

A rede de atenção à saúde do trabalhador, os acidentes de trabalho e as doenças do trabalho prevalentes no município de Campos dos Goytacazes

Workers' health care network, accidents at work, and prevalent occupational diseases in the municipality of Campos dos Goytacazes

Elizabeth da Silva Gama*
Rosélia Périssé da Silva Piquet**
Elis de Araújo Miranda***

A proposta deste artigo é analisar a atenção à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campos dos Goytacazes, desde a criação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, em 2002, até o ano de 2012. Para tanto, busca elucidar o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), o número de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais nesses dez anos e a organização da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), de acordo com portaria do Ministério da Saúde. O objetivo é verificar a eficiência da política municipal para a saúde do trabalhador através de fontes documentais, fontes de dados quantitativos e fontes orais. O constatado foi a ausência de dados sobre ações estratégicas em Saúde do Trabalhador, muitas ações assistenciais, além do uso político-eleitoral do PAST (Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador) e do CEREST. Campos dos Goytacazes, considerando a evolução dos conceitos referentes ao cuidado com a saúde de quem trabalha, em alguns setores, vive em um período anterior ao da “medicina de fábrica”, a Medicina do Trabalho. A realidade mostra as piores relações trabalhistas, sendo

The purpose of this paper is to analyze the workers' health care in the Unified Health System (SUS), in the municipality of Campos dos Goytacazes, from the creation of the Network for Integral Worker Health Care - RENAST in 2002 to 2012. Therefore, it aims at elucidating the role of Reference Centres for Occupational Health (CEREST), the number of accidents at work and occupational diseases in those ten years, as well as the organization of the Network for Integral Worker Health Care (RENAST), according to the decree of the Ministry of Health. The objective is to verify the efficiency of municipal policies regarding workers' health through documentary sources, quantitative data, and oral sources. The survey verified the absence of data on strategic actions aimed at the workers' health, various health care activities, and the political-electoral use of PAST (Workers' Health Care Program) and CEREST. Considering the evolution of the concepts related to health care of those who work, in some sectors, Campos dos Goytacazes has gone through a period that precedes the “industrial medicine” stage - Occupational Medicine. This reality shows bad labor relations, as the municipality is the national champion in work analogous to slave labor. In most cases, the city has to deal with regulatory standards and, in

* Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). Médica do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense (IFFluminense), *campus* Campos Centro - Campos dos Goytacazes/RJ - Brasil. E-mail: elizabethgama@gmail.com.

** Doutora em Teoria Econômica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1-A e Coordenadora do mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes (UCAM - Campos) - Campos dos Goytacazes/RJ - Brasil. E-mail: ropiquet@terra.com.br.

*** Doutora em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) - Campos dos Goytacazes/RJ - Brasil. E-mail: elismiranda10@gmail.com.

o município campeão nacional em trabalho análogo ao trabalho escravo, estando, na maioria das vezes, às voltas com as normas regulamentadoras e em raríssimos momentos pondo em prática os princípios da Saúde do Trabalhador.

very few moments, puts into practice principles of Workers' Health.

Palavras-chave: Rede de atenção. Saúde do trabalhador.

Key words: Health Care network. Workers' health.

1 Introdução

A instituição da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, apesar do contexto de divergências em que surgiu, trouxe perspectivas positivas, no sentido de consolidar a Constituição de 1988, em seu artigo 200, e a Lei 8080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), ao possibilitar a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador, de competência da direção municipal do Sistema de Saúde, suprindo as deficiências dessa atenção em todo o país.

A análise do funcionamento da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, após 10 anos da edição da RENAST, é o objetivo deste artigo e o município de Campos dos Goytacazes, o universo escolhido para o estudo. Assim, é relevante verificar que ações e estratégias foram elaboradas e desenvolvidas pelos gestores municipais, pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e pelo Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador (PAST), criado, em 2010, nos moldes do antigo e extinto Programa Saúde do Trabalhador - PST, com profissionais em sua maioria contratados e uns poucos efetivos. Busca-se verificar, também, se os profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde foram preparados, através de capacitação pelo CEREST, para receber essa clientela, os trabalhadores acidentados ou enfermos, estando familiarizados com as doenças ocupacionais prevalentes e conhecendo o perfil epidemiológico ocupacional da região.

O município de Campos dos Goytacazes está inserido numa região marcada pela exploração de mão de obra pouco qualificada, especialmente aquela ligada às usinas de açúcar e ao corte da cana e à indústria cerâmica. Essa mão de obra é formada por trabalhadores com vínculo temporário, nas usinas e no corte da cana, em condições de trabalho muitas vezes análogas ao trabalho escravo e também inclui os que trabalham na produção cerâmica e de confecções, nas quais a utilização de equipamentos de proteção individual e coletivo pouco ocorre e cuja fiscalização é precária.

Justifica-se, ainda, pela presença da indústria do petróleo e, mais recentemente, dos complexos do Açú e Barra do Furado, no município de São João da Barra, em área limítrofe de Campos. Essas obras vêm atraindo novas empresas ligadas a esses setores e tendo, como consequência, entre outras, o crescimento da indústria da construção civil, da mão de obra terceirizada e, também, da precarização das condições de trabalho. Por

outro lado, acrescentem-se os antecedentes históricos de atenção à saúde do trabalhador no município, muitas vezes ligados à linha assistencial de atuação, assim como a concomitância de altos índices de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais. Além disso, observa-se a baixa notificação desses eventos, que são, contudo, de notificação compulsória. Paradoxalmente, o município conta com uma instituição de formação médica, a Faculdade de Medicina de Campos e com um serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

A metodologia aplicada é o estudo de caso, baseado em fontes de dados quantitativos, com levantamento de dados que inclui a pesquisa no banco de dados da Previdência Social sobre acidentes de trabalho nos últimos dez anos e pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde sobre a localização das Unidades Básicas de Saúde, visto que, no momento, não há Programa Saúde da Família no município. Também foram utilizadas fontes orais, com informações sobre os dados do Programa Saúde do Trabalhador (PAST), sobre o número de acidentes de trabalho assistidos pelo mesmo e as ações ali desenvolvidas, bem como o levantamento, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), sobre suas ações estratégicas e, finalmente, fontes documentais, através de levantamento bibliográfico.

Será feita a apresentação das unidades de saúde, além de uma contextualização histórica das relações trabalhistas e uma abordagem sobre os acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho no município.

2 A atenção à saúde do trabalhador no Brasil

Ao longo da história observa-se que a evolução do cuidado com a saúde de quem trabalha mostra o papel do trabalhador como agente passivo, objeto das ações feitas em seu nome. É um percurso que se inicia na Medicina do Trabalho, passa pela Saúde Ocupacional, e vai até sua participação mais ativa na elaboração dos processos produtivos e na busca determinada por políticas públicas que lhe protejam a saúde física e mental, na Saúde do Trabalhador.

Na segunda metade da década de 1950, emergiu um intenso movimento social nos países industrializados do mundo ocidental, que se disseminou para os países periféricos. Esse movimento era marcado pelo questionamento do sentido da vida, do valor da liberdade, do significado do trabalho na vida, do uso do corpo e da denúncia do obsoletismo de valores já sem qualquer sentido para aquela geração. Esses questionamentos abalaram a confiança no Estado e, como resposta, novas políticas sociais foram elaboradas, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

Os sinais desse movimento chegaram ao Brasil a partir da década de 1970 e toda

década de 1980, num momento histórico marcado pela reorganização social, pelo fim da ditadura militar e redemocratização no país. Assim, um movimento social nascido nas universidades se expandiu rapidamente entre profissionais de saúde e estudantes da área de saúde, tendo como principal meio de propagação a revista “Saúde em Debate”, editada pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Era o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O Movimento da Reforma Sanitária defendia um novo modelo assistencial, centrado na atenção primária de saúde. Foi um dos grandes mobilizadores, ao lado dos movimentos populares, da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília. A maioria de suas propostas foi aprovada nessa conferência e, posteriormente, incorporada à Constituição Federal de 1988, mudando radicalmente a saúde pública no Brasil.

A epidemiologia social, com o apoio dos trabalhadores, em particular do “novo sindicalismo”¹, e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira deram forma ao movimento da saúde do trabalhador no Brasil. Tinha como eixos: 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. Assim, a Saúde do Trabalhador ia-se construindo no espaço da saúde pública e o trabalho passava a ser entendido como um organizador da vida social (MENDES e DIAS, 1991).

