, Ricardo José de Azevedo. *Ministério Público do Trabalho & Sindicalismo Rural no Brasil*. Tese de Doutorado. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, 2011.

MARTINEZ, Edward G.; VILANOVA, Maria Cristina T.; JORGE, Miguel T.; RIBEIRO, Lindioneza A. Aspectos epidemiológicos do acidente ofídico no Vale do Ribeira, São Paulo, 1985 a 1989. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11 (3): 511-515, jul-set, 1995.

MARTINS, José de Souza. *Os camponeses e a política no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. *A política do Brasil: lúmpem e místico*. São Paulo: Contexto, 2011.

MELO, Luiz Eduardo Alcântara de; PRADO, Rogério Ruscitto do. A aplicação da metodologia do FAP. In: TODESCHINI, Remígio; CODO, Wanderley (Orgs.). *Novo seguro de acidente. Novo FAP*. São Paulo: LTr, 2009.

MELO, Luiz Eduardo Alcântara de. Precedentes do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – Ntep. In: MACHADO, Jorge; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderley (Orgs.). *Saúde e trabalho no Brasil. Uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MENDONÇA, Maria Luisa; MELO, Marluce. (2008), Monocultura da cana-de-açúcar cresce, e exploração dos trabalhadores aumenta. *Brasil de Fato*, fevereiro, 2008.

MENEZES, Marilda Aparecida de; SILVA, Marcelo Satrunino da; COVER, Maciel. Os Impactos da mecanização da colheita da cana-de-açúcar sobre os trabalhadores migrantes. *Idéias*, Campinas (SP), 2, 1º semestre, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. *DATASUS: Trajetória 1991-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. *Anamnese ocupacional: manual de preenchimento da Ficha Resumo de atendimento ambulatorial em saúde do trabalhador (Firaast)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *Manual do Sistema de Informação Ambulatorial*. Brasília: Ministério da Saúde, Volume III, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, 6^a edição.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b, 6^a edição.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO*. Brasília: MTE, SPPE, 2010.

MORAES, Márcia Azanha Ferraz Dias de. O Mercado de Trabalho da Agroindústria Canavieira: Desafios e Oportunidades. *Econ. Aplic.*, São Paulo, 11(4): 605-19. out-dez, 2007.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. *Curso de direito do trabalho*. São Paulo: Saraiva, 2013.

NETO, Dácio de Lyra Rabello; GLATT, Ruth; SOUZA, Carlos Augusto Vaz de; GORLA, Andressa Christina; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. As fontes de informação do Sistema Único de Saúde para a saúde do trabalhador. In: CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes Santos (Orgs.). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011.

NEVES, Delma Pessanha. *Os Fornecedores de Cana e o Estado Intervencionista*. Niterói: EDUFF, 1997.

_____. Trabalho agrícola: gênero e saúde. *Antropolítica: revista contemporânea de antropologia e ciência política*. Niterói, EdUFF, n. 7, 1999.

_____. Norte Fluminense: Índices de Pobreza e Reivindicações Políticas. *Revista Rio de Janeiro*, 18-19, jan-dez, 2006.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa. *Estudo referente à utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) nos Sistemas de Informação em Saúde*. OPAS; OMS, 2002.

NOVAES, José Roberto Pereira. Campeões de Produtividade: Dores e Febres nos Canaviais Paulistas. *Estudos Avançados*, 21(59), 2007.

_____. Trabalho nos canaviais. Os jovens entre a enxada e o facão. *Ruris*, 3(1), 2009.

NOZOE, Nelson Hideiki; BIANCHI, Ana Maria; RONDET, Ana Cristina Ablas. A nova Classificação Brasileira de Ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. *São Paulo em Perspectiva*, 17(3-4): 234-246, 2003.

OLIVEIRA, Maria Elisa Paula de; SOARES, Maria Raquel de Aquino Lima; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; MOTA, Eduardo Luiz Andrade. Avaliação da Completitude dos

registros de febre tifoide notificados no SINAN pela Bahia. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 18(3): 219-226, jul-set, 2009.

OLIVEIRA, Paulo Rogério Albuquerque de. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário*. In: Nota Técnica nº 12/2005/MPS/SPS/CGEP. Brasília, 29 de Abril de 2005.

_____. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador*. Tese de Doutorado. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2008.

_____. BARBOSA-BRANCO, Anaderch. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP. Fator Acidentário de Prevenção – FAP. Um novo olhar sobre a saúde do trabalhador*. São Paulo: LTr, 2009.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. Estrutura normativa da segurança e saúde do trabalhador no Brasil. *Rev. Trib. Reg. Trabalho*, Belo Horizonte, 45(75), 2007.

