



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MARCELO PEREIRA DA ROCHA

**Análise da Situação de Saúde do Trabalhador na
Microrregião de Brumado, Estado da Bahia**

Salvador

2010

MARCELO PEREIRA DA ROCHA

**Análise da Situação de Saúde do Trabalhador na
Microrregião de Brumado, Estado da Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Professora Dr^a. Vilma Sousa Santana

Salvador

2010

Ficha Catalográfica

Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

R672a Rocha, Marcelo Pereira da Rocha.

Análise da situação de saúde do trabalhador da microrregião de Brumado,
Estado da Bahia / Marcelo Pereira da Rocha, 2010.

101 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vilma Sousa Santana.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal
da Bahia.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Avaliação da Situação em Saúde. 3. Condições de
Trabalho. I. Título.

CDU 613.62



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

MARCELO PEREIRA DA ROCHA

**Análise da Situação de Saúde do Trabalhador na Microrregião de
Brumado, Estado da Bahia**

A Comissão Examinadora abaixo-assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade federal da Bahia.

Data de defesa: 04 de maio de 2010

Banca Examinadora:

Profa. Vilma Sousa Santana /ISC/UFBA

Profa. Letícia Coelho da Costa Nobre / Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador/
SESAB

Profa. Marlene Silva / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador

2010

Aos meus pais, pela educação e cuidado com a família.
À minha esposa Célia, mulher especial e mãe dedicada.
Aos meus filhos Mariana e João Otávio, presentes de Deus.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas compartilharam comigo do mesmo sonho e se tornaram especiais em minha vida, de variadas formas contribuíram para que eu pudesse superar a insegurança, recomeçar sempre...

À professora Vilma Sousa Santana, apaixonada pela docência, me ensinou muito e acreditou em mim. Com ela pude conhecer e me inserir na atividade de pesquisa.

Aos colaboradores do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), especialmente Cláudia Peres, Cláudia Lisboa, José Bouzas, Sílvia Ferrite, Renata e Ana Pellegrini, pela ajuda nos momentos em que eu precisei.

Aos colegas da turma do mestrado, tanto da área de Gestão, como de Epidemiologia, agora amigos, companheiros de jornada, com os quais compartilhei medos, sonhos e realizações.

Aos colegas das Dires de Brumado e Boquira e CEREST de Vitória da Conquista pela parceria nos trabalhos na região Sudoeste da Bahia.

À minha diretora Tania Matias pelo apoio necessário, amizade e incentivo durante todo o decorrer do curso.

Aos colegas do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (Cesat), Letícia Nobre, Stael Gusmão, Isabela Cardoso, Edna Telles e demais funcionários, importantes atores do SUS na Bahia.

Aos colegas das equipes das Secretarias Municipais, do Colegiado de Gestão Regional e dos órgãos dos Ministérios do Trabalho e da Previdência pelos dados fornecidos para a pesquisa.

Aos professores do ISC, fiéis depositários e construtores do saber e Secretária Sonia Malheiros, sempre solícita e competente.

Que Deus, com toda sua bondade, possa iluminar o caminho de todos. Muito obrigado!

A inquietude não deve ser negada, mas remetida para
novos horizontes e se tornar nosso próprio horizonte.