Tradicionalmente no Brasil a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho – a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica – era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. A nova Constituição manteve essa superposição ou concorrência de algumas dessas atribuições, e a área de Saúde do Trabalhador foi, também, formalmente incorporada ao Ministério da Saúde (MS) e aos níveis estaduais e municipais do SUS. Ainda com a Constituição de 1988, a saúde do trabalhador ganhou *status* de direito social, com uma nova conceituação, que incluía, em seu escopo, as condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho e emprego. Necessitava, portanto, ser contemplada com políticas públicas que lhe garantissem tais direitos. (DIAS; HOEFEL, 2005)

Assim, essa mesma Constituição Federal atribuiu ao Sistema Único de Saúde (Artigo 200) a responsabilidade de um cuidado diferenciado para os trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo. A Saúde do Trabalhador se inscreve, então, definitivamente como política de saúde e se consolida com a criação de uma área específica dentro do Ministério da Saúde.

Em 1999 foi criada uma Assessoria de Saúde Ocupacional, na então Secretaria de Assistência à Saúde, passando mais tarde a se chamar Assessoria Técnica de Saúde do Trabalhador, fazendo com que, durante alguns anos, o Ministério da Saúde convivesse com duas áreas de saúde do trabalhador em sua estrutura, com perspectivas diferentes e pouco

¹ Nova concepção sindical que propiciou o surgimento de uma vanguarda combativa e independente que liderou as greves no ABC paulista e outras manifestações de massa como as comemorações do dia 1º de maio de 1980, que reuniu mais de 100 mil trabalhadores em São Paulo.

articuladas em relação à formulação e implementação da PNST, sendo marcante até 2002 o predomínio da condução da política pela Área Técnica da Saúde do Trabalhador da Secretaria de Política de Saúde (SPS). Em 2003 a SPS e a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) fundiram-se, transformando-se em uma única e nova secretaria, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com uma única Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT) (SOUZA; MACHADO, 2011 apud VASCONCELLOS, 2007).

A COSAT, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação e implantação das políticas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, pela efetivação das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e pela normatização técnica e administrativa da área de Saúde do Trabalhador, tem por missão institucional a obrigação de cooperar com os estados e municípios na capacitação técnica de gestores, gerentes, administradores e técnicos da rede de serviços do SUS. Outra atribuição da COSAT é prover os meios para capacitar os membros participantes do Controle Social, da sociedade organizada e da população em geral para atuar de forma efetiva na preservação dos direitos sociais e de ações que garantam saúde, segurança e ambientes de trabalho saudáveis (BRASIL, 2006).

A organização dessa política se baseia na Atenção Básica de Saúde, prestando assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, realizando promoção, proteção e recuperação desses trabalhadores. Investigava as condições do ambiente de trabalho, utilizando dados epidemiológicos, em conjunto com a Vigilância Sanitária, sempre tendo como referência o modelo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, CEREST.

Os anos de 1990 produziram inúmeras experiências desses Centros de Referências, em diversos pontos do país, ligados, em sua maioria, às Secretarias Municipais de Saúde, embora também a serviço de hospitais universitários e ações sindicais. O que se verificou é que esses Centros de Referência e também Programas de Saúde do Trabalhador (PAST) estavam se mantendo marginalizados em relação às políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e também não estabeleciam qualquer relação entre si. Alguns, inclusive, desapareceram no decorrer das décadas de 1980 e 1990. (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

Entre 16 e 18 de junho de 1999, ocorreu o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, em Brasília, ficando evidente a necessidade de organizar os trabalhadores em todos os níveis de atenção, bem como de elaborar um projeto nacional de capacitação e formação de profissionais da área, além de aumentar a articulação entre gestores e movimentos sociais. Buscavam-se, ainda, novas metodologias para a vigilância em saúde do trabalhador, construir indicadores para o planejamento das ações, rever modelos calcados nos Centros de Referência, no sentido de sua avaliação, e redefinir seu papel de polo de difusão e de realizador de ações.

Em 2000, foi realizado outro Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, por iniciativa de técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), da

Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS). O objetivo era a criação da Rede de Saúde do Trabalhador. Ao mesmo tempo, assessores da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do mesmo Ministério da Saúde, criavam outra proposta de rede. A primeira proposta acabou se perdendo e, não sem conflitos, em 19 de setembro de 2002, foi criada a Rede de Ação Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da portaria nº 1679/GM/MS, segundo o modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Seguiu os princípios da universalidade de acesso, integralidade de atenção, com equidade e controle social, em um dado território, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando a estratégia da atenção básica de saúde e o enfoque da promoção à saúde, para o reordenamento da atenção à saúde do trabalhador (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

As críticas a essa proposta se dirigiam, principalmente, ao processo de elaboração. Eram evidentes a desarticulação e as divergências sobre o modelo pretendido de rede entre áreas de política e de assistência do Ministério da Saúde. Os técnicos da COSAT, Coordenação de Saúde do Trabalhador, discordavam do perfil assistencialista da RENAST.

O objetivo da RENAST seria, então, articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma, também, articulada entre as esferas de governo (federal, estaduais e municipais). Deveria seguir a organização do Sistema Único de Saúde, SUS, tendo, como portas de entrada, as Unidades Básicas de Saúde, UBS e o Programa Saúde da Família, PSF, num primeiro nível de atenção. A organização dessa política se baseia na Atenção Básica de Saúde, prestando assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, realizando promoção, proteção e recuperação desses trabalhadores. Investigar as condições do ambiente de trabalho, utilizando dados epidemiológicos, em conjunto com a Vigilância Sanitária, sempre tendo como referência o modelo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, CEREST.

Um dos importantes avanços trazidos pela RENAST foi a garantia de um financiamento federal sistemático para as ações de saúde do trabalhador, através do repasse de recursos para estados e municípios para habilitação e manutenção mensal dos CERESTs. Assim, o Fundo Nacional de Saúde repassa recursos para o Fundo Estadual de Saúde, no caso dos CERESTs estaduais e CERESTs regionais de gestão estadual e para o Fundo Municipal de Saúde, nos casos de CERESTs regionais de gestão municipal (SOUZA; MACHADO, 2011).

Cabe à Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador o atendimento, o diagnóstico e a notificação dos agravos à saúde do trabalhador considerados prioritários pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os Gestores do SUS e das equipes técnicas e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são responsáveis pela capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e

monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

Em 2005, através da Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro, que trata da ampliação da RENAST, entre outras providências, é determinada a efetivação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade, que configuram a Rede de Serviços Sentinela em Saúde do trabalhador e pela caracterização dos Municípios Sentinela em saúde do trabalhador (SOUZA; MACHADO, 2011).

Em novembro de 2009 é publicada a nova Portaria da RENAST, de nº 2.724 que substitui a Portaria GM/MS nº 2.437/05 com a devida adequação aos compromissos estabelecidos no Pacto pela Saúde, em especial no Pacto pela Gestão, e aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS (SOUZA; MACHADO, 2011).

Assim, atualmente, a instância nacional da Saúde do Trabalhador encontra-se organizada no Ministério da Saúde dentro da estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), onde estão reunidas a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) e a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM).

3 As unidades de saúde do município

A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) tem, como proposta, a utilização da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada município em cada unidade da federação (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Tal fato justifica a apresentação da rede municipal de saúde de Campos dos Goytacazes.

O município de Campos dos Goytacazes conta, na atualidade, com 71 Unidades de Atenção Básica de Saúde ou Unidades Municipais de Saúde,² UMS, sendo cinco de atendimento 12 horas e cinco de atendimento 24 horas; com dois Centros de Atenção Psicossocial, CAPS; com o Centro de Tratamento da Mulher e Centro de Referência da Criança e do Adolescente. Conta também com unidades, definidas pela secretaria Municipal de Saúde, como pré-hospitalares: Hospital São José, Hospital de Ururá e Hospital de Travessão; com dois postos de urgência, o PU de Guarus e o PU Saldanha Marinho; com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de um grande hospital de Emergência, o Hospital Ferreira Machado e com um hospital geral, o Hospital Geral de Guarus, todos ligados à Fundação Municipal de Saúde.

Há ainda quatro hospitais filantrópicos: Hospital Escola Álvaro Alvim, ligado à Faculdade de Medicina de Campos, ambos pertencentes à Fundação Benedito Pereira Nunes; Hospital dos Plantadores de Cana; Santa Casa da Misericórdia de Campos e Beneficência Portuguesa. Todos eles são conveniados com o Sistema Único de Saúde e,

² Os dados foram obtidos através de listagem fornecida pelo gabinete do Secretário municipal de Saúde, Sr. Geraldo Venâncio, em agosto de 2012.

quase sempre insolventes, necessitam, para seu funcionamento, de complementação de verbas por parte da prefeitura municipal, o que ocorre por meio da contratualização de leitos com o Fundo Municipal de Saúde.

A rede de atenção à saúde de Campos dos Goytacazes dispõe, ainda, de vários hospitais privados, que não prestam serviço aos usuários do SUS.

