



**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva  
Curso de Especialização em Saúde Pública**



**Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores atendidos  
no Ambulatório de Saúde Ocupacional do  
Hospital das Clínicas da UFPE**

**Recife, 2006.**

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva  
Curso de Especialização em Saúde Pública**

**Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores atendidos  
no Ambulatório de Saúde Ocupacional do  
Hospital das Clínicas da UFPE**

**Projeto de Pesquisa realizado no  
Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães (CPqAM) pelas alunas  
Alline Rosiane Santos de Santana e  
Geórgia Torreão Bittencourt de  
Carvalho sob a orientação do Prof.  
Oscar Bandeira Coutinho Neto.**

**Recife, 2006.**

## RESUMO

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde, proporcionando a promoção e a proteção da saúde do trabalhador. As ações desenvolvidas têm como foco as mudanças nos processos de trabalho contemplando em toda sua complexidade, através de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. No Brasil, pode-se observar que os agravos mais encontrados relacionados às condições de trabalho são os cânceres, as doenças cardiovasculares neurológicas, as desordens musculoesqueléticas, as consequências reprodutivas, os efeitos dos campos eletromagnéticos, as doenças pulmonares, dermatológicas e hipoacusias. Dentre as doenças ocupacionais registradas, as LER/DORT têm sido nos últimos anos as mais prevalentes. Além disso, nota-se elevados níveis de sub-registro e sub-notificação, perdendo significativa parcela das Comunicações de Acidentes de Trabalho. Estas situações configuram a exigência de mais pesquisas e conhecimento para que se possam traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção. Nesta perspectiva o presente estudo se propôs avaliar o perfil epidemiológico dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco no ano de 2005. Este Ambulatório foi concebido como um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador desempenhando suas atividades de assistência, ensino e investigação. Foram realizados um estudo descritivo de corte transversal e observacional, utilizando arquivos do Ambulatório (dados secundários), através das variáveis: perfil sócio-demográfico, caracterização do trabalho e suas condições, além da identificação do tipo de agravo (diagnóstico). Em seguida, as informações coletadas sobre a saúde do trabalhador, foram analisadas quantitativamente utilizando a planilha do software Excel apresentados na forma de gráficos obtendo-se distribuições absolutas e relativas. Os resultados apontaram para um perfil epidemiológico dos trabalhadores onde predominam o sexo feminino; a faixa etária de 40 anos ou mais; os ramos de atividades classificados como serviços; as LER/DORT; o vínculo empregatício CLT; os benefícios previdenciários; os fatores de risco como: poeira, barulho e má ventilação; o uso de EPI; a presença de profissionais de segurança de trabalho na empresa; a realização de exames médicos e a sindicalização. Indicando assim, que ao ASOHC/UFPE recorrem tanto trabalhadores com doença relacionada ao trabalho ou não. Além disso, fica evidenciada a necessidade de um critério mais rigoroso com relação ao preenchimento das anamneses, bem como a notificação.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador, Perfil de Saúde, Notificação.

# SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	pág. 08
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	pág. 10
2.1. Histórico.....	pág. 10
2.2. Saúde Ocupacional X Saúde do Trabalhador.....	pág. 11
2.3. Doenças Relacionadas ao Trabalho .....	pág. 14
2.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	pág. 15
2.5. Arcabouço Jurídico Institucional.....	pág. 16
2.6. Centros Específicos para Realização do Nexo Causal entre Trabalho / Doença .....	pág. 21
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	pág. 25
3.1. Desenho do Estudo / Tipo do Estudo.....	pág. 25
3.2. Área do Estudo.....	pág. 25
3.3. Tipos e Fontes de dados / População do Estudo.....	pág. 25
3.4. Instrumentos de Coleta.....	pág. 25
3.5. Categorias de análise (variáveis).....	pág. 26
3.6. Plano de Análise dos Dados (planejamento analítico).....	pág. 26
3.7. Considerações Éticas.....	pág. 26
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	pág. 27
5. CONCLUSÕES.....	pág.38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 39
ANEXOS	

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASOHC - Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas  
Cap. - Capítulo  
CAT - Comunicações de Acidentes de Trabalho  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CEST - Centro Especializado em Saúde do Trabalhador  
CID - Classificação Internacional de Doenças  
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes  
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho  
CpqAM - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães  
COSAT - Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde  
CRSTs.- Centros de Referência em Saúde do Trabalhador  
DORT - Distúrbios Ósteomusculares Relacionados ao trabalho  
DRTE - Delegacia Regional do Trabalho e Emprego  
DRTs - Delegacia Regional do Trabalho  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
HC / UFPE - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
LEM - Laudo de Exame Médico  
LER - Lesões por Esforços Repetitivos  
MTb - Ministério do Trabalho  
NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador  
NR - Norma Regulamentadora  
NUSAT - Núcleo de Saúde do Trabalhador  
PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído  
PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador  
PST - Programas de Saúde do Trabalhador  
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador  
SES - Secretaria Estadual de Saúde

SESMT - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

ST - Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

VST - Vigilância em Saúde do Trabalhador

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo o sexo, 2005.....	27
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo faixa etária, 2005.....	28
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo ramo de atividade profissional, 2005.....	29
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo hipótese diagnóstica, 2005.....	30
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo vínculo empregatício, 2005.....	31
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo situação do trabalho, 2005.....	32
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo fatores de risco, 2005.....	33
<b>Gráfico 8-</b> Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo uso de EPI, 2005.....	34
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo presença de profissionais de segurança do trabalho na empresa, 2005.....	35
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo realização de exames médicos, 2005.....	36
<b>Gráfico 11</b> - Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo sindicalização, 2005.....	37

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente à Deus, que nos proporcionou a oportunidade de estarmos juntos nessa caminhada.

Aos nossos amados pais e irmãos, pela compreensão, força, paciência, nos ajudando a enfrentar os obstáculos da vida.

Ao Professor Doutor Oscar Bandeira Coutinho Neto, pelo tempo que disponibilizou para nos orientar.

E por fim, agradecemos aos que ajudaram na realização desta pesquisa.



## ANEXO I



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
AMBULATÓRIO DE SAÚDE OCUPACIONAL  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo as alunas Aline Rosiane Santos de Santana e Geórgia Torreão Bittencourt de Carvalho para a utilização do banco de dados para a pesquisa intitulado "*Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores Atendidos no Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da UFPE*", sob a responsabilidade do professor Oscar Bandeira Coutinho Neto, do Departamento de Saúde Ocupacional.

Recife, 29 de Setembro de 2006.

-----  
Oscar Bandeira Coutinho Neto  
Coord. do Ambulatório  
de Saúde Ocupacional HC/UFPE

Identidade:929644SDS-PE  
SIAPE: 1130447  
CPF:147335874-49  
Fone(s) para contato:21268550  
E-mail:oscarcoutinho@uol.com.br

## ANEXO II

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA (VARIÁVEIS)

1) Sexo: ( ) M ( ) F

2) Data de Nascimento:

3) Ramo de atividade Profissional:

4) Vínculo empregatício:

( ) CLT ;

( ) Estatutário;

( ) Autônomo;

( ) CLT Terceirizado;

( ) Informal.

5) Situação do trabalho:

( ) Ativo;

( ) Aux. Acidentário;

( ) Aposentado;

( ) Aux. D. Previd.;

( ) Desempregado.