PARRA, Tatiane Vendramini. *O adoecimento dos trabalhadores no processo de trabalho: a situação dos cortadores de cana na região de Monte Aprazível – SP*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Franca: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2009.

PEREIRA, Eduardo da Silva. Ministério da Previdência Social: fontes de informação para a saúde e segurança do trabalhador no Brasil. In: CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes Santos (Orgs.). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2^a ed., 2008.

RIBEIRO, Helena; FICARELLI, Thomas Ribeiro de Aquino. Queimadas nos Canaviais e Perspectivas dos Cortadores de Cana-de-Açúcar em Macatuba, São Paulo. *Saúde Soc.* São Paulo, 19(1): 48-63, 2010.

RIBEIRO, Helena; PESQUERO, Célia. Queimadas de Cana-de-Açúcar: Avaliação de Efeitos na Qualidade do ar e na Saúde Respiratória de Crianças. *Estudos Avançados*, 24 (68), 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. *Plano Diretor de Regionalização*. Rio de Janeiro, 2002.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, Andréa Presas. Dissídios coletivos: modificações introduzidas pela Emenda Constitucional nº 45/2004. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 11, n. 996, 24 mar. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8147>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Maria Helena Palucci; HONG, Oi-Saeng. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do corte da cana-de-açúcar no Brasil. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 44(4): 974-979, 2010.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. Poverty as a Predisposing Factor of Illness Tendencies in Sugar Cane Workers. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15: 736-41, 2007.

RODRIGUES, Alan; NAGAMINE, Hélcio. A Morte por trás do Etanol. *Revista Istoé*, 28 de Março, 2007.

SALIM, Celso Amorim. Estatísticas sobre doenças e acidentes do trabalho no Brasil: limites e possibilidades. In: *Anais do seminário nacional “Estatísticas sobre doenças e acidentes do trabalho no Brasil: situação e perspectivas”*. São Paulo: Prodat & Fundacentro, 2000.

SANTANA, Vilma Sousa. Bases epidemiológicas do Fator Acidentário Previdenciário. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4): 440-453, 2005.

_____. ARAÚJO-FILHO, José Bouzas; SILVA, Marlene; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, Paulo Rogério; BARBOSA-BRANCO, Anadergh; NOBRE, Letícia Coelho da Costa. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11): 2642-2652, nov, 2007.

SANTOS, Adolfo Roberto Moreira. O Ministério do Trabalho e Emprego e a saúde e segurança no trabalho. In: CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes Santos (Orgs.). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011.

SANTOS, Ubiratan de Paula; FILHO, Victor Wünsch; CARMO, José Carlos do; SETTIMI, Maria Maeno; URQUIZA, Sérgio Destefani; HENRIQUES, Cláudio Maierovitch P. Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes do trabalho: experiência na Zona Norte do Município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, 24(4), Agosto, 1990.

SCHLOSSER, José Fernando; DEBIASI, Henrique; PARCIANELLO, Geovano; RAMBO, Lisandro. Caracterização dos acidentes com tratores agrícolas. *Ciência Rural*, Santa Maria, 32(6): 977-981, 2002.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida; EID, Farid; VIAN, Carlos Eduardo de Freitas; SILVA, Paulo Roberto Correia da. Novas Tecnologias e Saúde do Trabalhador: a Mecanização do Corte da Cana-de-açúcar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(1): 147-161. jan-mar, 1999.

SERAFIM, José Américo. Dados sobre a saúde do trabalhador segundo o DATASUS/MS. In: *Anais do seminário nacional “Estatísticas sobre doenças e acidentes do trabalho no Brasil: situação e perspectivas”*. São Paulo: Prodat & Fundacentro, 2000.

SILVA, Maria Aparecida Moraes; MARTINS, Rodrigo Constante. A Degradação Social do Trabalho e da Natureza no Contexto da Monocultura Canavieira Paulista. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, n. 24: 196-240. mai-ago, 2010.

SILVA, Maria Aparecida de Moraes; MARTINS, Rodrigo Constante; OCADA, Fábio Kazuo; GODOI, Stela; MELO, Beatriz Medeiros de; VETTORACCI, Andréia; BUENO, Juliana Dourado; RIBEIRO, Jadir Damião. Do Karoshi no Japão à Birôla no Brasil: as Faces do Trabalho no Capitalismo Mundializado. *Revista Nera*, Ano 9, n. 8. jan-jun, 2006.