4 O Programa Saúde da Família

Criado em 1994 pelo governo federal, o Programa Saúde da Família (PSF) funcionou no município de Campos dos Goytacazes de 1999 a 2008.³

O funcionamento inicial do PSF se deu de forma precária, devido a fatores como o superdimensionamento da área/população adstrita para cada equipe, maior, três a quatro vezes, que o preconizado pelo Ministério da Saúde⁴, desrespeitando o princípio da territorialização. Também pela ausência de espaço físico (sede), algumas equipes se reuniam embaixo de árvores ou em praças, sem qualquer abrigo e, acrescenta-se ainda, a falta de resolutividade dos profissionais das equipes, que não contavam com suporte laboratorial adequado, nem com um sistema de referência e contrarreferência eficaz, contrariando o princípio da Integralidade da atenção.

Aos poucos, o número de equipes foi aumentando e a qualidade da atenção, que deveria melhorar, esbarrou na falta de treinamento⁵, baixos salários e a consequente descaracterização do Programa: não era mais exigido tempo integral (40 horas) dos profissionais de nível superior e os Agentes Comunitários de Saúde eram utilizados com objetivos políticos.



Figura 1 - PSF do Beco – Usina Santo Antônio⁶

³ Os profissionais de saúde das primeiras equipes do PSF em Campos dos Goytacazes passaram por treinamento para entender a proposta do Programa, através do polo de capacitação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), de acordo com as normas de organização dos serviços de Saúde do Ministério da Saúde de 1996. As equipes que foram se formando posteriormente, após longo tempo, passaram pela mesma capacitação, agora pelo pessoal do PSF local.

⁴ A população adstrita preconizada para cada equipe deveria ter até 4.500 pessoas. A população do polo do PSF Matadouro, por exemplo, foi dividida posteriormente entre mais duas equipes: a do PSF Miguel Herédia e a do PSF Adão Pereira Nunes, ficando, então, as três equipes, com o número adequado de pessoas por equipe.

⁵ Nunca ocorreu capacitação para a atenção à Saúde do trabalhador, por exemplo.

⁶ As fotografias apresentadas fazem parte de documentação coletada no ano de 2005, com objetivo de criação do distrito sanitário em Campos dos Goytacazes.



Figura 2 - PSF Matadouro⁷



Figura 3 - PSF Custodópolis I e II⁸

Em 2008, a falta de controle social adequado e a falta de transparência na gestão do Programa fizeram com que o PSF em Campos fosse encerrado por fraude, na operação “Telhado de Vidro” da Polícia Federal, onde a Fundação José Pelúcio Ferreira e a Cruz Vermelha Brasileira, filial Nova Iguaçu, teriam sido beneficiadas em contratos milionários, mediante dispensa de licitações, firmados com o município de Campos. Esses contratos eram relativos à terceirização de pessoal, tendo sido contratadas, sem concurso público, 16 mil pessoas, parte das quais mantidas com verbas federais do Programa Saúde da Família, sendo noticiado, à época, em toda imprensa, inclusive nacional⁹. Perdeu assim a população, pois, antes de ser descaracterizado, o PSF tinha uma linha de ação voltada para a participação da comunidade com grupos de diabéticos, de hipertensos, grupos de caminhadas, programas de reabilitação envolvendo os familiares dos doentes, grupos de gestantes, de sala de espera, entre outros. Além disso, tinha sido programado um terceiro turno de atividades, até 20 horas, com o objetivo de atender aos trabalhadores que, devido à própria jornada de trabalho, não poderiam frequentar a unidade de saúde no horário convencional.

No final do ano de 2008, o prefeito, em final de mandato, fez concurso público para o retorno do PSF, mas nas idas e vindas da política local, o novo governo não

⁷ As fotografias mostram a disparidade da estrutura física entre as equipes de PSF

⁸ As equipes de PSF Custodópolis I e II funcionavam no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Campos.

⁹ Como foi o caso do portal G1 da globo.com de 11/03/2008 e Estadão.com.br de 11/03/2008.

aceitou o concurso e os aprovados não foram chamados, apesar de terem sido impetrados vários mandados judiciais. O novo governo, já em seu segundo mandato, fala em novo concurso, mas, concretamente, o PSF ainda continua inativo.

5 As Unidades Municipais de Saúde (UMS)¹⁰

As UMS, Unidades Municipais de Saúde convencionais, contam com uma equipe de saúde que engloba um pediatra, um clínico geral, um ginecologista, um enfermeiro, técnicos de enfermagem, um administrador e um auxiliar de serviços gerais. Nelas se realizam consultas médicas, vacinação, curativos e outras atividades de atenção básica à saúde. Apesar de algumas UMS terem uma equipe diferenciada com especialistas, tais como cardiologistas, dermatologistas e endocrinologistas, entre outros, não se comportam como unidades de referência para as demais UMS. Não é raro encontrar ali profissionais de saúde completamente desmotivados.



Figura 4 - UMS Jamil Ábido

Os médicos, de modo geral, com especialização voltada para a média e alta complexidade, com pouca ou nenhuma experiência em atenção básica, sendo, portanto, pouco resolutivos, assumem o papel de encaminhadores de pacientes para as unidades de atenção secundária.

Os mapas¹¹ que se seguem, mostram a distribuição das unidades básicas de saúde do município.

As Unidades Municipais de Saúde (UMS) foram marcadas com um retângulo e as antigas unidades do Programa Saúde da Família foram marcadas com um losango,

¹⁰ Os dados foram fornecidos pelo gabinete do Secretário municipal de Saúde, Sr. Geraldo Venâncio, em agosto de 2012.

¹¹ Obtidos com o Subsecretário de Saúde, Sr. Roberto Vogel, em agosto de 2012.

mesmo estando desativadas, por fazerem parte do período circunscrito por este trabalho e por fazerem parte do acesso à atenção primária, na RENAST.

O primeiro mapa mostra as Unidades Municipais de Saúde da região central e o segundo, as do interior do município.

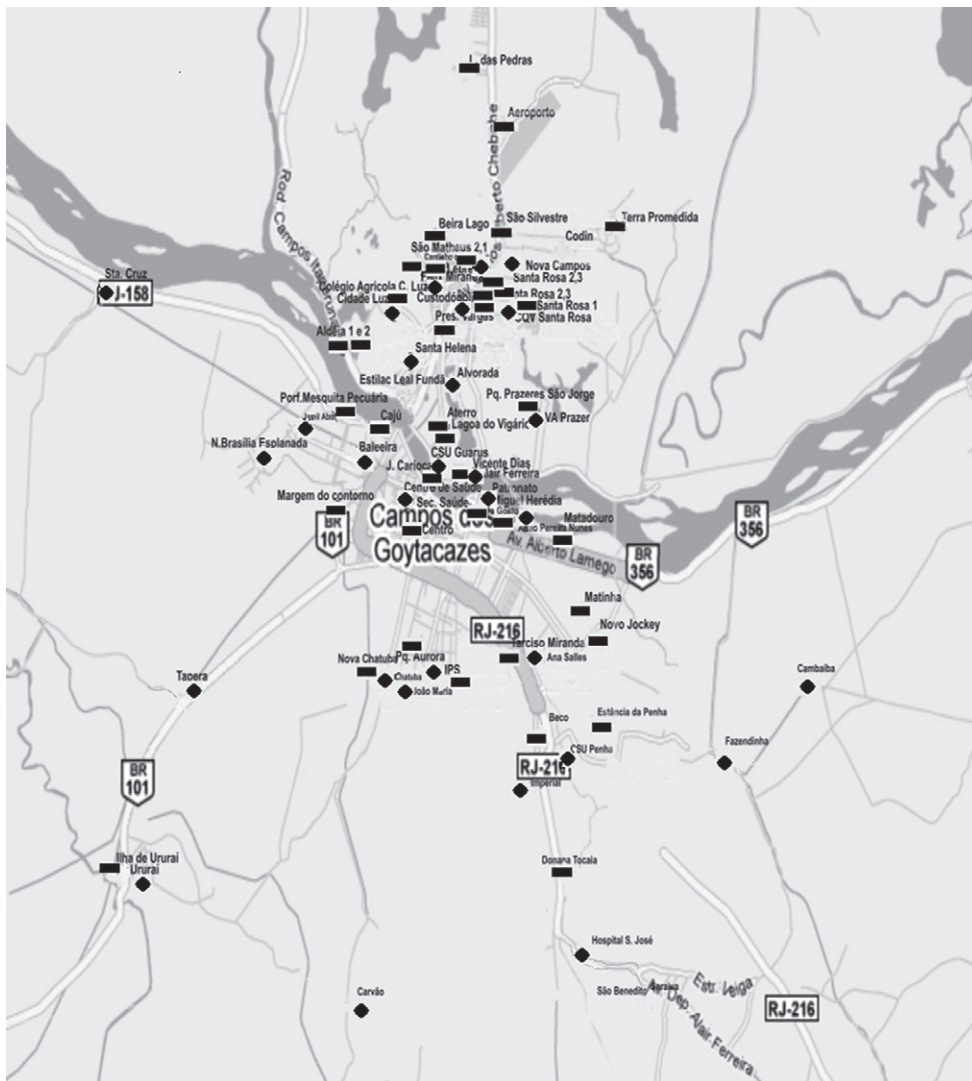


Figura 5 - Unidades Básicas de Saúde na região central do município

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, 2013



Figura 6 - Unidades Básicas de Saúde no interior do município

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, 2013

Apesar de contar com uma boa rede (estrutural) de atenção básica, essa rede se mostra totalmente desarticulada e o município não consegue resolver as questões pertinentes à Saúde Pública, aí incluindo a Saúde do Trabalhador. Os gestores municipais se mostram negligentes e/ou o assunto não faz parte de suas prioridades.