6) O ambiente em que trabalha apresenta:

Calor excessivo ( ) S ( ) N

Poeiras ( ) S ( ) N

Vibrações ( ) S ( ) N

Ácidos ( ) S ( ) N

Barulho ( ) S ( ) N

Gases ( ) S ( ) N

Umidade ( ) S ( ) N

Névoa ( ) S ( ) N

Má ventilação ( ) S ( ) N

Solventes ( ) S ( ) N

Radiação ( ) S ( ) N

Fumos metálicos ( ) S ( ) N

7) Uso de equipamento de proteção? ( ) S ( ) N

8) Existem profissionais da área de segurança do trabalho na empresa? ( ) S ( ) N

9) A empresa realiza exames médicos? ( ) S ( ) N

10) É sindicalizado? ( ) S ( ) N

11) Hipótese Diagnóstica:

## 1. INTRODUÇÃO

A relação entre o trabalho e a saúde/doença - constatada desde a Antigüidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial - nem sempre se constituiu em foco de atenção. Afinal, no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Com isso, a Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde, gerando a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações que tem como foco as mudanças nos processos de trabalho contemplando as relações saúde/trabalho em toda sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

Estudos realizados por Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), afirmam que no Brasil, chegou-se a uma maior visibilidade social dos problemas que afetam a qualidade de vida da classe trabalhadora. Esta situação se agrava pela incapacidade do setor saúde do Estado em reabsorver seu papel de intervir no espaço do trabalho.

É importante salientar que no Brasil, pode-se observar uma alta prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como LER/DORT, o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, fadiga física e mental, além de elevados níveis de sub-registro e sub-notificação, perdendo significativa parcela das Comunicações de Acidentes de Trabalho (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997). Estas situações configuram a exigência de mais pesquisas e conhecimento para que se possam traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção. Portanto, essa pesquisa avaliou às seguintes questões: Qual o perfil sócio-demográfico e de que adoecem os trabalhadores? Quais os fatores de risco que mais afetam a saúde dos profissionais? Quais as características e condições relacionadas ao trabalho?

Nesta perspectiva o presente estudo avaliou o perfil epidemiológico dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas no ano de 2005. Para tanto, foram analisadas as anamneses, a partir da coleta das variáveis mais importantes relacionadas aos aspectos do trabalho.

Em sua estrutura, essa pesquisa está organizada em quatro capítulos. No primeiro é apresentado o referencial teórico que fundamentou o trabalho. No segundo, a descrição do método, mostrando os procedimentos utilizados na obtenção e análise dos dados. A apresentação e análise destes dados constituíram o terceiro capítulo. E no quarto, denominado conclusões, são apontadas as considerações reflexivas sobre o perfil epidemiológico dos trabalhadores deste estudo.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Histórico

Com o advento da Revolução Industrial, no século 18, na Inglaterra, o trabalhador "livre" para vender sua força de trabalho tornou-se presa da máquina, de seus ritmos, dos critérios da produção que satisfaziam à necessidade de acumulação rápida de capital. A organização de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores surgiu quando industriais da época, pressionados pelos prejuízos econômicos, decorrentes dos altos índices de acidentes e adoecimento determinados pelas péssimas condições de vida e trabalho e pelas reivindicações dos trabalhadores por mudanças, passaram a contratar médicos, para trabalhar no interior das unidades fabris (DIAS; HOEFEL, 2005; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente, a presença de um médico representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e um braço direito ao empresário para recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de produção. Com isso, instaurava-se a Medicina do Trabalho, centrada na figura do médico, situa-se pela teoria da unicausalidade, isto é, para cada doença, um agente etiológico. Além disso, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos, atuar sobre suas conseqüências e medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

A emergência de novos questionamentos sobre as condições de trabalho e reivindicações de mudanças capazes de garantir saúde e melhorar o ambiente e a qualidade de vida das pessoas, surgiram particularmente na Europa, nos anos 50 do século passado, sob a égide de políticas públicas desenhadas pelo *estado de bem-estar social* e a reorganização dos movimentos sociais (DIAS; HOEFEL, 2005).

As repercussões desses movimentos chegaram ao Brasil em meados dos anos 70 e com o apoio dos trabalhadores, em particular dos sindicatos e as formulações teórico-conceituais criadas pela epidemiologia social, a agenda da Reforma Sanitária Brasileira incluiu as questões de Saúde do Trabalhador. Assim, o movimento da Saúde do Trabalhador, toma forma, tendo como pontos principais: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e

gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. Desde então, a execução de ações de assistência e de vigilância da saúde para os trabalhadores, pela rede pública de serviços de saúde, vem contribuindo para o estabelecimento da Saúde do Trabalhador no país (DIAS; HOEFEL, 2005).

No Brasil, até 1988, a saúde era um benefício previdenciário restrito aos contribuintes, ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica; ou, ainda, uma ação de misericórdia oferecida por hospitais filantrópicos, a exemplo das Santas Casas. As ações executadas pelo Ministério da Saúde, as chamadas "ações de Saúde Pública", eram de caráter mais coletivo e dissociadas da atenção individual, resumindo-se a campanhas e programas de caráter preventivo, como vacinação e atenção a doenças específicas, inclusivamente, as endemias. Esse modelo de atenção à saúde contribuía para perpetuar uma péssima qualidade de vida e de saúde dos cidadãos, pois excluía o acesso da maior parte da população (BRASIL, 2005).

A configuração da saúde do trabalhador dá-se, diretamente, no âmbito do direito à saúde e como competência do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988. A saúde do trabalhador, em razão da abrangência de seu campo de ação, obrigatoriamente, exige uma abordagem intra-setorial, multiprofissional e interdisciplinar, que envolva todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, e intersetorial. Hoje, a responsabilidade pelas ações nas áreas de segurança e saúde dos trabalhadores está fragmentada em três setores de governo: Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social (BRASIL, 2005).

## **2.2. Saúde Ocupacional X Saúde do Trabalhador**

A Saúde Ocupacional surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multicausalidade, que incorpora um conjunto de fatores de risco considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Além disso, avança numa proposta da interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene "industrial", relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador e refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da

indústria nos países "industrializados" (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Devido ao deslocamento do perfil de morbidade causada pelo trabalho, houve uma mudança da vocação da saúde ocupacional, passando esta a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida" (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde do Trabalhador aponta um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, deparando-se no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. A emergência da saúde do trabalhador no Brasil pode ser identificada no início dos anos 80, através de uma trajetória própria dos movimentos sociais, marcadas por resistência, conquistas e limitações nas lutas coletivas por melhores condições de vida e de trabalho; pelo respeito/desrespeito das empresas à questionável legislação existente e pela omissão do Estado na definição e cumprimento de políticas nesse campo, bem como sua insuficiente intervenção no espaço laboral (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, colaborou para reafirmar à sociedade brasileira a saúde como direito de cidadania e dever do Estado provê-la. Foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro do mesmo ano, que marcou politicamente o movimento da instituição desse campo sendo decisivo para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988. Esta incorporou as questões de saúde do trabalhador ao anunciar o conceito ampliado de saúde, incluindo entre seus determinantes – as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego - e ao atribuir ao SUS responsabilidade de coordenar as ações no país. Essa atribuição foi regulamentada, em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde-nº 8080 que definiu os princípios e a formatação do SUS. Consolida-se assim, no plano legal institucional, o campo da saúde do trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005; MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), compreende-se por Saúde do Trabalhador as práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, humanas, sociais, - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum, com raízes no movimento da

Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana.

Um momento importante de mobilização técnica e política foi a II Conferência Nacional de Saúde do trabalhador, realizada em 1994, sendo palco de disputa acirrada quanto aos espaços de atuação dos Ministérios do trabalho e da saúde. E quando ainda celebrávamos as conquistas do movimento da saúde do trabalhador e se buscavam formas de torná-las efetivas, tomavam corpo, no Brasil, mudanças radicais na forma de organizar e gerenciar o trabalho e de reorientar as ações de estado, na perspectiva do chamado “estado mínimo” em harmonia com um processo mais global (DIAS; HOEFEL, 2005).