Edgar Morin

RESUMO

A análise da situação de saúde dos trabalhadores, ASST, compreende a descrição dos indicadores epidemiológicos com dados qualitativos relevantes para desenvolver políticas públicas de saúde. Isto é crucial porque os dados de saúde dos trabalhadores são geralmente sub-notificados, incompletos, e os relatórios oficiais estão longe de fornecer informações precisas sobre as necessidades dos trabalhadores, especialmente para os grupos mais vulneráveis, como os da economia informal ou que mantêm emprego informal, os trabalhadores domésticos, crianças que trabalham, entre outros grupos. Assim, as políticas e programas desenvolvidos com base na análise de saúde de todos os trabalhadores podem estar mais adequadas para cumprir o princípio da equidade do SUS. Este estudo descreve a SST da Microrregião de Brumado, estado da Bahia, que abrange 21 municípios e 117.651 pessoas ocupadas. Os dados são do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, entre outras fontes. Trabalhadores desta região são em sua maioria do sexo masculino (67%), informais (70%) e com grande parte de analfabetos (27%). Na agricultura e na mineração, atividades de alto risco potencial, há grande contingente de trabalhadores empregados (44.707; 37%). A incidência cumulativa de acidentes de trabalho típicos entre os trabalhadores segurados foi 4,1x1.000 em 2005, 3,3x1.000 em 2006 e 4,8x1.000 em 2007, enquanto para as doenças relacionadas ao trabalho foi 6,4x1.000 em 2005, 3,7x1.000 em 2006 e 21,7x1.000 trabalhadores em 2007. A mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho entre os trabalhadores segurados foi 5,72x100.000 em 2007, inferior à estimada para o estado da Bahia (8,54x100.000). Foi elevada a proporção de intoxicações por agrotóxicos entre trabalhadores rurais. Especificamente em um ano, 94,34 de 10.000 propriedades rurais relataram ao menos um caso de intoxicação por agrotóxico na região, maior que a estadual (53,65x10.000). Esses resultados revelam a grande extensão e gravidade de problemas de saúde dos trabalhadores. A atuação das instituições de saúde é ainda incipiente, com cobertura por inspeções em ambientes de trabalho de somente 1% dos trabalhadores formais no período de 2007 a 2009. Recomenda-se o fortalecimento do cuidado à saúde dos trabalhadores, por meio do aumento da cobertura por vigilância das empresas de maior risco (grau definido pelo MTE) e o estabelecimento de programas para os grupos mais vulneráveis como os trabalhadores da agricultura que utilizam agrotóxicos, sejam formais ou informais.

Palavras-chave: Situação de Saúde, Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The analysis of workers' health regional status, WHRS, comprises the description of epidemiological indicators and qualitative data relevant to the development of public health policies. This is crucial because workers' health information is usually underreported, incomplete and official reports are far from give accurate data on workers' needs, particularly for the most vulnerable groups, like those in the informal economy or who hold informal employment, domestic workers, working children, among other groups. Therefore, policies and programs based on WRHA can be more adequate to comply with the principle of equity adopted by SUS. This study describes the WHRS of Brumado Microregion, Bahia state, that covers 21 municipalities and 117,651 workers. Data comes from the Health Ministry and Social Security Ministry, among other sources. Workers from this region are more likely to be male (67%), informal (70%), and illiterate (27%). In agriculture and mining, recognized as hazardous trades, there is a large number of workers (44,707; 37%). The cumulative incidence of work-related injuries among insured workers was 4.1x1,000 in 2005, 3.3x1,000 in 2006 and 4.8x1,000 in 2007, while for work-related diseases was 6.4x1,000 in 2005, 3.7x1,000 in 2006 and 21.7x1,000 workers in 2007. The mortality of work-related injuries and diseases among insured workers was 5.72x100,000 in 2007, lower than the estimated for Bahia state (8.54x100,000). The proportion of poisoning was increased among farm workers. Specifically in one year, 94.34 from 10,000 farms reported at least one pesticide poisoning case in the region, higher from the state of (53.65x10,000). These results reveal the large extension and severity of the workers' health problems. The responses of the health institutions is still poor. The coverage by labor inspections, for instance, is only 1% of the formal workers from 2007 to 2009. We suggest the strengthening of workers health acations in the region, increasing the coverage of workers health surveillance of the highest risk firms, and the intensification of programs focusing formal or informal farmer workers who handle pesticides.