6 As relações trabalhistas em Campos dos Goytacazes

Tradicionalmente, o Norte Fluminense é uma região marcada pela exploração de mão de obra pouco qualificada, de baixo custo e, conseqüentemente, pouco exigente, especialmente de cortadores de cana. É comum o descumprimento de normas básicas de proteção aos trabalhadores e as más condições nos ambientes e processos de trabalho, além de, fato mais grave, ser constatada a ocorrência de trabalho análogo ao trabalho escravo (LEÃO; CASTRO, 2013).

Esse tipo de ocorrência, cuja produção de conhecimentos ainda é escassa, sempre esteve presente no município e vêm se repetindo ano após ano, principalmente em áreas de produção de cana-de-açúcar. Segundo o ministério Público Federal, em 2009 o município de Campos dos Goytacazes foi considerado a capital nacional do trabalho escravo provocando a proibição judicial de que qualquer pessoa, física ou jurídica, promova a queima da palha da cana-de-açúcar e que, especialmente as usinas beneficiadoras, não recebam o produto na forma descrita. (MPF, Procuradoria da República no Município de Campos dos Goytacazes, 2011).

Apesar da decadência do setor, os mais de dois séculos de relações sociais entre senhores e escravos e entre senhores e peões ainda se materializam hoje nas relações de poder, permanecendo o traço socioeconômico de desigualdade e hierarquia (GANTOS; CARVALHO; FRANCISCO, 2006).¹²

Também com gravidade, de acordo com os dados expostos pelo Ministério Público do Trabalho¹³ em audiência pública, observou-se um aumento significativo no número de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho, advindos dos grandes investimentos em infraestrutura portuária na região (Açu e Barra do Furado) e de outros empreendimentos satélites, especialmente na construção civil.

Na mesma audiência pública, foi abordado, pela Dra. Marcela Conrado de Farias Ribeiro,¹⁴ o aliciamento de trabalhadores na construção civil. “Os trabalhadores recebem propostas de trabalho para ganhar um salário X, mas aqui chegando, recebem valores muito aquém do acordado. Além disso, o alojamento é inadequado e as condições, muitas das vezes, são inóspitas. O trabalho deve ser meio de vida, não de morte”.

A classe trabalhadora em Campos dos Goytacazes inclui os trabalhadores rurais; os assalariados da indústria, em particular a indústria cerâmica e sucroalcooleira e inclui também o trabalhador precarizado, de serviços, *part-time*, que se caracteriza pelo vínculo de trabalho temporário e pelo trabalho precarizado, em expansão na totalidade do mundo produtivo, além, é claro, dos trabalhadores desempregados.

A precarização do trabalho, caracterizada pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho tiveram, como consequências, o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência individuais ou coletivas¹⁵. Contribuiu sobremaneira para a exclusão social e a deterioração das condições de saúde, a terceirização, que veio acompanhada de

¹² *História, Memória Social e Fotografia: as usinas de açúcar de Campos dos Goytacazes no século XX*. Texto integrante dos Anais do XVIII Encontro Regional de História – O historiador e seu tempo. ANPUH/SP – UNESP/Assis, 24 a 28 de julho de 2006.

¹³ Audiência Pública realizada pelo Ministério Público do Trabalho em Campos dos Goytacazes em 11 de junho de 2012.

¹⁴ Procuradora do trabalho, presente na audiência do Ministério Público do Trabalho, em Campos dos Goytacazes, em 11/06/2012.

¹⁵ *Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos*; n. 114 Brasília/DF – Brasil 2001.

práticas de intensificação do trabalho, de aumento da jornada de trabalho, de acúmulo de funções, de maior exposição a fatores de riscos para a saúde, de descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, de rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego, além do desconhecimento, por parte dos terceirizados, de para quem trabalham ou quem é o responsável pela sua remuneração.

A classe trabalhadora no século XXI, em plena era da globalização, é mais fragmentada, mais heterogênea e ainda mais diversificada. Pode-se constatar, neste processo, uma perda significativa de direitos e de sentidos, em sintonia com o caráter destrutivo do capital vigente. O sistema de metabolismo, sob controle do capital, tornou o trabalho ainda mais precarizado, por meio das formas de subemprego, desemprego, intensificando os níveis de exploração para aqueles que trabalham. (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 356).

Há ainda o setor informal, caracterizado por uma gama de atividades de pequena escala e de tecnologia simples. Os trabalhadores desse setor têm baixa escolaridade, geralmente nenhuma qualificação, e ausência de recursos. Nesses casos, a produtividade do trabalho e a renda tendem a ser mais baixos, havendo ausência de condições dignas de trabalho e de proteção trabalhista. Assim, em Campos dos Goytacazes, são observadas, concomitantemente, relações trabalhistas primitivas e “modernas”.

7 Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho no município

Entre as atividades produtivas no município de Campos dos Goytacazes que mais contribuem para as estatísticas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, destacam-se: a indústria sucroalcooleira, a indústria cerâmica – as olarias, a indústria petrolífera, a construção civil e a indústria de confecções, entre outras, com menor expressão.

A indústria açucareira traz riscos, seja pelo corte da cana-de-açúcar, provocando feridas causadas pelo facão de corte, pela folha da cana, de bordo cortante, e, também, por picadas de animais peçonhentos nos canaviais, seja pelo processamento e beneficiamento. Estes últimos produzem surdez induzida pelo ruído e acidentes devido ao maquinário e equipamentos obsoletos; alergias respiratórias e pneumoconiose,¹⁶ como a bagaçose, causadora de fibrose pulmonar.

A indústria cerâmica conta com mais de cem unidades produtivas, absorvendo cerca de cinco mil trabalhadores. Esse tipo de trabalho, de modo geral, emprega pessoas capazes de suportar serviços pesados, excluindo, dessa forma mulheres, idosos e portadores de deficiência. O trabalhador desse tipo de atividade costuma ter baixa escolaridade e qualificação. Todavia, necessitando de emprego e renda, busca resolver seus problemas imediatos com essa atividade, ainda que temporariamente. Uma vez

¹⁶ Doença pulmonar causada pela reação à inalação de partículas em suspensão encontradas nos processos de trabalho.

que os tenha resolvido, na primeira oportunidade, retorna à atividade que exercia antes (COUTINHO, 2006, p. 21).

Na atividade cerâmica são observados acidentes nas áreas de lavras, pela irregularidade dos acessos ou pelo peso das cargas transportadas. Nas olarias o maior risco são os cortes de mãos, pés, dedos, ou a queda de objetos sobre pés e mãos. Não são raras as lesões de coluna por excesso de carga transportada ou por postura inadequada no manejo das mesmas. Há, ainda, o risco de inalação de gases tóxicos e da exposição ao calor pela queima da cerâmica (COUTINHO, 2006, p. 55-56). Ainda nas olarias tem-se verificado a silicose, pneumoconiose fibrosante dos pulmões, ocasionada pela inalação de partículas de poeira de sílica livre (VASCONCELOS, 2003).¹⁷

Ainda segundo Vasconcelos, as atividades ocupacionais que apresentam maior risco para o acometimento da silicose, “doença fatal e silenciosa”, são: extração de minérios, marmorarias, pedreiras, cerâmicas, de polimento de pedras (mármore, ardósias e granitos, entre outras), construção civil e jateamento de areia (proibida atualmente).

No setor de serviços, a atividade bancária tem marcado presença com as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e lesões por esforço repetitivo (LER), um grave problema de saúde que afeta física e mentalmente os trabalhadores da área. A indústria petrolífera passou a ter presença marcante no município a partir da primeira metade da década de 1970, quando foi descoberto petróleo na plataforma continental da bacia de Campos. A Petrobras tem participação significativa no orçamento municipal, devido ao pagamento de *royalties* e rendas petrolíferas. Os trabalhadores das plataformas de petróleo pertencem tanto ao quadro próprio da empresa quanto a empresas terceirizadas, que prestam serviço à Petrobras.