Entre as conseqüências dessas mudanças, para o trabalho e as condições de saúde da população, dos trabalhadores em particular, podem ser identificados: o desemprego estrutural, que tem repercutido na organização dos sindicatos, obrigando-os a desviar o foco de atuação para preservação do posto de trabalho, deixando em segundo plano as condições em que o mesmo é executado; e a precarização do trabalho e o crescimento do setor informal, com perdas dos direitos trabalhistas e previdenciários (DIAS; HOEFEL, 2005).

Essas mudanças também refletem na descoberta inquestionável, de um adoecer e morrer dos trabalhadores, caracterizado por verdadeiras "epidemias", tanto de doenças profissionais clássicas (intoxicação por chumbo, mercúrio, benzeno, e a silicose), quanto de "novas" doenças relacionadas ao trabalho, como por exemplo, a LER (MENDES; DIAS, 1991).

As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Estas enfatizam a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), em detrimento dos que poderiam significar a proteção coletiva; normatizam formas de trabalhar consideradas seguras, porém em determinadas circunstâncias, dispõe apenas de um quadro de prevenção simbólica. Assumido essas intervenções, são atribuídos a responsabilidade aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA,1997).



### 2.3. Doenças Relacionadas ao Trabalho

Segundo o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde na classificação composta por Schilling (1984), existem três grupos de doenças relacionadas ao trabalho:

Grupo I – Trabalho como causa necessária, como por exemplo, intoxicação por chumbo, silicose, doenças profissionais legalmente reconhecidas.

Grupo II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário, como por exemplo, doença coronariana, doenças do aparelho locomotor, câncer e varizes dos membros inferiores.

Grupo III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida, como por exemplo, bronquite crônica, dermatite de contato alérgica, asma e doenças mentais.

No grupo de agravos Schilling I, estão incluídas as doenças profissionais para as quais se considera que o trabalho ou as condições em que ele é realizado constitui causa direta, ou seja, a relação causal ou nexo causal é direto e imediato e a eliminação do agente e medidas de controle de substituição, pode assegurar a prevenção, isto é, sua eliminação ou erradicação.

Já nos outros grupos de agravos Schilling II e III, formados por doenças de etiologia causadas por múltiplos fatores de risco, o trabalho atua como fator contributivo ou desencadeador de processos patológicos (BRASIL, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde os distúrbios de saúde ou doenças relacionados ao trabalho dividem-se em duas categorias: doença profissional e doença do trabalho ou relacionada ao trabalho. Na primeira, corresponderiam a doenças “inerentes” às atividades laborais que se associam, em geral, a situações de exposição descontrolada, ou seja, há um agente causal específico, como silicose (sílica) e asbestose (asbesto). Já na segunda, são enquadrados os distúrbios nos quais não se identifica apenas um agente causal, mas vários fatores laborais contribuem para a sua ocorrência, como por exemplo, as LER/DORT (MAENO et al, 2006).

A partir da segunda metade deste século proliferaram as descrições de populações de trabalhadores com problemas músculo-esqueléticos relacionados ao trabalho. Atualmente, com as mudanças nas formas de trabalhar, no número e na relevância social das pessoas acometidas, observa-se um aumento na visibilidade das LER/DORT ((MAENO et al, 2006; BRASIL, 2000).

Aumento este decorrente de fatores referentes à organização do trabalho tais como a inflexibilidade e alta intensidade do ritmo de trabalho, execução de grande quantidade de movimentos repetitivos em grande velocidade, sobrecarga de determinados grupos musculares, ausência de controle sobre o modo e ritmo de trabalho, ausência de pausas, exigência de produtividade, uso de mobiliário e equipamentos desconfortáveis (MAENO et al, 2006).

Na perspectiva das relações de gênero, as mulheres se expressariam pela proporção majoritária entre os portadores de LER/DORT. Fato essencialmente resultante dos processos de divisão social e sexual do trabalho que, invariavelmente, têm respondido pela exclusão econômica e social das mulheres, que se dá por diferenciações marcantes tanto em suas características sócio-demográficas quanto em sua relação com os diferentes ramos de atividade econômica e a função desempenhada pelo lesionado na estrutura ocupacional, sendo esta última decisiva na compreensão das formas de desgaste e adoecimento do trabalhador (SALIM, 2003).

#### **2.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador**

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) vem se firmando como uma área de atuação da saúde pública, necessitando atentar para as mudanças em curso nos processos de saúde/doença, a fim de poder dar respostas efetivas aos problemas colocados para os trabalhadores. (ALVES, 2003).

Lidando com as influências do movimento da saúde coletiva, da medicina social latino-americana e da reforma sanitária italiana, a VST rompe com a abordagem que vincula a doença a um agente específico ou a um grupo de agentes existentes no ambiente de trabalho. As intervenções em ST/VST se pautam na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e principalmente a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, na direção de buscar não apenas a eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar agravos à saúde, como também uma outra inserção do trabalhador no processo produtivo que seja potencializadora de saúde e de vida (ALVES, 2003).

Segundo o plano municipal de saúde 2006 - 2009, a vigilância em saúde terá como objetivo geral: implementar a integração e a descentralização das vigilâncias

epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador, de forma a expandir a sua capacidade de análise da situação de saúde e de resposta às necessidades da população, reduzindo doenças e agravos prevalentes e privilegiando a intensificação de ações de caráter preventivo e coletivo, levando em conta as diversidades locais como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos (RECIFE, 2005).

A implantação de ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas a partir do setor saúde no país é recente e corresponde a um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores (MACHADO, 1997).

Segundo Augusto (2005), as ações de notificação e de investigação foram normatizadas pela Resolução SS-69 de Outubro de 1984, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Esta norma foi pioneira na história da Saúde Pública brasileira, na qual integra ao sistema de vigilância os agravos a saúde provenientes de contextos ambientais poluídos por fatores químicos e físicos.

Em concordância com o modelo de vigilância em saúde é essencial na concepção de vigilância em saúde do trabalhador estabelecer o território como elemento integrador das ações de assistência à saúde dos trabalhadores e de prevenção de agravos relacionados ao trabalho (MACHADO, 1997).

## **2.5. Arcabouço Jurídico Institucional**

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) nos anos 90 empenhou-se em um amplo processo de capacitação técnica, para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; a elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos para situar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde; o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

As ações em saúde do trabalhador, apesar do arcabouço jurídico estabelecido pelo SUS, têm-se desenvolvido em alguns Estados e Municípios, de forma fragmentada e isolada das demais ações de saúde (BRASIL, 2005). Pode-se dizer que o SUS ainda não incorporou, efetivamente, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o

"trabalho" ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental (DIAS; HOEFEL, 2005).

No final do ano de 2002, a Secretaria de Assistência à saúde do Ministério da Saúde, permitiu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela portaria 1679 de 19 de setembro de 2002. Apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de sua elaboração, a RENAST mostra-se como uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da saúde do trabalhador, no SUS (DIAS; HOEFEL, 2005).

A partir de 2003, a coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) priorizou a implementação da RENAST como principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS. A RENAST é uma rede nacional de informação e prática de saúde, baseada no ponto de vista das relações trabalho-saúde-doença e da centralidade do trabalho na vida dos indivíduos, organizada com o propósito de executar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde (DIAS; HOEFEL, 2005).

Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são coincidentes com os da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e podem ser resumidos em:

- a ) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores ;
- b) articulação intra e intersetoriais;
- c) informações em Saúde do Trabalhador;
- d) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa;
- e) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e
- f) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2004).

A RENAST é o próprio modelo de atenção do Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção com equidade, em um dado território, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando o enfoque da Promoção da Saúde e a estratégia da Atenção Básica de Saúde, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, e controle social, nos três níveis de gestão, tendo como eixo os CRSTs. Estes deixam de ser porta de entrada do Sistema e assumem o papel de suporte técnico e científico e de núcleos propagadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças,

no SUS. Além disso, são o locus privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde intra e inter setorialmente, no seu dado território (DIAS; HOEFEL, 2005).

Pode-se considerar que a estratégia da RENAST, para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS tem sido bem sucedida, apesar das dificuldades a serem superadas, tais como: a) a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CRSTs , não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; b) frágil articulação intra – setorial; c) confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde; e) o despreparo dos profissionais de saúde em definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados e lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho; f ) o controle social fragilizado; g) desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST; h) precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações; i) as ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas (DIAS; HOEFEL, 2005).

Segundo a Portaria Nº 777/GM 28 de abril de 2004, que 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 é considerado a necessidade da disponibilidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde, a intervenção nos ambientes e condições de trabalho, subsidiando o controle social, já que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros está expressa, entre outros indicadores, pelos acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. Considerando a Constituição Federal, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, é atribuído ao SUS à competência da atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde.

Esta Portaria regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho - em rede de serviços sentinela específica, sendo o instrumento de notificação compulsória a ficha de

notificação, a ser padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:

I - Acidente de Trabalho Fatal;

II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;

III - Acidente com Exposição a Material Biológico;

IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;

V - Dermatoses Ocupacionais;

VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);

VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);

VIII - Pneumoconioses;

IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR;

X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e

XI - Câncer Relacionado ao Trabalho.

Com a criação da Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, é constituído:

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.

A rede sentinela será organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, estruturada com base nas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde. Os procedimentos técnicos de Vigilância em Saúde do Trabalhador deverão estar articulados com aqueles da vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2004).

A formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, na rede de cuidados progressivos do Sistema deverão estar em consonância com as diretrizes estabelecidas na Política de Educação Permanente para o SUS e caberá à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretária de

Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a definição dos mecanismos de operacionalização (BRASIL, 2004).

De acordo com Mendes e Dias (1991), expressou-se na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (NR 4); a avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de "limites de tolerância" (NR 7 e 15), entre outras. Apesar das mudanças estabelecidas na legislação trabalhista, manteve-se na legislação previdenciária/ acidentária as características básicas de uma prática medicalizada, de cunho individual, e voltada exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho.

A partir da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), relativas a Segurança e Medicina do Trabalho ficam estabelecidas as seguintes Normas Regulamentadoras - NR:

NR- 1 - Disposições Gerais

NR- 2 - Inspeção Prévia

NR- 3 - Embargo e Interdição

NR- 4 - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

NR- 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

NR- 6 - Equipamento de Proteção Individual - EPI

NR- 7 - Exames Médicos

NR- 8 - Edificações

NR- 9 - Riscos Ambientais

NR- 10 - Instalações e Serviços de Eletricidade

NR- 11- Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais

NR- 12- Máquinas e Equipamentos

NR- 13- Vasos Sob Pressão

NR- 14- Fornos

NR- 15- Atividades e Operações Insalubre

NR- 16- Atividades e Operações Perigosas

NR- 17- Ergonomia

NR- 18- Obras de Construção, Demolição, e Reparos

NR- 19- Explosivos

NR- 20- Combustíveis Líquidos e Inflamáveis

NR- 21- Trabalhos a Céu Aberto

- NR- 22- Trabalhos Subterrâneos
- NR- 23- Proteção Contra Incêndios
- NR- 24- Condições Sanitárias dos Locais de Trabalho
- NR- 25- Resíduos Industriais
- NR- 26- Sinalização de Segurança
- NR- 27- Registro de Profissionais
- NR- 28- Fiscalização e Penalidades (BRASIL, 1978).

## **2.6. Centros Específicos para Realização do Nexo Causal entre Trabalho/Doença**

Em 1991 o Ministério da Saúde apresentou a sociedade, a primeira proposta de um plano de trabalho em saúde do trabalhador no SUS, privilegiando a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Essa estratégia serviria como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas. (DIAS; HOEFEL, 2005).

Entre as tarefas a serem cumpridas pelos CRST estão fornecer suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social (DIAS; HOEFEL, 2005).

Segundo o Documento de criação do Ambulatório de Saúde Ocupacional do HC/UFPE (1993), as ações de Saúde do Trabalhador se consolidam num tripé de atividades formadas pela vigilância à saúde, que compreende um conjunto de ações que incorporam elementos da epidemiologia e da Vigilância Sanitária; a assistência, a qual se encontra no âmbito exclusivo do SUS e a reabilitação que embora integre o rol de competências do SUS, ainda encontra-se sob a responsabilidade do INSS.

Em Pernambuco, foi criado em 1994 através da Portaria SES nº 942, o Programa de Saúde do Trabalhador, o qual possui atualmente seis Centros de Referência. Sendo que um sediado no Grupamento Médico Assistencial, em um prédio pertencente ao INSS; os outros cinco nos seguintes hospitais: Hospital da Restauração, Hospital



Agamenon Magalhães, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Otávio de Freitas e o Hospital das Clínicas da UFPE (HC/UFPE, 1993).

Os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) desenvolvidos na rede pública de serviços de saúde, por sindicatos de trabalhadores e hospitais universitários, foram direcionados para descobrir as doenças relacionadas ao trabalho e incorporar a participação dos trabalhadores, dando importância aos seus relatos sobre as condições de trabalho, considerando-os sujeitos das ações de saúde e tornando nítido os problema na sociedade (DIAS; HOEFEL, 2005).

O Centro de Referência à Saúde do Trabalhador do HC/UFPE, representa no momento o principal serviço para o diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas com o trabalho, por possuir todas as clínicas especializadas além de sua vocação acadêmica (HC/UFPE, 1993). Além disso, apresenta o "serviço sentinela" sendo responsável pela notificação e informações que irão gerar as ações de prevenção, vigilância e de intervenção e mudanças, em Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

Em abril de 1993 foi formalizado um convênio de cooperação técnica entre a UFPE, Fundacentro e a Secretaria Estadual de Saúde/PE, que tinha como objeto, a criação de um Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, na rede pública de saúde e fomentar o ensino e a pesquisa. A partir do 2º semestre do referido ano, foram alocados pela Secretaria de Saúde, três médicos do trabalho e posteriormente uma enfermeira do trabalho no Centro de Referência HC/UFPE, iniciando suas atividades sob a coordenação do Prof. Oscar Bandeira Coutinho Neto, do Departamento de Medicina Social da UFPE (HC/UFPE, 1993).

Desde a sua criação o Centro de Referência do HC/UFPE, vem desempenhando suas atividades de assistência, ensino e investigação na área da saúde do trabalhador orientado pelos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde. Atua como centro de referência para o diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas com o trabalho, realizando os diversos encaminhamentos previdenciários; atua na formação de recursos humanos oferecendo campo para a graduação e pós-graduação oportunizando instrumentos para investigação; integra o ensino, investigação e a prestação de serviço e desenvolve ações de prevenção e controle aos agravos à saúde do trabalhador articulado com outras instituições e entidades (Secretaria Estadual e

Municipal, Sindicatos, DRTE, INSS, Fundacentro e Ministério Público Estadual e Federal e outros) (HC/UFPE, 1993).