Keywords: Health Status, Occupational Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. O caminho da produção do conhecimento para subsidiar a decisão	56
Figura 2. Macrorregiões de saúde do Estado da Bahia.....	99
Figura 3. Mapa das microrregiões de saúde da Bahia	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas da população de trabalhadores	73
Tabela 2. Distribuição das empresas e trabalhadores por grau de risco	74
Tabela 3. Incidência cumulativa de acidentes ocupacionais e não ocupacionais	75
Tabela 4. Incidência cumulativa de doenças ocupacionais e não ocupacionais por grupos diagnósticos CID e faixa etária, em trabalhadores do sexo masculino.....	76
Tabela 5. Incidência cumulativa de doenças ocupacionais e não ocupacionais por grupos diagnósticos CID e faixa etária, em trabalhadores do sexo feminino	77
Tabela 6. Distribuição da População e Área por Município	90
Tabela 7. Distribuição dos Municípios por Dires, Direc e Território de Identidade	91
Tabela 8. Distribuição dos Municípios por Dires, Direc e Território de Identidade	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAR	Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CAR	Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doenças
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CESAT	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CIRETRAN	Circunscrição Regional de Trânsito
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPPS	Centro Panamericano de Planejamento em Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do trabalhador
DERBA	Departamento de Estradas de Rodagem da Bahia
DIEESE	Departamento Intersindical de Estudos e Estatísticas Socioeconômicas
DIREC	Diretoria Regional de Educação
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
FIEB	Federação das Indústrias do Estado da Bahia
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
Km ²	Quilômetro Quadrado
LER	Lesões por esforços repetitivos

MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PEA	População Economicamente Ativa
PEAO	População Economicamente Ativa Ocupada
PSF	Programa de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPHAN	Instituto do patrimônio Histórico e Artístico Nacional
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NUSAT	Núcleo de Saúde do Trabalhador
PED	Programa de Emprego e Desemprego
PME	Programa Mensal de Emprego
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAC	Serviço de Atendimento ao Cidadão
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SEAGRI	Secretaria de Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPT	Saúde para Todos
SIT	Secretaria de Inspeção do Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SITI	Sistema de Informação sobre Focos de Trabalho Infantil no Brasil
SUB	Sistema Único de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
TI	Território de Identidade
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	19
2. CARACTERIZAÇÃO da MICRORREGIÃO DE BRUMADO	22
3. REVISÃO DE LITERATURA..	26
3.1. O Caminho para a Construção da Saúde do Trabalhador	26
3.2. O Planejamento em Saúde	29
3.2.1. A Incorporação do Planejamento nas Políticas de Saúde.....	31
3.2.2. O Planejamento em Saúde do Trabalhador	32
3.3. Análise de Situação de Saúde do Trabalhador	34
3.3.1. Perfil de Morbimortalidade em Saúde do Trabalhador	37
3.3.2. Serviços Relacionados à Saúde do Trabalhador	40
3.3.3. Informação e Sistemas de Informação	49
3.3.4. Qualidade da Informação	49
3.4. Trabalho Precário, Trabalho Infantil e Trabalho Escravo	51
4. QUADRO TEÓRICO	54
4.1. O Processo de Tomada de Decisão.....	54
4.2. Modelo Lógico	55
5. MATERIAL e MÉTODOS	57
5.1. População e Área	57
5.2. Fontes de Dados	59
6. RESULTADOS	60
6.1. Perfil dos Trabalhadores	60
6.2. Atividades Produtivas	61
6.2.1. Novos Empreendimentos	62
6.2.2. Formas Não-Aceitáveis de Trabalho	62
6.2.3. Utilização de Agrotóxicos e Intoxicação dos Trabalhadores	63
6.3. Casuística notificada no SINAN e Qualidade da Informação	63
6.4. Morbidade	64
6.5. Mortalidade	65
6.6. Serviços e Ações Relacionados à Saúde do Trabalhador.....	65
6.7. Organização dos Trabalhadores	68
7. DISCUSSÃO	68
8. CONCLUSÃO/ RECOMENDAÇÕES.....	78
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES	89

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada “Análise da Situação de Saúde do Trabalhador da Microrregião de Brumado, Estado da Bahia”, sob orientação da professora Vilma Sousa Santana, se enquadra na linha de pesquisa de análise da situação de saúde, com foco para a Saúde do Trabalhador.