O trabalho nas plataformas envolve grande complexidade e periculosidade, e o exercício da função requer muita atenção, sendo significativo o risco de acidentes. A exposição ao ruído, constante nas plataformas, pode induzir à perda auditiva, provocar estresse, hipertensão arterial e outros distúrbios cardiovasculares. O estilo de vida determinado pelo confinamento também é outro fator de adoecimento. Há ainda as doenças (como linfomas e leucemias, entre outras) provocadas pelo contato com produtos derivados do petróleo, como no caso de frentistas de postos de gasolina, trabalhadores de oficinas mecânicas etc.

A seguir, será apresentada tabela onde serão mostrados os acidentes e as doenças do trabalho em Campos dos Goytacazes, nos anos de 2004 a 2011, por motivo, ou seja: se o acidente foi típico, de trajeto ou doença do trabalho (Tabela 1). Está computado também o número de óbitos e discriminado se o acidente teve Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT, ou não.

¹⁷ VASCONCELOS, Vanda Teresinha - pesquisa das condições de vida e trabalho nas marmorarias do Norte Fluminense: pó sem perfume mata trabalhadores no norte Fluminense (Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, da Universidade Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes, para obtenção do título de Mestre, em 2003).

Tabela 1 - Acidentes e Doenças do Trabalho no município de Campos dos Goytacazes de 2004 a 2011, por motivo

ANO	TOTAL com CAT	Com CAT Registrada			Sem CAT Registr.	Óbito	TOTAL
		Motivo					
	Típico	Trajeto	Doença do Trab.				
2004	1127	842	202	83		12	1127
2005	1174	892	181	101		7	1174
2006	1026	783	168	75		5	1026
2007	1133	877	193	63	541	16	1674
2008	1227	958	223	46	560	12	1787
2009	999	756	192	51	429	4	1428
2010	1046	798	212	36	314	9	1360
2011	1114	855	219	40	262	10	1376

Tabela elaborada com as informações disponíveis no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho: AEAT 2006/Ministério do Trabalho e Emprego [et al.], vol. 1 (2007). – Brasília: MTE: MPS, 2007. 794 p. e no site: <http://www.mtas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1032>, consultado em 02/07/2013 às 11h30min.

Ainda na Tabela 1, a ausência de dados, antes de 2007, para os eventos sem CAT registrada, justifica-se pelo fato de os mesmos não terem sido computados até então pela Previdência Social. Também a ausência de dados referentes aos anos de 2002 e 2003 ocorre pelo fato de a Previdência Social só liberar os dados municipais a partir de 2004.

O gráfico que se segue mostra o número de acidentes de trabalho no município, no período de 2004 a 2011.

Na Tabela 1 e no Gráfico 1, observamos que os acidentes de trabalho e doença do trabalho (computados juntos), no município de Campos dos Goytacazes, sofreram um incremento nos anos de 2007 e 2008, quando a Previdência Social passou a considerar os acidentes e doenças do trabalho mesmo sem Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT registradas, e a aplicar Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP.¹⁸

¹⁸ A implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP mudou o perfil da concessão de auxílios-doença a partir de abril de 2007, além da possibilidade de caracterização da natureza acidentária a partir da anamnese do caso efetuada pela perícia médica do INSS.

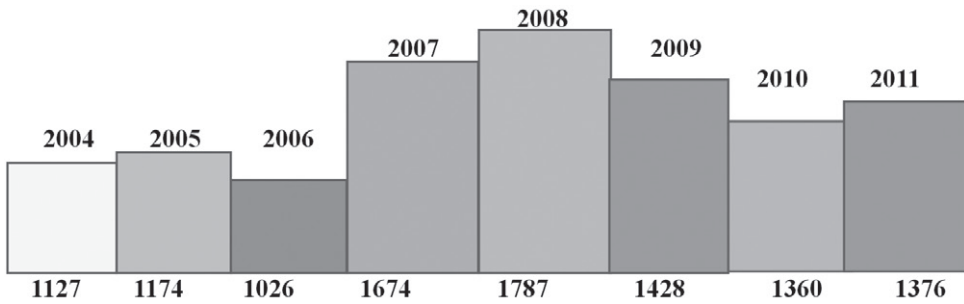


Gráfico 1 - Acidentes de Trabalho no município de Campos dos Goytacazes de 2004 a 2011

Fonte: Elaborado com as informações disponíveis no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, AEAT 2006/Ministério do Trabalho e Emprego [et al.], vol. 1 (2007). Brasília: MTE: MPS, 20 2007. 794p. e no site: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1032>, consultado em 02/07/2013.

O Gráfico 1 mostra o número de acidentes de trabalho no município, no período de 2004 a 2011.

Na estatística da Previdência Social, as medidas adotadas a partir de abril de 2007¹⁹, além de promoverem uma mudança no perfil da concessão de benefícios previdenciários e acidentários, mostraram-se como um elemento efetivo na busca pela redução da subnotificação de acidentes e doenças do trabalho.

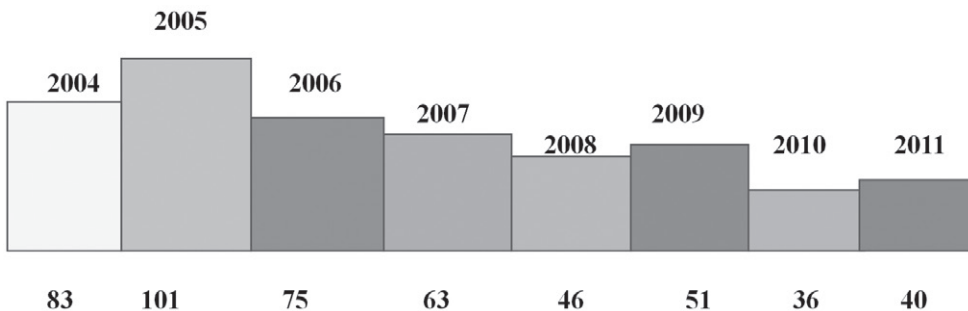


Gráfico 2 - Doenças do Trabalho no município de Campos dos Goytacazes de 2004 a 2011

Gráfico elaborado pela autora com as informações disponíveis no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho: AEAT 2006/Ministério do Trabalho e Emprego [et al.], vol. 1 (2007). – Brasília: MTE: MPS, 2007. 794p. e no site: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1032>, consultado em 02/07/2013.

No Gráfico 2 observamos que apesar da implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e do fato de a Previdência Social computar as doenças ocupacionais mesmo sem registro de CAT, não houve aumento no número de doenças relacionadas ao trabalho registradas pela Previdência Social a

¹⁹ Em 2007, além dos casos de notificação destes eventos contabilizados mediante CAT (518.415 acidentes e doenças do trabalho), a Previdência Social reconheceu mais 141.108 casos (através da aplicação de Nexos Técnicos Previdenciários a benefícios que não tinham uma CAT vinculada).

partir do ano de 2007, como ocorreu com os acidentes de trabalho. Essas doenças provavelmente não estão sendo diagnosticadas ou há um desconhecimento com relação à necessidade de sua notificação.

Nas tabelas 2, 3 e 4, foi feito um estudo comparativo, em números absolutos, entre os acidentes de trabalho, as doenças do trabalho e o número de óbitos ocorridos e computados pela Previdência Social no município de Campos dos Goytacazes, e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2004 a 2011.

Tabela 2 – Número absoluto de Acidentes de Trabalho, típicos, em Campos dos Goytacazes e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MUNICÍPIO	AT	AT	AT	AT	AT	AT	AT	AT
ANGRA DOS REIS	378	317	421	747	904	903	942	914
CAMPOS DOS GOYTACAZES	842	892	774	1.674	958	754	798	855
DUQUE DE CAXIAS	1.234	1.185	1.085	2377	1.374	1.241	1.238	1.337
MACAÉ	888	1.248	1.409	2.225	1.489	1.601	1805	2.132
NITERÓI	987	1.093	1.129	2.189	955	1.044	1.207	1.257
NOVA IGUAÇU	665	649	645	1.189	622	736	1627	646
RIO DE JANEIRO	12.413	13.496	14.177	24.355	15.113	14.806	14.427	15.731
SÃO GONÇALO	530	525	476	1.377	1.227	800	854	894
VOLTA REDONDA	513	593	650	1.162	760	791	784	83

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (anos: 2004, 2005, 2006, 2008, 2009 e 2010)

AT – Acidente de Trabalho

A Tabela 2 mostra que, com relação aos acidentes de trabalho, ao longo do período estudado, todos os municípios apresentaram um aumento significativo no número de registros no ano de 2007. Angra dos Reis, entretanto, manteve esse número elevado nos anos posteriores (o Nexso Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP continuou a ser aplicado apenas por esse município?). Os demais municípios voltaram a apresentar queda no número de notificações após 2007.