Já o Centro Especializado em Saúde do Trabalhador (CEST) foi inaugurado em 24 de maio de 2002 e está diretamente ligado a Diretoria Geral de Atenção Saúde. Sua criação foi reivindicada e aprovada na V Conferência Municipal de Saúde do Recife, em setembro de 2001. Sua estrutura é composta de: Fonoaudiólogas; Psicólogas; Advogados; Médicos do Trabalho; Técnicos em Segurança do Trabalho; Enfermeiras; Auxiliares de Enfermagem; Sociólogos; Assistentes Sociais; Assessor Sindical e Agentes Administrativos (RECIFE, 2001).

O CEST surgiu com o objetivo de promover as ações orientadas para o atendimento especializado, dando assistência aos trabalhadores com doenças relacionadas ao trabalho. Também fomentar a vigilância dos ambientes de trabalho, as práticas educativas e a promoção da saúde contribuindo para a efetivação do SUS municipal. Dar assistência integral pela rede de saúde aos trabalhadores e trabalhadoras vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, inclusive a reabilitação física e mental. Proporcionando ao município de Recife o desenvolvimento político institucional da área de saúde do trabalhador seja ele formal ou informal (RECIFE, 2001).

Além disso, tem também como missão garantir e promover o controle social através da participação dos trabalhadores em seu Conselho Gestor e a realização de cursos, seminários, oficinas e demais eventos para capacitação dos profissionais que atuam nos diferentes níveis da rede municipal e de outras instituições, também modificar todos os acidentes e doenças do trabalho ocorridos no município do Recife (RECIFE, 2001).

Com a mudança no perfil e na magnitude das estatísticas de doenças profissionais no país - apesar da persistência do elevado sub-registro - a clientela atendida pelos CRST deixou de ser, predominantemente, encaminhadas pelos sindicatos e pela previdência social passando a ser composta essencialmente por trabalhadores provenientes do setor informal, precário ou desempregados (DIAS; HOEFEL, 2005).

O perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores traduz-se no aumento das doenças relacionadas ao trabalho, como LER/ DORT, que respondem por cerca de 80% dos casos atendidos nos CRST, na atualidade e em formas de adoecimento mal

caracterizadas entre elas o estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho (DIAS; HOEFEL, 2005).

Vale salientar a importância da CAT (comunicação de acidente de trabalho) para todos os segurados da Previdência, pois esta deverá ser emitida pela empresa, tendo ou não afastamento, mediante solicitação ou relatório do médico que atendeu ao trabalhador, até 24 horas após o diagnóstico. Quando a empresa se recusar a fazê-lo, a lei estabelece que a CAT pode ser emitida por qualquer autoridade pública, pelo Sindicato que representa o trabalhador, pelo médico que o atendeu e, em último caso, por ele próprio. O Laudo de Exame Médico (LEM) será preenchido pelo médico no verso da CAT (BRASIL, 2000).

O trabalhador segurado permanecerá em auxílio-doença acidentário até que o INSS conceda alta; em caso de alta sem restrição, o retorno deverá ser habitual, com acompanhamento do Serviço de Saúde; em caso de alta com restrições é indicada a reabilitação feita pelo Centro de Reabilitação Profissional que promoverá o treinamento na nova função compatível com as limitações funcionais do(a) paciente; o auxílio-acidente deve ser assegurado a todo trabalhador que sofreu redução da capacidade funcional, em função de seqüela definitiva, independente da reabilitação profissional; a partir da alta, o trabalhador que esteve afastado por mais de 15 dias (em auxílio-acidentário), fará jus à manutenção do seu contrato de trabalho pelo prazo mínimo de 12 meses e após o 16º dia de afastamento gerado através da CAT, o segurado deverá ser encaminhado ao INSS (BRASIL, 2000).

De acordo com Lacaz (1997), a Previdência Social, caso efetivamente atuasse como seguradora, deveria realizar estudos epidemiológicos e trabalhá-los, na perspectiva do planejamento visando ao controle da insalubridade e periculosidade dos ambientes e condições de trabalho.

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1. Desenho do Estudo / Tipo do Estudo**

Esta pesquisa caracterizou-se por ser do tipo transversal, pois é determinado um período de tempo para conclusão do estudo; descritiva, visando o levantamento do número de trabalhadores atendidos no ASOHC em 2005 e observacional, pois os dados obtidos foram analisados pelas anamneses.

#### **3.2. Área do Estudo**

Esta pesquisa foi realizada no Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

#### **3.3. Tipos e Fontes de dados / População do Estudo**

Esta pesquisa teve como dados secundários a utilização de 270 anamneses de trabalhadores atendidos no ambulatório em 2005, tendo como fonte secundária de dados a pesquisa bibliográfica e documental.

#### **3.4. Instrumentos de Coleta**

Inicialmente, foi realizado um contato com o ambulatório de Saúde Ocupacional do HC onde foram explicados os objetivos do estudo. Após consentimento da instituição, para a realização da coleta, o trabalho foi iniciado levantando os dados das anamneses, através de um questionário de pesquisa. As visitas ao ambulatório ocorreram em pelo menos quinze dias, colhendo informações sobre as variáveis do estudo referentes ao perfil sócio-demográfico, caracterização e condições do trabalho, além do tipo de agravo. Após tal procedimento foi realizada análise dos dados.

### **3.5. Categorias de análise (variáveis)**

- Sexo;
- Idade;
- Ramo de atividade;
- Vínculo empregatício;
- Situação do trabalho;
- Ambiente de trabalho;
- Uso de EPI;
- Presença de profissionais da área de segurança do trabalho na empresa;
- Realização de exames médicos na empresa;
- Se sindicalizado;
- Hipótese Diagnóstica.

### **3.6. Plano de Análise dos Dados (planejamento analítico)**

A análise dos dados constou de um levantamento do número de anamneses dos trabalhadores atendidos no ASOHC, para se obter o perfil epidemiológico dos mesmos. Foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados que constaram nos arquivos através do Software Excel, obtendo-se distribuições absolutas e relativas.

### **3.7. Considerações Éticas**

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães aprovado sob número 0067.0.095.000 – 06, com número no registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 72/06. Foi obtida a autorização para a realização da pesquisa, através da carta de anuência do órgão para acesso aos dados. A pesquisa não apresenta riscos para a população de estudo, uma vez que foram usados dados secundários e as informações referentes aos participantes da pesquisa foram mantidas em sigilo.

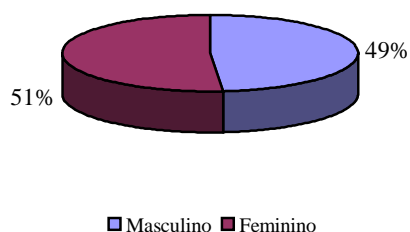
## 4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram analisadas nesta pesquisa 270 anamneses dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas, das quais foram encontradas 247 (91,5%) completas e apenas 23 (8,5%) incompletas, ou seja, apresentavam mais da metade das variáveis não respondidas. Para não desconsiderar as poucas variáveis respondidas, não houve critério de exclusão das anamneses incompletas.

Analisando os resultados dos dados coletados em relação ao sexo observou-se, que do total 139 (51%) eram do sexo feminino e 131 (49%), masculino (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1**

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC,  
segundo o sexo, 2005.