A pesquisa está relacionada com a área em que atuo na 19ª. Diretoria Regional de Saúde (Dires), sediada em Brumado. Como o foco da pesquisa é voltado para a gestão, há uma relação direta com minha experiência profissional anterior, em que atuei como gestor municipal da saúde e também com o meu trabalho atual no setor de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador e no assessoramento ao Colegiado de Gestão Microrregional de Brumado.

Antes de meu ingresso, em 2007, como Sanitarista na Dires, tive poucos contatos com a área de Saúde do Trabalhador, somente com a leitura de alguns textos relacionados com a temática. Participando do Programa de Educação Permanente em 2007 e 2008 promovido pelo Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat), em Salvador, pude começar a compreender um pouco desse universo, que para mim ainda é complexo e, portanto, desafiador. A oportunidade de aprofundar mais no conhecimento da Saúde Coletiva veio com as aulas do mestrado, especialmente nas oficinas de pesquisa em que comecei a debruçar mais sobre o projeto de dissertação e a definir melhor o objeto de pesquisa, tarefa nada fácil!

Os contatos com o Colegiado de Gestão da Microrregião de Brumado e com o Curso de Gestão Regionalizada, promovido pela Escola Estadual de Saúde Pública e Secretaria Estadual de Saúde despertaram em mim a necessidade e o desejo de conhecer um pouco mais a situação em Saúde do Trabalhador, além dos limites do território da 19ª. Dires e desenvolver uma pesquisa com o potencial de buscar informações da Microrregião de Brumado, formada pelos territórios de atuação de duas Dires (Brumado - 19ª e Boquira – 23ª.).

A pesquisa para mim tornou se um desafio, dada a minha inexperiência com o campo da academia, com a construção do conhecimento científico e todo o rigor que lhe é peculiar e necessário. Além disso, tem a questão do tempo, os dias passam muito rapidamente e a duração prevista do Mestrado Profissional de um ano exige rapidez na pesquisa e tudo ainda fica mais complexo porque os alunos do mestrado,

assim como eu, trabalham e estudam, o que torna o tempo ainda mais escasso e precioso.

Durante todo o decorrer do curso tive momentos muito prazerosos, nas aulas, em contato com os professores e colegas do mestrado, fora da sala, nos corredores do ISC, mas, a maior alegria nesse período foi o nascimento de João Otávio, meu segundo filho, que veio trazer mais felicidade na vida de toda família.

O trabalho apresenta uma breve caracterização da região estudada, uma revisão literária com pontos relevantes para uma compreensão, em linhas gerais, da Saúde do Trabalhador, a metodologia empregada, resultados, discussão e conclusão, com recomendações.

A leitura da presente pesquisa, resguardadas suas limitações, pode ser recomendada aos interessados em compreender melhor a utilização da análise da situação de saúde na área de Saúde do Trabalhador, aos profissionais de saúde e gestores das diversas instâncias responsáveis em desenvolver ações voltadas à saúde dos trabalhadores.

1- INTRODUÇÃO

A identificação de problemas e necessidades dos trabalhadores é imprescindível para a formulação de políticas coerentes com a realidade vivida por aqueles que trabalham e enfrentam, no cotidiano de cada local de trabalho, os riscos relacionados à organização dos processos produtivos. Assim, é essencial a realização de estudos de situação de saúde para se conhecer de que as pessoas adoecem e morrem e como esses problemas se relacionam com as condições de trabalho e, portanto, em como evitá-los.