A Tabela 3, a seguir, mostra o número absoluto de doenças do trabalho em Campos dos Goytacazes e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2004 e 2011.

Tabela 3 – Número absoluto de doenças do trabalho em Campos dos Goytacazes e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MUNICÍPIO	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT
ANGRA DOS REIS	15	6	26	17	18	53	16	9
CAMPOS DOS GOYTACAZES	83	101	73	63	46	49	36	40
DUQUE DE CAXIAS	170	197	145	152	126	129	106	97
MACAÉ	39	60	61	138	93	104	78	91
NITERÓI	301	174	186	208	140	104	89	95
NOVA IGUAÇU	31	51	32	55	56	63	29	32
RIO DE JANEIRO	2.037	2.524	2.173	1.997	1.793	1.545	1.323	1.166
SÃO GONÇALO	43	63	32	85	53	72	65	39
VOLTA REDONDA	44	109	71	24	16	183	45	9

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (anos: 2004, 2005, 2006, 2008, 2009 e 2010)

DT – Doença do Trabalho

Com relação às doenças relacionadas ao trabalho, não houve um comportamento uniforme com o uso do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário em 2007. Os municípios de Macaé, Nova Iguaçu e São Gonçalo apresentaram um aumento no número de casos notificados. Angra dos Reis, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro e Volta Redonda apresentaram queda nos registros de doenças ocupacionais, enquanto os municípios de Duque de Caxias e Niterói apresentaram aumento pouco significativo.

Esses dados nos permite suspeitar que, por diversas razões, que não cabe neste estudo, a notificação das doenças relacionadas ao trabalho ainda é feita de forma irregular por parte desses municípios. A comparação dos dados de Campos dos Goytacazes com os dos municípios citados na tabela mostra que a realidade de descaso com a Saúde do Trabalhador é uma realidade muito mais abrangente e não restrita àquele município.

Na Tabela 4 serão apresentados os números de óbitos nesses mesmos municípios.

Tabela 4 – Número absoluto de Óbitos em Campos dos Goytacazes e nos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MUNICÍPIO	OB.	OB.	OB.	OB.	OB.	OB.	OB.	OB.
ANGRA DOS REIS	2	1	5	2	3	2	1	5
CAMPOS DOS GOYTACAZES	12	7	5	16	12	4	9	10
DUQUE DE CAXIAS	4	5	10	7	5	5	15	12
MACAÉ	6	7	5	7	7	6	5	13
NITERÓI	8	9	10	8	5	9	6	8
NOVA IGUAÇU	6	2	3	7	4	–	3	3
RIO DE JANEIRO	86	65	66	65	61	50	54	62
SÃO GONÇALO	4	6	4	7	3	4	5	3
VOLTA REDONDA	6	4	6	5	3	4	4	3

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (anos: 2004, 2005, 2006, 2008, 2009 e 2010)

OB – Óbito

Com relação ao número de óbitos, não são observadas mudanças significativas relacionadas ao uso do NTEP em 2007.

É necessário ressaltar a precariedade dos dados oficiais disponíveis sobre saúde e trabalho no Brasil, com sabidas limitações em termos de cobertura e qualidade dos registros. O banco de dados do INSS é o único disponível para todo o país com informações mais completas e que podem ser desagregadas por municípios. Sua principal limitação é a cobertura apenas dos trabalhadores da economia formal. Os dados do Sistema de Informações de Mortalidade, SIM, e de outros sistemas ligados ao SUS são incompletos para se caracterizar os casos de mortes e agravos relacionados ao trabalho.

8 A implantação da Renast no município de Campos dos Goytacazes

Em 2006, com a expansão da RENAST, é implantado, no município de Campos dos Goytacazes, o CEREST regional. Na ocasião, Campos dos Goytacazes já possuía uma população de 500.000 habitantes,²⁰ e, quando somada sua população com a de municípios vizinhos, como Macaé e São Francisco do Itabapoana, o número ultrapassava um milhão. Assim, pela portaria nº 614, da secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério

²⁰ Segundo planejamento da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, o município sede do CEREST regional deveria ter uma população superior a um milhão de habitantes.

da Saúde, de 17 de agosto de 2006, foi implantado o CEREST, a partir do Programa Saúde do Trabalhador, PST, em Campos dos Goytacazes. Sua área de abrangência envolvia os municípios de Macaé, São Francisco de Itabapoana, Carapebus, Campos dos Goytacazes, Quissamã, Conceição de Macabu, São Fidélis e São João da Barra.

Em 2010, entre uma série de mudanças administrativas e organizacionais ocorridas no âmbito da secretaria municipal de saúde, foi implantado um Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador, PAST, nos moldes do antigo e extinto PST. Como consequência, parte da equipe do CEREST passou para o PAST, e outros técnicos passaram a compor a nova equipe do CEREST, com outra coordenação. Essa fragmentação trouxe como consequência a criação de instâncias no governo municipal que tendem a ser de caráter meramente eleitoreiro (LEÃO, 2011, p. 9).

Das atividades desenvolvidas por esse CEREST regional, devido às tentativas frustradas de contato com sua coordenação, foi possível conhecer apenas as relatadas pela coordenadora, Sra. Amanda Santos Ribeiro, em entrevista exibida no portal da prefeitura municipal²¹.

Diz o texto que o órgão atua promovendo o bem-estar do trabalhador, com ênfase nas ações preventivas. “Também prestamos assistência e orientamos os trabalhadores acometidos por doenças e acidentes relacionados ao trabalho. E, principalmente, servimos como retaguarda técnica para os municípios da regional”, acrescentou a coordenadora, salientando que o órgão vai realizar reuniões itinerantes nos municípios da regional, levando o nome de Campos como polo irradiador das ações de Saúde do Trabalhador”.

Com relação ao Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador – PAST, o contato foi bem mais fácil e a coordenadora, Sra. Mara Regina Freitas Carvalho, forneceu as seguintes informações sobre as ações ali desenvolvidas:

- desde 2010, está implantado um polo de notificação de acidentes de trabalho no Hospital Ferreira Machado, onde, para acompanhar os casos de acidente de trabalho que chegam à emergência desse hospital, são mantidos de plantão um enfermeiro do trabalho e um técnico de enfermagem. As demais unidades de saúde que prestam atendimento de urgência no município, não contam com esse serviço.

- em 2010 foi feito um trabalho de prevenção do câncer de pele entre os 500 pescadores da colônia de pesca da praia do Farol de São Tomé, com avaliação médica e distribuição de filtro solar. Segundo outro funcionário do Programa, esse trabalho não teve prosseguimento por falta de veículo para desenvolver esse tipo de ação, que requer deslocamento de equipe, e também por não terem conseguido mais as unidades de filtro solar.

Ainda segundo sua coordenadora, o PAST fez treinamento sobre Saúde do Trabalhador com os administradores e técnicos de enfermagem das Unidades Básicas de

²¹ Entrevista exibida no portal da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes no dia 25/01/2011.

Saúde, mas considera pequeno o retorno em termos de ações por parte dessas unidades. Acrescentou que o PAST mantém um polo assistencial no mercado municipal onde, além de assistência médica, se faz também a vacinação dos feirantes.

Além dessas ações, o Programa vem concedendo alvará de saúde para ambulantes, num trabalho desenvolvido em parceria com a Subsecretaria de Posturas, já tendo 1.468 ambulantes cadastrados.

Na sede do PAST funcionam um ambulatório de especialidades, com médico do trabalho, reumatologista, fisioterapeuta e psicólogo, e um setor de assistência jurídica.

Observa-se pelos relatos, tanto da coordenação do CEREST, em entrevista no *site* da prefeitura, quanto da coordenadora do PAST, que a maioria das ações executadas pelos dois órgãos tem um viés assistencialista muito acentuado, muitas vezes com atividades que reforçam a rede de atenção do município, enquanto que as atividades de Vigilância em Saúde, com ações de prevenção, de extrema relevância, ficam relegadas ao esquecimento.

Segundo a Portaria nº 1.823 do MS, em seu artigo 14, cabe ao CEREST, no âmbito da RENAST:

- i- Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.
- ii- Dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

O CEREST deve, ainda, atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornar polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

O observado é que em Campos dos Goytacazes, talvez por falta de suporte técnico ou porque as ações assistenciais deem mais visibilidade político-eleitoral, essas atribuições não estão sendo cumpridas (LEÃO, 2011).