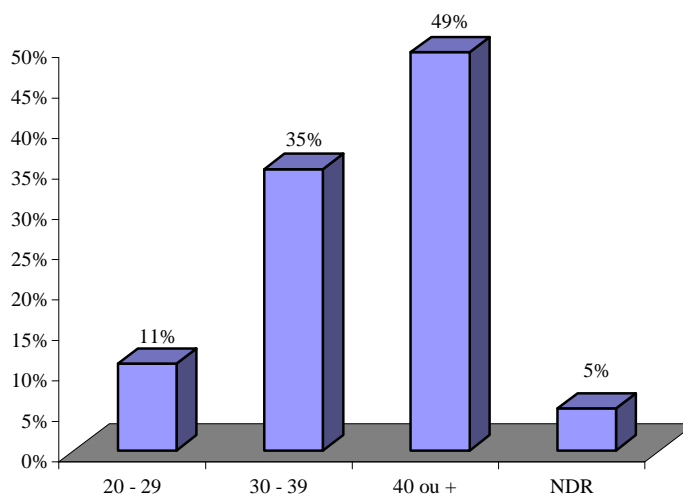


Pode-se observar quanto a distribuição dos trabalhadores por sexo, que apesar do maior percentual dos trabalhadores atendidos serem do sexo feminino, nota-se uma mínima diferença em relação ao sexo masculino. Fato essencialmente resultante dos processos de inclusão da mulher no mercado de trabalho.

Com relação à faixa etária dos trabalhadores atendidos no ASOHC, verifica-se que 29 (11%) apresentam idade entre 20-29 anos, 94 (35%) estavam na faixa etária entre 30-39 anos, 133 (49%) apresentam idade igual ou superior a quarenta anos e 14 (5%) não foram respondidos (Gráfico 2).

### GRÁFICO 2

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC,  
segundo faixa etária, 2005.

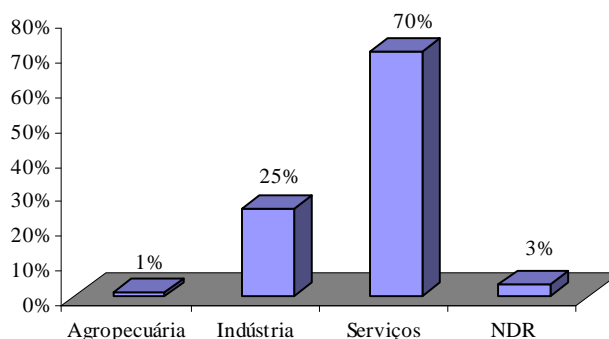


De acordo com o resultado deste estudo, a faixa etária de 40 anos ou mais foi a mais atingida seguida da faixa etária mais jovem (< ou = 39 anos), demonstrando que a diferença existente entre elas são relativamente semelhantes nas diversas doenças relacionadas ao trabalho.

Dos 270 trabalhadores, em relação à atividade profissional, 190 (70%) foram classificados no ramo de serviços, 68 (25%), de indústria, 03 (1%) encontram-se no ramo da agropecuária e 09 (3%) não foram respondidos (Gráfico 3).

### GRÁFICO 3

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo ramo de atividade profissional, 2005.



O Brasil passou rapidamente de economia rural à economia industrial, e atualmente em várias regiões do País, notadamente nas zonas urbanas, aonde o ramo de serviços vem aumentando rapidamente repercutindo na saúde dos trabalhadores (MAENO et al, 2006). Foi encontrada nesse estudo, assim como no estudo de Salim (2003), uma tendência maior em relação ao ramo de atividade profissional referente ao setor de serviços.

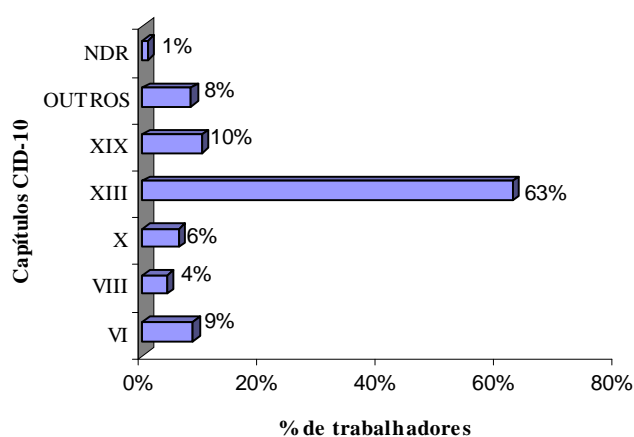
Os ramos de atividades profissionais foram classificados neste estudo de acordo com o IBGE como: agropecuária (trabalhadores rurais), indústria (extrativismo mineral, transformação, construção civil e serviços industriais e de utilidade pública) e por final, serviços (comércio, alojamento e alimentação, intermediários financeiros, comunicações, transporte, aluguéis, administrações públicas, saúde, educação mercantil, serviços domésticos e outros serviços coletivos sociais).



Com relação à hipótese diagnóstica, as quais foram codificadas de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1997). Das 270 anamneses foram encontrados 23 (09%) trabalhadores com doenças relacionadas ao sistema nervoso (Cap. VI); 11 (04%) a doenças do ouvido e da apófise mastóide (Cap. VIII); 16 (06%) a doenças do aparelho respiratório (Cap. X); 169 (63%) a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Cap. XIII); 27 (10%) relacionadas a lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (Cap. XIX); 22 (8%) foram classificados como outros (Cap. I, IV, V, VII, IX, XII e XXI) por apresentarem percentuais pequenos e apenas 02 (1%) não apresentaram hipótese diagnóstica (Gráfico 4).

#### GRÁFICO 4

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo hipótese diagnóstica, 2005.

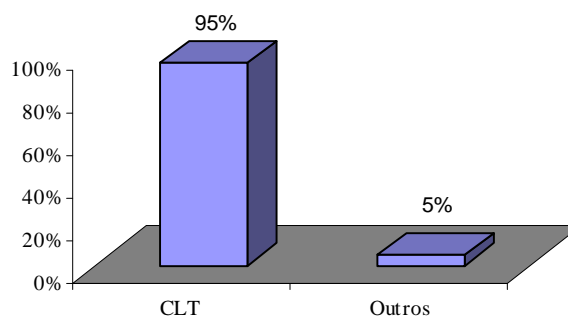


Os agravos destacados como os mais comumente encontrados na literatura dos estudos epidemiológicos relacionados às condições de trabalho são os cânceres, as doenças cardiovasculares e neurológicas, as desordens musculoesqueléticas, as conseqüências reprodutivas, os efeitos dos campos eletromagnéticos, além da tríade de maior prevalência que são as doenças pulmonares, dermatológicas e hipoacusias (MACHADO, 1997). Dentre as doenças ocupacionais registradas, as LER/DORT têm sido, nos últimos anos as mais prevalentes, segundo estatísticas referentes à população trabalhadora (BRASIL, 2000).

Analisando o vínculo empregatício nas 270 anamneses, notou-se que foram encontradas 238 (88%) respostas positivas para um dos vínculos empregatícios, sendo 226 (95%) CLT e 12 (5%) refere-se aos outros vínculos, tais como estatutário, autônomo, CLT terceirizado ou informal (Gráfico 5).

#### GRÁFICO 5

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo vínculo empregatício, 2005.