São inúmeros os entraves para a consolidação e legitimação de ações de saúde do trabalhador no SUS. Muitos gestores têm dificuldade em reconhecer o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença ou a sua relevância a ponto de priorizar ações nesta área. Também há um desconhecimento expressivo entre profissionais de saúde da existência de estratégias possíveis de prevenção ou promoção de saúde do trabalhador com modificações nos ambientes de trabalho (SANTANA e SILVA, 2009, p.25).

A análise de situação de saúde, em geral, compreende informações simples, mas indispensáveis, sobre as doenças e agravos que acometem a população de uma determinada comunidade, município ou qualquer território e outras informações importantes do contexto social. Nesse processo, o uso dos conhecimentos da Epidemiologia, disciplina que estuda o processo saúde-doença na sociedade, sua distribuição espacial, os fatores determinantes das enfermidades é fundamental. Com o conhecimento epidemiológico é possível propor medidas para a prevenção, o controle e erradicação das doenças e ainda subsidiar o planejamento, a administração e avaliação dos serviços de saúde (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 1992). Com isto, pode-se justificar o aumento dos recursos para a área da saúde, permitindo o melhor dimensionamento do nível de prioridade, colocando na pauta do planejamento a Saúde do Trabalhador. O planejamento, por sua vez, é entendido como “um processo de racionalização das ações humanas, que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (TEIXEIRA e VILASBOAS, 2009, p. 6).

A análise de situação de saúde facilita um melhor conhecimento da realidade e, a partir disso, a elaboração de políticas, prioridades de ações e serviços, com capacidade de intervir sobre determinantes, riscos e danos à saúde dos trabalhadores. Como ainda não foram encontrados estudos específicos sobre a situação de saúde dos trabalhadores da microrregião de Brumado, surgiram as seguintes perguntas de pesquisa: Quais são os principais problemas de saúde relacionados ao trabalho nessa microrregião? A que fatores de risco os trabalhadores estão expostos? Como o SUS está organizado na região para enfrentar esses problemas e necessidades de saúde?

Tentando responder a essas indagações, a pesquisa apresenta o seguinte objetivo geral: Descrever a situação da Saúde do Trabalhador na Microrregião de Brumado, Estado da Bahia e ainda apresenta os seguintes objetivos específicos:

Identificar os principais agentes e fontes de riscos potenciais para a saúde por meio da descrição do perfil de atividades produtivas;

Estimar dados de morbimortalidade geral e de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, por faixa etária, sexo e vínculo de trabalho;

Realizar um levantamento dos serviços/ações existentes relacionados à Saúde do Trabalhador na microrregião.

Buscando-se o alcance dos objetivos propostos foi realizada uma pesquisa associando modalidades diferentes de estudos, a depender do tipo de dado analisado: Ecológico – dados agregados por município que integra a região; Vigilância - dados obtidos do monitoramento sistemático (SINAN, SUB/INSS) Transversal – dados obtidos da população da região em determinado momento do tempo.

O estudo foi de natureza descritiva, partindo de dados secundários de vinte e um municípios que compõem o território em questão. Apresentou como vantagem o baixo custo, em virtude de se trabalhar com dados secundários e tem algumas limitações como a qualidade dos dados, sabidamente sujeitos ao sub-registro e cobertura de apenas de uma parcela de trabalhadores, no caso das informações geradas pela Previdência Social.

Espera-se que os resultados da pesquisa, ora apresentados, possam subsidiar o planejamento de ações em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS regional, com dados e informações importantes e específicos da região.

2. Caracterização da Microrregião de Brumado

Território de variadas belezas e riquezas naturais, a Microrregião de Brumado, composta por 21 municípios, fica localizada no semi-árido nordestino, região do polígono das secas, no sudoeste da Bahia, com área de 24.656 Km² e população de 401.652 habitantes (Apêndice A). As temperaturas, em geral são elevadas e o ar é seco, na maior parte das cidades, exceto em alguns locais, em que as temperaturas são mais amenas, como Ibicoara e Rio de Contas.