Há, também, uma grande subnotificação de acidentes e de patologias relacionadas ao trabalho, uma demora no diagnóstico das mesmas e, finalmente, uma postura negligente por parte dos profissionais de saúde, na prática clínica diária, com relação à Saúde do Trabalhador.

É cada vez maior o consenso entre os gestores, educadores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. A ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública, expressa nos princípios e

diretrizes constitucionais da Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, com a escassez de recursos, os dois maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS (Brasil – CNS, 2002), e conseqüentemente da RENAST.

É também senso comum entre as autoridades sanitárias do país a concepção de que o generalista é o perfil idealizado de profissional médico. No entanto, ao entrar na faculdade, os alunos, de modo geral, são desencorajados a participar de atividades ligadas à saúde pública e até as atividades em Unidades Básicas de Saúde têm um enfoque ligado à especialização.

Há, então, um contrassenso, por parte dos técnicos do Ministério da Saúde e gestores em saúde, ao se observar a desvalorização dos profissionais que atuam nas clínicas básicas: o clínico geral, o pediatra e o ginecologista. São eles tratados como profissionais de segunda linha, com remuneração sempre aquém da praticada para outras especialidades médicas. Observa-se um paradoxo entre o perfil idealizado para o médico e a valorização do profissional que adota esse mesmo perfil. Assim, antes de serem qualificados para que atuem no Sistema de Saúde, os profissionais médicos são precocemente direcionados para a especialização. Estranha e concomitantemente, é cobrada a presença de generalistas que queiram atuar em equipes do programa Saúde da Família no interior do país.

Entre as explicações para a pouca importância dedicada ao tema na prática médica, são citados: a competição por espaço nos densos currículos dos cursos médicos, o pouco domínio sobre o tema saúde relacionada ao trabalho no meio acadêmico e uma visão distorcida de que se trata de uma disciplina de conteúdo leve e que pode ser aprendido ou resgatado em qualquer momento da vida profissional. Harmon atribui o desinteresse que as disciplinas do campo da Saúde Pública exercem sobre os alunos à identificação com práticas profissionais restritas ao mercado de trabalho oferecido pelo Estado, longe dos ideais de prestígio e sucesso financeiro almejados no exercício da profissão médica (DIAS, 2006).

Tendo como foco a área de atenção à Saúde do Trabalhador, um aspecto a ser considerado é a forma periférica e marginal como vem sendo tratada, tanto no plano das políticas públicas, na organização de serviços, na formação de recursos humanos, quanto na delimitação dos processos saúde-doença.

O que se observa é que, por mais bem-intencionadas que sejam as proposições das resoluções dos conselhos de classe profissional, das portarias ministeriais ou de leis sancionadas por qualquer poder, em qualquer instância, a Saúde do Trabalhador só receberá o cuidado que merece quando essas intenções saírem dos gabinetes, demonstrando que é real a valorização dada aos trabalhadores.

Em 01 de outubro de 2013²², porém, indo de encontro a essa valorização, foi homologado um acordo histórico na Justiça do Trabalho, envolvendo três ações em trâmite no Tribunal Regional do Trabalho - TRT, 1ª Região, que resultaram na cobrança

²² Informações colhidas no Blog de José Paes Neto, ancorado no Jornal Folha da Manhã, do município de Campos dos Goytacazes em 02 de outubro de 2013, às 18h30min.

de multa ao Município de Campos dos Goytacazes e sua prefeita. As ações referem-se ao descumprimento das obrigações de contratação, no município, mediante aprovação em concurso público de provas e provas e títulos, conforme previsto na Constituição Federal. Foram constatadas nos autos, terceirizações e contratações temporárias irregulares na Administração Pública Municipal.

Esse acordo resolveu uma Ação Civil Pública e duas execuções de descumprimento de termos de ajustamento de conduta, TAC, as quais totalizavam cerca de R\$ 1 bilhão. A realização do acordo envolveu tratativas da Justiça do Trabalho da 1ª Região com o Ministério Público do Trabalho e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. “Trata-se de ocasião histórica, marcada pela quebra de paradigmas e voltada à mudança de cultura do trato municipal com a coisa pública, a começar pelo respeito aos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, eficiência e imprescindibilidade do concurso público”, observou o juiz auxiliar de Conciliação em 1º Grau Francisco Montenegro Neto, ressaltando que o cumprimento desse acordo vai refletir diretamente no bem-estar da coletividade e na qualidade de vida do cidadão campista. O valor total do acordo é de aproximadamente 100 milhões de reais.

Entre os ganhos sociais, destaca-se a dotação do CEREST regional de Campos dos Goytacazes em estrutura física, equipamentos, materiais e servidores públicos, voltados à execução do Projeto de implantação do Centro de Referência em LER/DORT, até 31 de março de 2014.

O não cumprimento do acordo sujeitará o município e o chefe do executivo municipal, solidariamente, à multa cuja destinação será prioritariamente para as alternativas a serem apresentadas pelos Ministérios Públicos em litisconsórcio, seguida de possível reversão para o Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT.

Será mostrada a seguir a Tabela 5, montada com números informados pela coordenação do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador. Os dados são relativos aos anos de 2011, 2012 e até o mês de junho de 2013. Segundo a coordenação do PAST, a justificativa para a ausência de dados dos anos anteriores é que antes essa coleta de dados “não era feita”.

Tabela 5 - Acidentes de trabalho em Campos dos Goytacazes, segundo o PAST

2011													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TÍPICO				53	44	39	49	61	12	57	63	43	421
TRAJETO			53	44	39	49	61	12	57	63	43	421	842
DOENÇA do TRAB.	243	97	81	29	47	51	61	87	78	58	83	54	969
TOTAL GERAL	243	97	134	126	130	139	171	160	147	178	189	518	2232
2012													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TÍPICO	61	10	44			26	47	56	30	33	42	58	407
TRAJETO	31	101		98	125	91	96	93	73	119	64	66	957
DOENÇA do TRAB.	84		71	66	86	42	105	79	74	88	40	46	781
TOTAL GERAL	176	111	115	164	211	159	248	228	177	240	146	170	2145
2013													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	TOTAL					
TÍPICO	41	21	6			180	181	429					
TRAJETO	53	58	122	140	197	136	196	902					
DOENÇA do TRAB.	33	18	87	164	41			343					
TOTAL GERAL	127	97	215	304	238	316	377	1674					

Fonte: PAST - Campos dos Goytacazes

A Tabela 6 a seguir foi elaborada confrontando os dados do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador com os dados da Previdência Social, embora isso só possa ser feito com relação ao ano de 2011, pois antes dessa data não há dados disponíveis no PAST, e os dados dos anos posteriores ainda não foram liberados pela Previdência Social.

Tabela 6 - Acidentes de trabalho em Campos dos Goytacazes, segundo o PAST e o DATAPREV

ANO	PAST Campos dos Goytacazes	DATAPREV
2011	2.232	1.376

Fonte: DATAPREV, 2011 e PAST Campos dos Goytacazes

Embora não tenha valor estatístico, a tabela foi mantida para mostrar a discrepância entre os dados fornecidos pelo PAST e os do DATAPREV, no ano de 2011. As conclusões possíveis são: ou os dados do PAST estão superdimensionados ou esses dados não estão sendo repassados para a Previdência Social, principalmente se considerarmos que, além dos dados coletados na emergência do Hospital Ferreira Machado, não foi informada outra fonte de coleta de dados.

A relevância do tema saúde e segurança no trabalho é de tal ordem que basta observar os dados estatísticos para vermos que, no Brasil, em 2011, segundo dados da Previdência Social, aproximadamente 1 morte ocorreu a cada 3 horas, ocasionada por riscos decorrentes dos fatores ambientais do trabalho e, ainda, cerca de 81 acidentes e

doenças do trabalho reconhecidos a cada 1 hora na jornada diária. Em 2011, observamos que cerca de 50 trabalhadores, por dia, não mais retornaram ao trabalho, devido à invalidez permanente ou morte.

Se for considerado exclusivamente o pagamento, pelo INSS, dos benefícios em razão de acidentes e doenças do trabalho, somado ao pagamento das aposentadorias especiais, decorrentes das condições ambientais do trabalho em 2011, encontra-se um valor da ordem de R\$ 15,9 bilhões/ano. Se forem adicionadas despesas como o custo operacional do INSS, mais as despesas na área da saúde e afins, o custo global atinge valor da ordem de R\$ 63,60 bilhões, segundo dados preliminares da Previdência Social.

A dimensão desses valores mostra a premência na adoção de políticas públicas voltadas à prevenção e proteção contra os riscos relativos às atividades laborais. A quantidade de casos, assim como a gravidade, geralmente apresentada como consequência dos acidentes do trabalho, e doenças relacionadas ao trabalho, muito além dos valores pagos, por si sós, evidenciam a necessidade urgente de construção de políticas públicas em Saúde do Trabalhador e a implementação de ações que objetivem transformar a realidade atual.