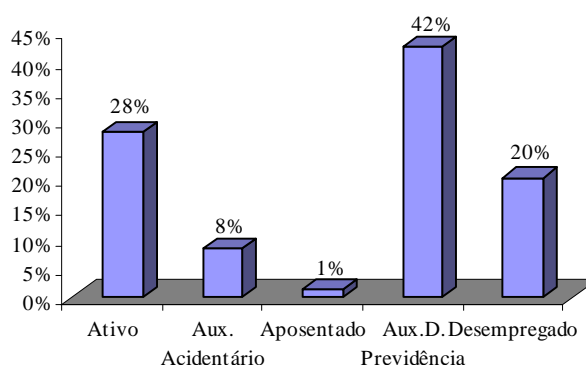


O sistema nacional de informação do SUS, no Brasil, não inclui os acidentes de trabalho em geral e nem as doenças relacionadas ao trabalho, o que prejudica a possibilidade de se ter dados epidemiológicos que cubram a totalidade dos trabalhadores, tenham eles vínculos empregatícios regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sejam autônomos, prestadores de serviços, funcionários públicos ou do mercado informal (MAENO et al, 2006). Resultado esse esperado devido ao ASOHC tratar-se de um serviço de referência para diagnóstico, tratamento e encaminhamento previdenciário, já que a legislação (a cobertura do Seguro de Acidentes de Trabalho só é dada aos trabalhadores com vínculo celetista) é voltada exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho (HC/UFPE, 1993).

Quanto a situação do trabalho observa-se que dos 270 trabalhadores, 233 (99%) responderam positivamente para uma determinada situação de trabalho, sendo 65 (28%) ativo, 19 (8%) auxiliar acidentário, 03 (1%) aposentado, 99 (42%) auxiliar previdenciário e 47 (20%) encontram-se desempregados (Gráfico 6).

### GRÁFICO 6

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo situação do trabalho, 2005.



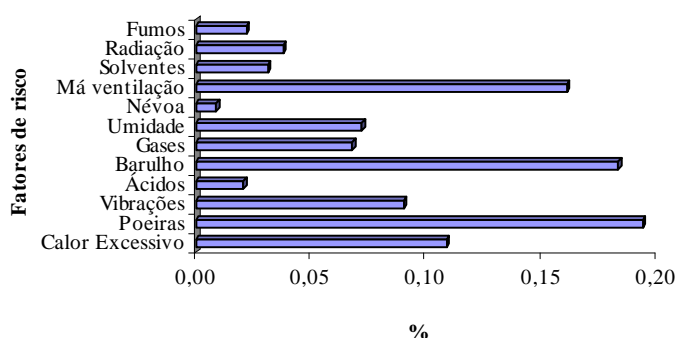
Esse alto percentual do Auxílio Doença Previdenciário (benefício dado a quem tem uma doença que incapacita para o trabalho, mas o trabalho não é considerado o fator etiológico nem contributivo) é justificado pelas indefinições da Perícia Médica com relação ao nexo causal com as doenças e o trabalho.

Muitas são as situações de trabalho, em diversos ramos de atividade, que apresentam condições favorecedoras ao aparecimento de doença, porém no Brasil, os dados disponíveis sobre os trabalhadores são aqueles da Previdência Social, que totaliza menos de 50% da população economicamente ativa (MAENO et al, 2006; BRASIL, 2000).

Das 270 anamneses foi encontrada mais de uma alternativa positiva relacionada ao ambiente de trabalho, por ser uma variável que apresenta diversos fatores de risco. Dentre eles, 83 (11%) responderam positivamente para o fator de risco calor, 148 (19%) para poeira, 69 (9%) afirmaram estarem expostos à vibração, 16 (2%) para ácidos, 140 (18%) afirmaram trabalhar em ambiente ruidosos, 52 (7%) expostos a gases, 55 (7%) para umidade, 07 (1%) névoa, 123 (16%) respostas positivas para má ventilação, 24 (3%) trabalhavam com solventes, 29 (4%) para radiação e 17 (2%) para fumos metálicos (Gráfico 7).

### GRÁFICO 7

Distribuição dos fatores de risco nos ambientes de trabalho identificados pelos trabalhadores atendidos no ASOHC, 2005.



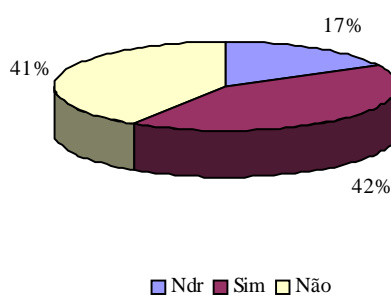
Diante da diversidade dos fatores de riscos existentes no ambiente de trabalho, percebe-se nesse estudo destaque para poeira, barulho e má ventilação.

Porém, a presença de um fator de risco no trabalho não é suficiente para desencadear a doença. Vários fatores de risco associados podem favorecer as reações fisiopatológicas que determinam seu aparecimento. Quanto mais intenso, freqüente e duradouro, tanto mais elevado é o risco. Todos esses fatores, mensuráveis ou não, interagem com a diversidade de características individuais, sociais e culturais dos trabalhadores e como eles os percebem. São alguns dos aspectos psicossociais que devem ser considerados na compreensão das doenças (MAENO et al, 2006; BRASIL, 2000).

Do total das 270 anamneses, foram encontrados 112 (42%) trabalhadores que usavam algum tipo de equipamento de proteção individual como, luvas, botas, óculos protetores, avental, perneiras, capacete, máscaras e ou protetor auricular; 111 (41%) não usavam nenhum tipo de equipamento de proteção e 47 (17%) não apresentaram respostas quanto ao uso destes equipamentos (Gráfico 8).

### GRÁFICO 8

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC,  
segundo uso de EPI, 2005.



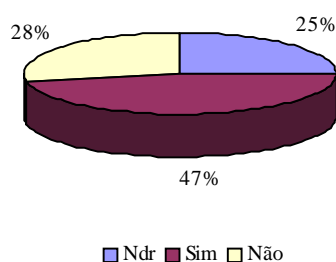
Segundo Lima, et al (2006), os equipamentos de proteção individual são utensílios de uso pessoal, cuja finalidade é proteger o trabalhador, evitando lesões no mesmo, prevenindo contra acidentes, tornando-se um direito garantido ao trabalhador. A empresa deve manter seus trabalhadores treinados e cientes dos riscos existentes em cada processo e ou atividade a serem executadas, disponibilizando os EPI's corretos para garantir a saúde dos trabalhadores.

De acordo com Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), as medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, restringem-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes, enfatizando a utilização de EPI em detrimento dos que poderiam significar proteção coletiva. De acordo com os resultados apresentados nesse estudo, apenas menos da metade (42%) dos trabalhadores atendidos no ASOHC usam algum tipo de proteção individual.

Em relação à presença de profissionais da área de segurança do trabalho na empresa, das 270 anamneses 126 (47%) responderam positivamente, 76 (28%) negaram e 68 (25%) não indicaram respostas (Gráfico 9).

### GRÁFICO 9

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo presença de profissionais de segurança do trabalho na empresa, 2005.

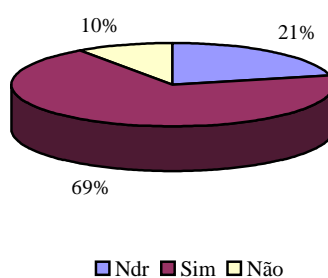


É importante em uma empresa a presença de profissionais de Segurança do Trabalho formado por Técnico e Engenheiro de Segurança do trabalho, além de Médico e Enfermeiro do Trabalho (AREASEG, 2006). Portanto, das empresas dos trabalhadores atendidos no ASOHC 28% não apresentam esses profissionais.

Quanto a realização de exames médicos (admissional, periódico e demissional), encontrou-se para as 270 anamneses (186) 69% trabalhadores que realizavam algum tipo de exame, 26 (10%) não realizavam e 58 (21%) não apresentaram respostas (Gráfico 10).

#### GRÁFICO 10

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo realização de exames médicos, 2005.