As microrregiões de Brumado, Itapetinga, Guanambi e Vitória da Conquista formam a Macrorregião Sudoeste (uma das nove macrorregiões de saúde do estado, definidas no Plano Diretor de Regionalização pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB), com 73 municípios, cujo maior centro econômico fica na cidade de Vitória da Conquista, para onde pessoas de toda a região se deslocam à procura de serviços na área de educação e saúde, comércio, dentre outras atividades.

O maior polo econômico da microrregião de Brumado e a maior população estão no município de Brumado, importante entrocamento rodoviário, onde passam as rodovias (BA 262, BA 148 e BR 030). A cidade possui muitas riquezas minerais e importantes mineradoras, como a Magnesita, Xilolite, Ibar Nordeste e a cimenteira Cimpor, fato que a tornou conhecida como “capital do minério”. A mineração é uma das maiores fontes de riqueza da cidade. Possui ricas jazidas de magnesita e talco, tendo a terceira maior mina de magnesita do mundo (Wikipédia, 2009).

A exploração de minerais também se encontra presente em outros municípios, como Macaúbas onde possui uma mina de mármore azul e de granito em Paramirim. Até 1992 uma empresa explorava o chumbo em Boquira, mas o trabalho foi interrompido, deixando um passivo ambiental no local.

O município de Brumado é a principal referência da microrregião na área de saúde, com a maior concentração de serviços tanto públicos como privados, sendo o Hospital Municipal Professor Magalhães Neto a principal porta de emergência do território. Também se destacam como referência na área de saúde os municípios de Macaúbas, Paramirim, Livramento de Nossa Senhora e Barra da Estiva, onde há unidades hospitalares e ambulatoriais atendendo em várias especialidades os próprios munícipes e usuários de locais circunvizinhos.

Importantes órgãos públicos que atendem a vários municípios também estão instalados em Brumado, a exemplo do Departamento de Estradas de Rodagens da Bahia (DERBA), Circunscrição Regional de Trânsito (CIRETRAN), Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional (CAR), Inspetoria da Receita Federal, Inspetoria da Receita Estadual, Junta comercial do Estado da Bahia, Diretoria Regional de Educação (DIREC). Além disso, por possuir várias agências bancárias e um comércio bastante desenvolvido, atrai diariamente um grande número de pessoas da região. Além de Brumado, os municípios de Livramento de Nossa Senhora e Macaúbas são importantes pólos regionais, onde também se encontram agências bancárias, mais opções no comércio e serviços diversos.

Como o sistema de transporte público é bastante precário é comum a utilização de transporte clandestino em vans e outros tipos de veículos das regiões rurais para as cidades e também entre os municípios. Somente em Malhada de Pedras, cerca de dez vans partem diariamente para Brumado, levando estudantes e outros passageiros. Percebe-se também o aumento de motocicletas em circulação, trazendo como consequência maior número de acidentes, muitos deles com óbitos.

Destacam-se na região a agropecuária e a agricultura. No geral, ainda utilizam-se técnicas rudimentares na lavoura, especialmente de milho, feijão e mandioca, mas nota-se um crescimento do uso das máquinas e irrigação na agricultura, a exemplo do cultivo de batatas em Ibicoara, do café em Barra da Estiva, da manga em Livramento de Nossa Senhora e do maracujá em Dom Basílio. Com a modernização das formas de produção, vem crescendo a utilização de agrotóxicos na lavoura.

Fruto típico da região de caatinga, bioma predominante na região, o umbu é encontrado em diversas localidades, a exemplo de Brumado e Aracatu, local em que o mesmo é comercializado por crianças, adolescentes e adultos à margem da rodovia que corta o município. A feira livre é o local preferido para a compra e venda de produtos em todas as cidades e vilas. No dia da feira as pessoas se encontram, conversam, revêem os amigos, uma verdadeira festa. Muitos produtos são encontrados nas feiras, como hortaliças, feijão, farinha de mandioca, roupas, cachaça de cana de açúcar e tantos outros, muitas oriundos de pequenas propriedades da região.