SILVA, Renata Bastos; MARINHO, Ricardo J. A. La singularidad brasileña de los 7 ensayos, 80 años. In: Sandro Mariátegui Chiappe. (Org.). *Ponencias del Simposio Internacional 7 ensayos: 80 años*. Lima: Librería Editorial Minerva, 2009, pp. 425-428.

SILVEIRA, Cristiane Aparecida; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; MARZIALE, Maria Helena Palucci; DALRI, Maria Célia Barcellos. Acidente de trabalho entre trabalhadores rurais e da agropecuária identificados através de registros hospitalares. *Ciênc. cuid. Saúde*, 4(2): 120-128. maio-ago, 2005.

SMIDERLE, Dilcêa de Araújo Vieira. *O Multiforme Desafio do Setor Sucroalcooleiro de Campos dos Goytacazes (RJ)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro Darcy Ribeiro (UENF). Campos dos Goytacazes, 2009.

SORATTO, Lúcia; PRADO, Rogério Ruscitto do; MELO, Luiz Eduardo Alcântara de; SOARES, Maria Paula Alves. Radiografia do FAP: a distribuição de *bonus* e *malus* pelos setores econômicos no Brasil. In: TODESCHINI, Remígio; CODO, Wanderley (Orgs.). *Novo seguro de acidente. Novo FAP*. São Paulo: LTr, 2009.

SOUZA, Carlos Augusto Vaz de; FREITAS, Carlos Machado de. Perfil dos acidentes de trabalho em refinaria de petróleo. *Rev. Saúde Pública*, 36(5): 576-583, 2002.

SOUZA, Wayner Vieira de; DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos. Notificação vompulsória de doenças e agravos no Brasil: um breve histórico sobre a criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

SZMRECSÁNYI, Tamás. *O planejamento da agroindústria canavieira do Brasil (1930-1975)*. São Paulo: HUCITEC, Universidade Estadual de Campinas, 1979.

_____. MOREIRA, Eduardo Pestana. O desenvolvimento da agroindústria canavieira do Brasil desde a segunda guerra mundial. *Estudos Avançados*, 11(5), 1991.

_____. RAMOS, Pedro; RAMOS FILHO, Luiz Octávio; VEIGA FILHO, Alceu de Arruda. *Dimensões, riscos e desafios da atual expansão canavieira*. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2008 (Texto para discussão, 32).

TEIXEIRA, Monica La Porte; FREITAS, Rosa Maria Vieira de. Acidentes do trabalho rural no interior paulista. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2): 81-90, 2003.

TODESCHINI, Remígio; CODO, Wanderley (Orgs.). *Novo seguro de acidente. Novo FAP*. São Paulo: LTr, 2009.

_____. CODO, Wanderley; LINO, Domingos. Fundamentos jurídicos da tarifação coletiva accidentária e individual (FAP). Histórico e evolução legislativa. Mudanças metodológicas. In: TODESCHINI, Remígio; CODO, Wanderley (Orgs.). *Novo seguro de acidente. Novo FAP*. São Paulo: LTr, 2009.

_____. LINO, Domingos. A importância social do Ntep e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In: MACHADO, Jorge; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderley (Orgs.). *Saúde e trabalho no Brasil. Uma revolução silenciosa. O NTEP e a Previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. LINO, Domingos; MELO, Luiz Eduarda Alcântara de. O Ministério da Previdência Social e a institucionalidade no campo da saúde do trabalhador. In: CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes Santos (Orgs.). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011.

VILELA. *Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho*. São Paulo: LTr, 2003.

WALDVOGEL, Bernadette Cunha. Vidas roubadas no exercício do trabalho. *São Paulo Perspec.* São Paulo, 13 (3): 126-136. Julho/Setembro, 1999.

WERNECK VIANNA, Luiz Jorge. *A transição. Da constituinte à sucessão presidencial*. Rio de Janeiro: Revan, 1989.

_____. 1964. *Estudos Sociedade e Agricultura*. Rio de Janeiro, CPDA/UFRRJ, 2, 1994.

_____. Apresentação. In: COSTA, Luiz Flavio de Carvalho. *Sindicalismo rural brasileiro em construção*. Rio de Janeiro: Forense Universitária e Edur, 1996.

_____. *Liberalismo e Sindicato no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

_____. Apresentação. In: WERNECK VIANNA, Luiz Jorge (Org.). *A democracia e os Três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ, 2002.

_____. *A Revolução Passiva. Iberismo e americanismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

WERNECK VIANNA, Maria Lucia Teixeira. *A americanização (perversa) da segurança social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998, 2^a edição novembro de 2000.