9 Conclusão

A rede municipal de atenção à saúde, em termos estruturais, exhibe precariedades em suas instalações, equipamentos e insumos. Em termos organizacionais, no entanto, embora tenha um número satisfatório de unidades de atendimento à saúde, menor desde o fim do PSF, e uma boa distribuição territorial das Unidades Básicas de Saúde, peca na qualidade da atenção. Mesmo tendo unidades de urgência e emergência que atendem de forma também satisfatória sua população e a de municípios vizinhos, deixa a desejar em termos de unidades de atenção secundária, muito centralizadas territorialmente, deixando boa parte do interior do município descoberta, inviabilizando o bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência e fazendo com que a integralidade da atenção fique comprometida.

Embora exista no município um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o CEREST regional, e um Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador – PAST, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST é uma desconhecida. Desconhecida dos trabalhadores e da grande maioria dos profissionais de saúde.

Observa-se que o CEREST regional tem um viés claramente assistencialista em suas ações, falhando principalmente no seu papel de suporte técnico de educação permanente, de assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de Saúde do Trabalhador e de orientar e ordenar essas ações, o que pressupõe no mínimo, segundo a Portaria 1.823 de 24 de agosto de 2012, a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil

epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) e a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

Ainda com relação ao CEREST e ao PAST há que ser dito que a continuidade do trabalho dos coordenadores está sempre comprometida, pois para cada mudança de partido no poder municipal, e têm ocorrido muitas mudanças, há também uma nova coordenação (contratada mediante indicação), submetendo a política pública a interesses político-partidários (LEÃO, 2011).

O fato de ter sido criado, em 2010, um Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador – PAST, nos moldes do antigo e extinto Programa Saúde do Trabalhador – PST, com profissionais em sua maioria contratados e uns poucos efetivos, trouxe descontinuidade e baixa qualidade nas ações desenvolvidas tanto pelo próprio PAST quanto pelo CEREST. Essa fragmentação gerou apenas mais uma instância no governo municipal e tende a ter um caráter meramente eleitoreiro. Assim, a política municipal de saúde do trabalhador fica ancorada na assistência, responsável por melhores dividendos político-eleitorais, em detrimento de ações de vigilância, e da articulação intrasetorial que é fraca e dos pactos intersetoriais que não existem (LEÃO, 2011).

O modelo de atenção da RENAST é o próprio modelo do Sistema Único de Saúde e está ancorado nos mesmos princípios de universalidade de acesso, integralidade da atenção, equidade e controle social, dentro de um determinado território, de forma hierarquizada e regionalizada, dando ênfase à estratégia da atenção básica e focado na Promoção da Saúde. Dessa forma a eficiência da política municipal para a Saúde do Trabalhador está tão comprometida quanto à atenção à saúde como um todo.

Também compromete a eficiência da RENAST, com não menor gravidade, a pouca familiaridade dos profissionais de saúde, entre eles os médicos, com as questões relativas à área de Saúde do Trabalhador. A subnotificação dos acidentes e, principalmente, das doenças relacionadas ao trabalho refletem o fato de que essas patologias muito provavelmente não estão sendo diagnosticadas ou há um grande desconhecimento da necessidade de notificação desses eventos, inviabilizando o desencadeamento das ações de Saúde do Trabalhador (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental) que acontecem a partir da identificação de um agravo à saúde.

Com relação às ações que se referem ao descumprimento das obrigações de contratação, no município, mediante aprovação em concurso público de provas e provas e títulos, conforme previsto na Constituição Federal e à constatação de terceirizações e contratações temporárias irregulares na Administração Pública Municipal, resta observar que se não houver uma cobrança efetiva, será mais um, dentre muitos, acordo a não ser cumprido.

Concluindo, a Saúde do Trabalhador, considerando a evolução dos conceitos referentes ao cuidado com a saúde de quem trabalha, em alguns setores, vive no

município de Campos dos Goytacazes um período anterior ao da “medicina de fábrica”, a Medicina do Trabalho. A realidade mostra que temos aqui as piores relações trabalhistas, somos campeões nacionais em trabalho análogo ao trabalho escravo, estamos na maioria das vezes às voltas com as normas regulamentadoras e com todo o aparato da Saúde Ocupacional e em raríssimos momentos vemos os princípios da Saúde do Trabalhador serem postos em prática. Há um longo caminho a percorrer e fica a impressão de que, apesar do empenho e dedicação dos técnicos do Ministério da Saúde, ocorre um arrefecimento da vontade política de que o SUS e, conseqüentemente a RENAST, funcionem. Mas esse é outro trabalho.

Referências

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital, *Educ. Soc.*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 4 maio 2013.

BRASIL. *Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943*. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). cap. 5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Lei nº 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>. Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância Epidemiológica no Sistema Único de Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia, p. 45-51, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 114). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/16_Doencas_Trabalho.pdf>. Acesso em: 18 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1679 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. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf>. Acesso em: 10 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 8 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005*. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 1 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3120 de 1998*. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3528565&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=3120&data=&dataFim=&ano=1998&pag=1>. Acesso em: 6 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 31 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho. *Portaria nº 3.214, de 1978*. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/portaria-n-3-214-de-08-06-1978-1.htm>>. Acesso em: 6 maio 2013.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Município de Campos dos Goytacazes. *Recomendação nº 8, de 22 de junho de 2011*. Disponível em: <www.prrj.mpf.mp.br/...municipios/...campos-dos-goytacazes.../document...>. Acesso em: 26 maio 2013.

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE CAMPOS. Núcleo de Estudos em Estratégia e Desenvolvimento. Boletim Técnico nº. 01/2001. *Observatório Socioeconômico da Região Norte Fluminense*, Campos dos Goytacazes, RJ, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1488/98. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 mar. 1998. Seção 1, p. 150. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1998/1488_1998.htm>. Acesso em: 3 jun. 2013.

COUTINHO, J. C. S. *Indústria cerâmica de Campos: um retrato em preto e branco*. 2005. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades)– Universidade Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2005.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, E. C.; HOEFEL M.G. 2005 O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out. /dez. 2005.

GANTOS, M. C.; FRANCISCO, Q. S; CARVALHO, F. C. A. História, memória social e fotografia: as usinas de açúcar de Campos dos Goytacazes no século XX. In:

ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA: O historiador e seu tempo, 18., 2006, Assis, SP. *Anais...* Assis: Associação Nacional de História/SP; Universidade Estadual Paulista, 2006. Acesso em: 20 jul. 2013.

GÓMEZ, C. M.; Costa, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 1997.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. *A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.3cnst@saude.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Editora Hucitec, 1989. 333 p.

LEÃO, L. H. C.; CASTRO, A. C. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3. mar. 2013.

LEÃO, L. H. C. Trabalho escravo contemporâneo: a construção social de um problema público no Norte Fluminense. *Rev. Psicologia e Sociedade*, v. 27, n. 1, p. 120-130, 2015.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, mar. 2011.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 25, p. 341-349, 1991.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1986.

RAMOS, I. S. et al. *A indústria da cerâmica vermelha em Campos dos Goytacazes e a inclusão social de artesãos da baixada campista através do projeto Caminhos de Barro*, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/ce/v54n331/a0354331.pdf>, acessado em 13/03/2013>. Acesso em: 1 abr. 2013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Ministério Público do Trabalho. Procuradoria do Trabalho no Município de Campos dos Goytacazes. *Termo de audiência pública*. PROMO 000325.2012.01.003/6 – 301. Disponível em: <http://prt1.mpt.gov.br/transparencia/atas-de-audiencias-publicas?task=baixa&format=raw&zarq=zZv-eaNzNkhClnkE0PqK1u0C_HmKJfOJ4UmDkkW5rOKdseRvXufXF0Lt4gPeRSLZ9xT6HLvqDCq_ixhSBAq-LD9G-Wy6ryo95ILG-5G8SzJeLZnQ0QE87svlc-jWU3Dp>. Acesso em: 2 jun. 2013.

SILVA NETO, R.; MANSUR, F. U. Caracterização da cadeia produtiva de confecções no município de Campos dos Goytacazes, RJ. SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12., 2005. Bauru, SP. *Anais...* Bauru, SP, 2005.

SOUZA, C. A. V.; MACHADO, J. M. H. Ministério da Saúde: a institucionalidade da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: _____. *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ed. IPEA/FUNDACENTRO, 2011.

VASCONCELOS, V. T. *As condições de vida e trabalho nas marmorarias do Norte*

Fluminense: pó sem perfume mata trabalhadores no norte Fluminense. 2003.
Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades)–Universidade
Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2003.

Artigo recebido em: 2 dez. 2014
Aceito para publicação em: 18 maio 2015