A festa mais tradicional de toda a região é sem dúvida o São João, comemorado em todos os municípios, com destaque especial para o forró de

Macaúbas. Nessa festa não faltam comidas e bebidas típicas como canjica e mingau de milho, licor e quentão, além de apresentação de quadrilhas e queima de fogos de artifício. Também há outras festas populares, como a Festa de Reis, as cavalgadas e o carnaval, no qual se destaca o de Rio de Contas, onde ainda há espaço para as marchinhas. As festas religiosas mais tradicionais são as que se celebram os santos padroeiros de cada cidade, das vilas e povoados de cada recanto. Vale a pena participar da festa de *Corpus Christi* em Rio de Contas, cujo ponto culminante é a procissão pelas ruas enfeitadas com tapetes coloridos, acompanhada por muitos fiéis, incluindo centenas de turistas, numa mistura rica de arte e religiosidade. A gruta de Ituaçu, onde há um santuário e a Vila Canabrinha em Paramirim, também atrai muitos fiéis para as romarias e outras festividades.

Na região também cresce o ecoturismo, com opções de passeios em trilhas, banhos de cachoeiras de águas límpidas e apreciação das orquídeas e bromélias em meio a serras, *canyons* e tantas outras maravilhas da natureza dentro da área de preservação do Parque Nacional da Chapada Diamantina. Os mais aventureiros escalam o Pico das Almas, um dos pontos mais altos da Bahia e praticam esportes radicais como o rapel. Para se acomodar há chalés e pousadas em Rio de Contas, onde está um dos mais importantes conjuntos coloniais da Bahia, tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN).

Como a oferta de emprego na região é reduzida, muitos vão trabalhar em São Paulo, interior de Minas Gerais e outras regiões, especialmente no corte de cana e no emprego doméstico, em vista da baixa qualificação da mão de obra. Os que por aqui ficam trabalham em suas próprias propriedades rurais, no comércio e outros postos de trabalho, com remuneração inferior à praticada em outros centros. Como as áreas mais propícias ao plantio são reduzidas, em virtude da irregularidade das chuvas, quase que não há áreas de assentamentos de trabalhadores rurais. Onde há melhores condições para a instalação de assentamentos no meio rural, já estão implantadas áreas destinadas a esse fim, como em Ibicoara.

Em Rio de Contas, berço da cultura e povoamento da região, se encontram as comunidades quilombolas de Bananal e Barra, já reconhecidas oficialmente, formadas por descendentes de escravos africanos remanescentes dos quilombos, onde ainda se preservam danças e músicas nativas e cuja subsistência provém da agricultura e pecuária rudimentares e do artesanato.

Na área educacional, o ensino básico é oferecido em todos os municípios em escolas da rede municipal, estadual e também particular. Nota-se um crescimento de vagas no ensino superior à distância em vários municípios, com cursos nas áreas de Administração de Empresas, Serviço Social e especialmente licenciaturas como Letras, Geografia Matemática e Biologia, através de faculdades particulares, com maior oferta de cursos nos municípios de Brumado, Macaúbas, Boquira, Livramento de Nossa Senhora. Só há uma universidade pública na região, a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), com campus em Brumado, no qual funciona o curso de Letras e Pedagogia. Mas, muitos estudantes ainda se deslocam para estudar em outras cidades, tanto fora da Bahia, com grande número de alunos em Minas Gerais, ou então em cidades baianas como Caetité, Guanambi, Vitória da Conquista, Feira de Santana e Salvador (CGRS, 2009)