ANEXOS

A. Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT do Ministério da Previdência



Comunicação de acidente de trabalho - CAT

1- Emitente <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Sindicato <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Segurado ou dependente <input type="radio"/> Autoridade pública					
2- Tipo de CAT <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Reabertura <input type="radio"/> Comunicação de óbito					
I - EMITENTE					
Empregador					
3 - Razão Social / Nome <input type="text"/>					
4- Tipo <input type="radio"/> CGC/CNPJ <input type="radio"/> CEI <input type="radio"/> CPF <input type="radio"/> NIT			5- CNAE <input type="text"/>	6 - Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>	
Complemento <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7 - Município <input type="text"/>	8 - UF Selecione ▼	9 - Telefone <input type="text"/>
Acidentado					
10 - Nome <input type="text"/>					
11 - Nome da mãe <input type="text"/>					
12 - Data de Nascimento <input type="text"/>	13 - Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	14 - Estado Civil <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Ignorado			
15 - CTPS - Nº / Série / Data de Emissão <input type="text"/>	16 - UF Selecione ▼	17 - Remuneração Mensal R\$ <input type="text"/>			
18 - Carteira de Identidade (RG) <input type="text"/>	Data de Emissão <input type="text"/>	Orgão Expedidor <input type="text"/>	19 - UF Selecione ▼	20 - PIS / PASEP / NIT <input type="text"/>	
21 - Endereço - Rua / AV <input type="text"/>					
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	22 - Município <input type="text"/>	23 - UF Selecione ▼	24 - Telefone <input type="text"/>	
25 - Nome da Ocupação <input type="text"/>			26 - CBO (consulte CBO) <input type="text"/>		
27 - Filiação à Previdência Social <input type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Tra. Avulso <input type="radio"/> Seg. especial <input type="radio"/> Médico Residente			28 - Aposentado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	29 - Áreas <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	

Acidente ou Doença				
30 - Data de Acidente <input type="text"/>	31 - Hora do Acidente <input type="text"/>	32 - Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>	33 - Tipo <input type="radio"/> Típico <input checked="" type="radio"/> Doença <input type="radio"/> Trajeto	34 - Houve afastamento? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
35 - Último dia trabalhado <input type="text"/>	36 - Local do acidente <input type="text"/>	37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>	38 - CGC / CNPJ <input type="text"/>	39 - UF Selecionar ▾
40 - Município do local do acidente <input type="text"/>	41 - Parte do corpo <input type="text"/>	42 - Agente causador <input type="text"/>		
43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença <input type="text"/>	44 - Houve registro policial? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	45 - Houve morte? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não		
Testemunhas				
46 - Nome <input type="text"/>	47 - Endereço - Rua / Av / nº / comp. <input type="text"/>	48 - Município <input type="text"/>	49 - UF Selecionar ▾	Telefone <input type="text"/>
50 - Nome <input type="text"/>	51 - Endereço - Rua / Av / nº / comp. <input type="text"/>	52 - Município <input type="text"/>	53 - UF Selecionar ▾	Telefone <input type="text"/>
Local e Data <input type="text"/>		Assinatura e carimbo <hr/>		

II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento			
54 - Unidade de Atendimento médico	55 - Data	56 - Hora	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Lesão			
60 - Descrição e natureza da lesão <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			
Diagnóstico			
61 - Diagnóstico provável		62 - CID-10	
63 - Observações <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			
Local e Data		Assinatura e carimbo do médico com CRM	
III - INSS			
64 - Recebida em	65 - Código da unidade	66 - Número do CAT	Notas:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 - A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.	
67 - Matrícula do Servidor			Assinatura do servidor
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO			

quebra de página

Fonte: Ministério da Previdência Social.

B. Laudo Para Autorização de Internação Hospitalar – Sistema Único de Saúde

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			15 - UF			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			16 - CEP			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)						
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE		
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - EMPREGADO		44 - AUTÔNOMO		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - EMPREGADOR		44 - DESEMPREGADO		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - AUTÔNOMO		44 - DESEMPREGADO		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - DESEMPREGADO		44 - APOSENTADO		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - APOSENTADO		44 - NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO			46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Fonte: Retirado de: <http://sihd.datasus.gov.br>. Acesso em 24 de Dezembro de 2012.