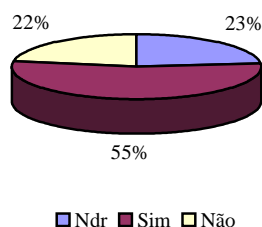


De acordo com as Normas Regulamentadoras os exames médicos periódicos foram regulamentados para procedimentos preventivos, em face dos diversificados riscos a que se expõem os trabalhadores diante da função que realizam. Os exames comumente realizados são: exame clínico, audiometria, laboratorial, entre outros, quando necessários (FAUSTINO, 2002).

Já para as respostas relacionadas a sindicalização profissional, encontrou-se 147 (55%) trabalhadores sindicalizados, 60 (22%) não são sindicalizados e 63 (23%) não apresentaram respostas para a questão (Gráfico 11).

#### GRÁFICO 11

Distribuição dos trabalhadores atendidos no ASOHC, segundo sindicalização, 2005.



O sindicato dos trabalhadores tem como função primordial a regulação das relações trabalhistas entre empregadores e empregados. É importante que qualquer empresa ou empregado, por força de lei, seja representado pelo sindicato da sua categoria econômica ou profissional, respectivamente (SINAENCO, 2006). Observa-se nesse estudo que 55% dos trabalhadores atendidos são sindicalizados, referindo uma relativa organização política sindical em suas categorias.

Analisando as anamneses foram observados que o número de trabalhadores que apresentam Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) foram 82 (30%) do total de 270 trabalhadores que procuraram o serviço do ambulatório no ano de 2005. Este número refere à existência de anamneses não concluídas, diagnósticos não concluídos, a doenças não relacionadas ao trabalho e/ou a laudos para fins de encaminhamento para perícias médicas. A Comunicação de Acidente de Trabalho junto ao INSS facilita e agiliza o registro dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais, pelo empregador, havendo ou não afastamento do trabalho por parte do acidentado (BRASIL, 2000).



## 5. CONCLUSÃO

Partindo do objetivo desse estudo: avaliar o perfil epidemiológico dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas em 2005 pode-se concluir que, das 270 anamneses observou-se 139 (51%) mulheres atendidas; 133 (49%) trabalhadores com faixa etária de 40 anos ou mais; 190 (70%) com ramos de atividades classificados como serviços; 169 (63%) apresentaram hipótese diagnóstica pertencente ao grupo de doenças relacionadas ao Cap. XIII / CID-10; 226 (95%) pertencentes ao vínculo empregatício CLT; 99 (42%) apresentaram situação do trabalho classificado como auxiliar previdenciário; com relação aos fatores de risco três mereceram destaque, nos quais 148 (19%) referiram presença de poeira no ambiente de trabalho, 140 (18%) barulho e 123 (16%) referiram má ventilação; 112 (42%) dos trabalhadores afirmaram usar EPI; 126 (47%) afirmaram a presença de profissionais de segurança de trabalho na empresa; 186 (69%) afirmaram realizar exames médicos e 147 (55%) afirmaram ser sindicalizados.

Esse achado reflete que o perfil epidemiológico dos trabalhadores apresenta uma realidade dentro do esperado, uma vez que os resultados estão de acordo com o disposto na literatura, pois segundo Maeno et al (2006), a predominância das LER/DORT não são outra coisa senão reflexo da impossibilidade de controle dos trabalhadores sobre a própria saúde. Exatamente por isso, é essencial ir além da divisão do trabalho, considerando sua realidade e dinâmica do trabalho, isto é, como a atividade é desenvolvida, durante quantas horas, tempo para descanso (pausas), produção por jornada de trabalho etc.

O conhecimento do perfil epidemiológico permitirá a melhoria no desempenho de suas atividades de assistência, diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas com o trabalho. Como sugestão, o Ambulatório de saúde Ocupacional deveria criar instrumentos mais específicos para coleta de doenças, melhorando também o registro da história clínica dos pacientes atendidos, ou seja, apresentando um critério mais rigoroso quanto ao preenchimento das anamneses, bem como a notificação (CAT) que irão gerar ações de prevenção, vigilância, intervenção e mudanças capazes de configurar um panorama mais preciso dos impactos do trabalho sobre a saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AREASEG. Que é Segurança do Trabalho. Disponível em: <[http:// www.areaseg.com/seg/](http://www.areaseg.com/seg/)>. Acesso em: 06 dez 2006.

AUGUSTO, L. G. S. Teoria e prática na ação do sanitarista: a questão da saúde e do ambiente. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 09-26, 2005. Disponível em: <<http://www.hex.ufrj.br/cadernos> >. Acesso em: 04 dez 2006.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, no. 1, p.319-322, fev 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 06 set 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 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 a Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília DF, jun. 1978.<[http:// www010.dataprev.gov.br/ sislex/paginas/63mte/1978/3214.htm](http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63mte/1978/3214.htm)> Acesso em: 06 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de lesões por esforços repetitivos: LER/DORT distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:<[http:// www.cnbcut.com.br/ social/ protocolo% 20LER2% 20\(2\).doc](http://www.cnbcut.com.br/social/protocolo%20LER2%20(2).doc) > . Acesso em: 06 dez 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.mtb.gov.br/empregador/segsau/conteudo/7307.pdf>>. Acesso em: 20 ago 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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, 8 abr. 2004. Disponível em: [http://www.fundacentro.gov.br/CTN/Procedimentos\\_tecnicos\\_para\\_a\\_notificacao\\_compulsoria\\_de\\_agravos\\_asaude\\_do\\_trabalhador\\_portaria777GM.pdf#search=%22portaria%20777%22](http://www.fundacentro.gov.br/CTN/Procedimentos_tecnicos_para_a_notificacao_compulsoria_de_agravos_asaude_do_trabalhador_portaria777GM.pdf#search=%22portaria%20777%22) > Acesso em: 06 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador: "Trabalhar, sim! Adoecer, não!"**: coletânea de textos/Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CID-10/ Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Manual de instruções**. 5º ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

DIAS, E. C & HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, nº 4, p.817-828, out./dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 12 set 2006.

FAUSTINO, I. V. Exames Médicos Periódicos de Saúde em uma Empresa de Produção Açucareira. Campo Grande, março, 2002. Disponível em: <[www.fundacentro.sc.gov.br/areas/9.pdf](http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/9.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2006.

HC/UFPE. Projeto do Centro de Referência a saúde do Trabalhador. Ambulatório de Saúde Ocupacional HC/ UFPE/ SUS-PE, 1993.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, suppl.2, p.07-19, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 ago 2006.

LIMA, R. *et al.* Segurança do Trabalho: Prevenção de Acidentes. Disponível em <<http://www.cpge.aedb.br/arquivos/administracao/renatalima.PDF>>. Acesso em: 06 dez 2006.

MACHADO, J.M.H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, suppl. 2, p. 33-45, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 ago 2006.

MAENO, M. *et al.* Contribuição ao estudo de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Disponível em:<<http://www2.uol.com.br/prevler/Livros/mm-et-al-1.rtf>> . Acesso em: 06 dez 2006.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 25, n.5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S003489101991000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S003489101991000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Set 2006.

MINAYO-GOMES, C. & THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, suppl. 2, p.21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 ago 2006.

RECIFE, Prefeitura do. Secretaria de saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002/2005**. Recife, 2001.

RECIFE, Secretaria de saúde. **Plano Municipal de saúde 2006/2009**. Recife, 2005.

SALIM, Celso Amorim. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100003) & lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez 2006

SINAENCO. Sindicato Nacional das Empresas de Arquitetura e Engenharia Consultiva. Disponível em:<[http://www.sinaenco.com.br/faq\\_sindical.asp](http://www.sinaenco.com.br/faq_sindical.asp)>. Acesso em: 08 dez. 2006.