C. Legislação e normas citadas (por ordem cronológica)

BRASIL. Decreto n. 22.872, de 29 de Junho de 1933. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providencias. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22872-29-junho-1933-503513-publicacaooriginal-1-pe.html>. Último acesso em: 26/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 24.637, de 10 de Julho de 1934. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24637-10-julho-1934-505781-publicacaooriginal-1-pe.html>. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Decreto-lei n. 3.855, de 21 de novembro de 1941. Estatuto da Lavoura Canavieira. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3855.htm. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5.542, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Decreto-lei n. 6.969, de 19 de outubro de 1944. Dispõe sobre os fornecedores de cana que lavram terra alheia e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del6969.htm. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Decreto-Lei n. 7.038, de 10 de Novembro de 1944. Dispõe sobre a sindicalização rural. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del7038.htm. Último acesso em: 4/3/2013.

BRASIL. Decreto-Lei n. 9.827, de 10 de setembro de 1946. Dispões sobre a produção açucareira e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del9827.htm. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Lei n. 3807, de 26 de Agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm. Último acesso em: 25/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 51.104, de 1 de Agosto de 1961. Cria o Fundo de Recuperação da Agro-Indústria Canavieira e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-51104-1-agosto-1961-390628-publicacaooriginal-1-pe.html>. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Conselho de Ministros. Decreto n. 156, de 17 de novembro de 1961. Cria no Instituto do Açúcar e do Álcool o Fundo de Consolidação e Fomento da Agroindústria Canavieira e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decmin/1960-1969/decretodoconselhodeminstros-156-17-novembro-1961-355931-publicacaooriginal-1-pe.html>. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Lei n. 4.214, de 2 de Março de 1963. Dispõe sobre o “Estatuto do Trabalhador Rural”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4214.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Lei n. 4.870, de 1 de dezembro de 1965. Dispõe sobre a produção açucareira, a receita do Instituto do Açúcar e do Álcool e sua aplicação, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4870.htm. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Decreto-Lei n. 72, de 21 de Novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm. Último acesso em: 26/2/2013.

BRASIL. Decreto-Lei n. 276, de 28 de Fevereiro de 1967. Altera os dispositivos da Lei n. 4.214, de 2 de Março de 1963, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0276.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Decreto-Lei n. 564, de 1 de Maio de 1969. Estende a previdência social a empregados não abrangidos pelo sistema geral da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1969/564.htm>. Último acesso em: 27/2/2013.

BRASIL. Lei Complementar n. 11, de 25 de Maio de 1971. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp11.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Lei n. 5.889, de 8 de junho de 1973. Estatui as normas reguladoras do trabalho rural. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5889.htm. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Lei n. 6.125, de 4 de Novembro de 1974. Autoriza o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6125.htm. Último acesso em: 21/2/2013.

BRASIL. Lei n. 6.195, de 19 de Dezembro de 1974. Atribui ao FUNRURAL a concessão de prestações por acidente de trabalho. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6195.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Lei n. 6.229, de 17 de Julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 76.593, de 14 de novembro de 1975. Institui o Programa Nacional do Álcool e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-76593-14-novembro-1975-425253-publicacaooriginal-1-pe.html>. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Lei n. 6.439, de 1º de Setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Lei n. 6.514, de 22 de Dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6514.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial n. 5, de 11 de Março de 1980. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 de Março de 1980. Seção I, Parte I, p. 443.

BRASIL. Decreto n. 94.657, de 20 de Julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria n. 3.067, de 12 de abril de 1988. Aprova Normas Regulamentadoras Rurais – NRR do art. 13 da Lei n.º 5.889, de 05 de junho de 1973, relativas à Segurança e Higiene do Trabalho Rural. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C12AA70012C13CA20D117EB/p_19880412_3067.pdf. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei n. 7.787, de 30 de Junho de 1989. Dispõe sobre alterações na legislação de custeio da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7787.htm. Último acesso em: 27/12/2012.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução n. 23, de 29 de Dezembro de 1989. Estabelece normas e sistematiza a descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho. Disponível em: <http://www.proaudiobh.com.br/legislacao.php?idlegislacao=34>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei n. 8.028, de 12 de Abril de 1990. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8028.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 99.350, de 27 de Junho de 1990. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) define sua estrutura básica e o Quadro Distributivo de Cargos e Funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas Unidades Centrais e dá outras providências.

Disponível

em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99350.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 99.438, de 7 de Agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99438.htm.

Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Presidência da República. Mensagem de veto nº 680, de 19 de Setembro de 1990. *Diário Oficial de União*, Brasília, DF, 20 de Setembro de 1990. Seção I, pp. 18068-18071. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=14&totalArquivos=176>. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução n. 258, de 7 de Janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica n. 01/1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 de Janeiro de 1991. Seção I, pp. 641-643. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=49&data=10/01/1991>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução n. 273, de 17 de Julho de 1991. Reedita a Norma Operacional Básica n. 01/1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 de Julho de 1991. Seção I, pp. 14216-14219. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=18/07/1991&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=208>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei n. 8.212, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria n. 234, de 7 de Fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do SUS para o ano de 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho; Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Secretaria de Administração Federal da Presidência da República. Portaria Interministerial n. 1, de 20 de Abril de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 74, 22 de Abril de 1993. Seção 1, p. 5231. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=83&data=22/04/1993>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de Maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, no 96, 24 de Maio de 1993. Seção I, pp. 6961-6965. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/05/1993&jornal=1&pagina=9&totalArquivos=56>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social (Secretaria de Assistência à Saúde). Portaria n. 119, de 9 de Setembro de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 176, 15 de Setembro de 1993. Seção 1, p. 13796. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=80&data=15/09/1993>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social / Diretoria do Seguro Social. Ordem de serviço n. 329, de 26 de Outubro de 1993. Disciplina o procedimento operacional no estabelecimento do nexo causal pela perícia médica, nos casos de acidentes do trabalho e/ou doenças ocupacionais e a integração com outros setores envolvidos. Disponível em: <http://www.usp.br/drh/novo/legislacao/doe1996antigos/ordemservinss329-1993.pdf>. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho; Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social. Portaria Interministerial n. 18, de 11 de Novembro de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 216, 12 de Novembro de 1993. Seção 1, p. 17083. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=51&data=12/11/1993>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.163, de 29 de Dezembro de 1994. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 1, 2 de Janeiro de 1995. Seção 1, p. 47. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=47&data=02/01/1995>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social. Portaria Interministerial n. 11, de 4 de Julho de 1995. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 128, 6 de Julho de 1995. Seção 1, p. 10025. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=06/07/1995&jornal=1&pagina=17&totalArquivos=44>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Saúde). Resolução n. 163, de 28 de Setembro de 1995. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 194, 9 de Outubro de 1995. Seção 1, pp. 15821-15822. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=09/10/1995&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=64>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 14, de 13 de Fevereiro de 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 33, 15 de Fevereiro de 1996. Seção 1, p. 2643. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=35&data=15/02/1996>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de Novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 216, 6 de Novembro de 1996. Seção I, pp. 22932-22940. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=06/11/1996&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=96>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.335, de 4 de Dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 236, 5 de Dezembro de 1996. Seção I, pp. 25915-25916. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=71&data=05/12/1996>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.390, de 11 de Dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 241, 12 de Dezembro de 1996. Seção I, pp. 26817-26818. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=29&data=12/12/1996>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância Sanitária). Portaria n. 168, de 5 de Maio de 1997. *Diário Oficial de União*, Brasília, DF, nº 85, 7 de Maio de 1997. Seção 1, p. 9144. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=81&data=07/05/1997>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 820, de 25 de Junho de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 120, 26 de Junho de 1997. Seção I, p. 13223. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=99&data=26/06/1997>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho; Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial n. 7, de 25 de Julho de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 142, 28 de Julho de 1997. Seção I, p. 16129. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=41&data=28/07/1997>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde). Portaria n. 142, de 13 de Novembro de 1997. Dispões sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, em casos com quadro compatível com causas externas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 222, 17 de Novembro de 1997. Seção 1, p. 26499. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=17/11/1997>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.882, de 18 de Dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 247-E, 22 de Dezembro de 1997. Seção 1, pp. 10-11. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=22/12/1997&jornal=1&pagina=10&totalArquivos=299>. Último acesso em: 20/2/2013.

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, DF, nº 132, 14 de Julho de 1998. Seção I, pp. 28-30. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=60&data=14/07/1998>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Conselho Nacional da Previdência Social. Resolução n. 1.101, de 16 de Julho de 1998. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/MPAS-CNPS/1998/1101.htm>. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.356, de 30 de Julho de 1998. Define as atribuições do CENEPI/FNS/MS e DATASUS/SE/MS no que se refere aos sistemas de informações sobre mortalidade – SIM, sobre nascidos vivos – SINASC, de agravos de notificação – SINAN. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 147, 4 de Agosto de 1998. Seção 1, pp. 53-54. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=81&data=04/08/1998>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908, de 30 de Outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 215-E, 10 de Novembro de 1998. Seção I, pp. 17-18 Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=17&data=10/11/1998>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Portaria n. 3.947, de 25 de Novembro de 1998. Aprova atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 227-E, 26 de Novembro de 1998. Seção I, p. 18. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=115&data=25/11/1998>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Segurança e Saúde. Portaria n. 8, de 23 de Fevereiro de 1999. Altera a Norma Regulamentadora n.º 05, que dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e dá outras providências. Disponível em:

http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C0858EF012C1205094741E5/p_19990223_08.pdf. Último acesso em: 10/4/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n. 5.051, de 26 de fevereiro de 1999. Aprova o novo formulário "Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT". Disponível em: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-105449-762.pdf. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 3.048, de 6 de Maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em:
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3048-6-maio-1999-368532-normaactualizada-pe.html>. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.339, de 18 de Novembro de 1999. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 221-E, 19 de novembro de 1999. Seção I, pp. 21-29. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=21&data=19/11/1999>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de Janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 20-E, 29 de Janeiro de 2001. Seção I, pp. 23-31. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=29/01/2001>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de Maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 96-E. Seção 1, pp. 3-8. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=18/05/2001&jornal=1&pagina=3&totalArquivos=80>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.969, de 25 de Outubro de 2001. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 206, 26 de Outubro de 2001. Seção 1, pp. 87-93. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=87&data=26/10/2001>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 27, de Fevereiro de 2002.. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 40, 28 de Fevereiro de 2002. Seção I, pp. 52-68. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=52&data=28/02/2002>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial n. 1.570, de 29 de Agosto de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 168, 30 de Agosto de 2002. Seção I, pp. 79-89. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/08/2002&jornal=1&pagina=79&totalArquivos=224>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679, de 19 de Setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 183, 20 de Setembro de 2002. Seção 1, pp. 53-56. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=53&data=20/09/2002>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde). Portaria n. 656, de 19 de Setembro de 2002. *Diário Oficial de União*, Brasília, DF, nº 183, 20 de Setembro de 2002. Seção 1, pp. 80-81. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=80&data=20/09/2002>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde). Portaria n. 666, de 26 de Setembro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 188, 27 de Setembro de 2002. Seção 1, pp. 63-64. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=63&data=27/09/2002>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.919, de 22 de Outubro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 206, 23 de Outubro de 2002. Seção 1, p. 121. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=121&data=23/10/2002>.

Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Medida Provisória n. 83 de 12 de Dezembro de 2002. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção e dá outras providências.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas_2002/83.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei n. 10.666 de 8 de Maio de 2003. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.666.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.929, de 9 de Outubro de 2003. Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere ao Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC e ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 197, 10 de Outubro de 2003. Seção 1, p. 57. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=57&data=10/10/2003>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 408, de 17 de Outubro de 2003. *Diário Oficial da União*, nº 204, 21 de Outubro de 2003. Seção 1, pp. 33-34. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=33&data=21/10/2002>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.004, de 17 de Outubro de 2003. *Diário Oficial da União*, nº 203, 20 de Outubro de 2003. Seção 1, p.82. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=82&data=20/10/2003>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.292, de 28 de Novembro de 2003. *Diário Oficial da União*, nº 235, 3 de Dezembro de 2003. Seção 1, p. 41. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=41&data=03/12/2003>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial n. 153, de 13 de Fevereiro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 32, 16 de Fevereiro de 2004. Seção 1, pp. 40-41. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=40&data=16/02/2004>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social / Conselho Nacional de Previdência Social. Resolução n. 1.236, de 28 de Abril de 2004. Aprova proposta metodológica que trata da flexibilização das alíquotas de contribuição destinadas ao financiamento do benefício de aposentadoria especial e daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 88, 10 de Maio de 2004. Seção I, pp. 36-37. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=36&data=10/05/2004>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 777, de 28 de Abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 81, 29 de Abril de 2004. Seção 1, pp. 37-38. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=29/04/2004>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 5.063, de 3 de maio de 2004. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério do Trabalho e Emprego, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5063.htm. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Previdência Social. Resolução n. 1.253, de 24 de Novembro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 232, 3 de Dezembro de 2004. Seção 1, pp. 53-55. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=53&data=03/12/2004>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.607, de 10 de Dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde / PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 238, 13 de Dezembro de 2004. Seção 1, pp. 69-86. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=69&data=13/12/2004>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 86, de 3 de março de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 43, 4 de março de 2005. Seção 1, pp. 105-110. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=105&data=04/03/2005>. Último acesso em: 1/4/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial n. 800, de 3 de Maio de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 85, 5 de Maio de 2005. Seção 1, pp. 43-45. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=05/05/2005>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.437, de 7 de Dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 236, 9 de Dezembro de 2005. Seção 1, pp. 78-80. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=78&data=09/12/2005>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social / Conselho Nacional de Previdência Social. Resolução n. 1.269, de 15 de Fevereiro de 2006. Altera o Anexo da Resolução n. 1.236, de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 37, 21 de Fevereiro de 2006. Seção I, pp. 134-136 Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=134&data=21/02/2006>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Portaria n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 39, 23 de Fevereiro de 2006. Seção I, pp. 43-51. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=23/02/2006>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde). Portaria n. 718, de 28 de Setembro de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 189, 2 de Outubro de 2006. Seção 1, p. 72. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=72&data=02/10/2006>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde). Portaria n. 768, de 26 de Outubro de 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 207, 27 de Outubro de 2006. Seção 1, pp. 91-94. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=91&data=27/10/2006>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei n. 11.430, de 26 de Dezembro de 2006. Altera as Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória no 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nos

8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei no 10.699, de 9 de julho de 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11430.htm. Último acesso em: 19/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 321, de 8 de Fevereiro de 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais especiais – OPM do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 29, 9 de Fevereiro de 2007. Seção 1, pp. 42-44. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=42&data=09/02/2007>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 6.042, de 12 de Fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.848, de 6 de Novembro de 2007. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais especiais – OPM do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 214, 7 de Novembro de 2007. Seção 1, pp. 54-55. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=54&data=07/11/2007>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 152, de 13 de Maio de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 92, 15 de Maio de 2008. Seção 1, p. 78. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=78&data=15/05/2008>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 327, de 17 de Fevereiro de 2009. Institui o Comitê de Informação e Informática em Saúde – CIINFO/MS , no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, nº 36, 20 de Fevereiro de 2009. Seção 1, pp. 43-44. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=20/02/2009>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social / Conselho Nacional de Previdência Social. Resolução n. 1.308, de 27 de Maio de 2009. Substitui o Anexo da Resolução MPS/CNPS n. 1.269, de 2006, em todos os aspectos relativos ao cálculo do Fator Acidentário de Prevenção, excetuando-se os aspectos relativos ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 106, 5 de Junho de 2009. Seção I, pp. 124-125. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=124&data=05/06/2009>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social / Conselho Nacional de Previdência Social. Resolução n. 1.309, de 24 de Junho de 2009. Altera o Anexo da Resolução MPS/CNPS Nº

1.308, de 27 de maio de 2009, que passa a vigorar acrescido dos itens anexos a esta Resolução, incluindo a taxa de rotatividade na metodologia para o cálculo do Fator Acidentário de Prevenção. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 127, 7 de Julho de 2009. Seção I, pp. 103-104. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=103&data=07/07/2009>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.466, de 14 de Outubro de 2009. *Diário Oficial da União*, nº 198, 16 de Outubro de 2009. Seção 1, p. 33. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/10/2009&jornal=1&pagina=33&totalArquivos=120>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728, de 11 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 216, 12 de Novembro de 2009. Seção 1, pp. 76-78. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=76&data=12/11/2009>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social / Conselho Nacional de Previdência Social. Resolução n. 1.316, de 31 de Maio de 2010. O Anexo da Resolução MPS/CNPS Nº 1.308, de 27 de maio de 2009, passa a vigorar com a nova redação aprovada pelo Plenário da 165^a Reunião Ordinária do CNPS, realizada em 31 de maio de 2010, anexa a esta Resolução. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 111, 14 de Junho de 2010. Seção I, pp. 84-85. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=84&data=14/06/2010>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.472, de 31 de Agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 168, 1 de Setembro de 2010. Seção 1, pp. 50-51. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=01/09/2010>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.171, de 19 de Maio de 2011. Altera a denominação Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) para Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA). *Diário Oficial de União*, Brasília, DF, nº 108, 7 de Junho de 2011. Seção 1, pp. 51-52. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=51&data=07/06/2011>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.072, de 31 de Agosto de 2011. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, nº 170, 2 de Setembro de 2011. Seção 1, pp. 93-93. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=93&data=02/09/2011>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Decreto n. 7.602, de 7 de Novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Secretaria Executiva). Portaria n. 188, de 15 de Março de 2012. Torna público o regimento interno do Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS), na forma do Anexo. *Diário Oficial da União*, nº 53, 16 de Março de 2012. Seção 1, pp. 171-172. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=171&data=16/03/2012>. Último acesso em: 20/2/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 165, 24 de Agosto de 2012. Seção 1, pp. 46-51. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=46&data=24/08/2012>. Último acesso em: 20/2/2013.