Os órgãos do estado que atuam na região, como os da área de saúde e educação não possuem a mesma área de atuação (Apêndice B). As Diretorias Regionais de Educação estão localizadas em Brumado e em Macaúbas e as sedes das Diretoriais Regionais de Saúde estão instaladas em Brumado e Boquira, com área de abrangência semelhante aos das Dires, à exceção do município de Guajeru pertencente à Direc de Caetité. Por sua vez, os municípios se encontram distribuídos em quatro Territórios de Identidade (TI) distintos: Sertão Produtivo, Bacia do Paramirim, Chapada Diamantina e Vitória da Conquista. Os TI são as unidades de planejamento para as políticas do governo estadual. Como esses desenhos regionais não coincidem, fica mais difícil fazer as articulações necessárias para um bom planejamento integrado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Na realidade, cada ato nosso é presente e agimos em função do futuro. A ação é presente, mas a aspiração dela é o futuro.

Milton Santos

3.1. O Caminho para a Construção da Saúde do Trabalhador

Até se constituir o que hoje se denomina Saúde do trabalhador houve um itinerário de lutas e conquistas. Como marco tem-se a Medicina do Trabalho, especialidade médica surgida na Inglaterra, no século XIX, no contexto da Revolução Industrial. Para ampliar a produção e auferir mais lucros, os trabalhadores eram submetidos a jornadas de trabalho extenuantes e desumanas, contribuindo para o adoecimento destes. Consultado por um empresário, Dr. Robert Baker, médico inglês, indicou ao dono de uma fábrica têxtil:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existem pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência das causas que podem ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários (MENDES e DIAS, 1991, p.341).

Depois de expressar sua idéia, Baker foi contratado pelo dono da fábrica, surgindo assim, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho. Este modelo mostrou-se insuficiente para dar conta dos problemas decorrentes da incorporação de novas tecnologias, com processos de produção mais complexos e muitas perdas de vidas, especialmente após a II Guerra Mundial. Daí a necessidade da implantação de equipes multidisciplinares formadas por médicos, engenheiros e outros profissionais, caracterizando a Saúde Ocupacional.

A abordagem, então centrada no indivíduo, desloca-se para os riscos inerentes ao ambiente de trabalho, com ênfase na higiene industrial voltada para o controle de riscos ambientais. De acordo com Dias e Hoefel (2005, p. 818) o trabalhador continuava sendo um objeto das ações desenvolvidas no ambiente de trabalho.

A partir de 1950, com a melhoria das condições de vida e uma maior consciência da relação entre trabalho e adoecimento, foi fortalecida a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e vida, propiciando o surgimento de uma nova concepção denominada Saúde do Trabalhador. No Brasil, esta proposta surge durante os anos 80 do século passado com uma sociedade ávida por mudanças em todos os setores, incluindo a política, a educação e também a saúde, em meio a um intenso processo de redemocratização, culminando com uma nova Constituição Federal em 1988, em que a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho são previstos como parte integrante do setor da saúde, no artigo 200.

No entanto, somente em 19 de setembro de 2002 por meio da Portaria 1.679 foi instituída no âmbito do Ministério da Saúde a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) privilegiando sua estruturação com ações na rede de atenção básica e no Programa de Saúde da Família, nos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador e na rede assistencial de média e alta complexidade. Em 2003, a Renast busca ampliar a sua atuação privilegiando a sua articulação intra-setorial, em especial com a atenção básica e intersetorialmente envolvendo os ministérios da previdência, do trabalho e do emprego (DIAS e HOEFEL (2005, p.821).

A Saúde do Trabalhador como campo de práticas e conhecimentos surgiu nos anos 80, no contexto da saúde coletiva, sob influência da medicina social latino-americana e no bojo do movimento pela reforma sanitária, num contexto marcado pela mobilização dos movimentos populares, estudantes, profissionais e pesquisadores ligados à medicina social.

A Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) nas relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central um novo ator: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças político econômico e sociais (LACAZ, 2007, p. 757).

A década de 80 foi marcada pela mobilização da sociedade em torno das proposições da Reforma Sanitária, face à exclusão do acesso de grande parte da população aos serviços públicos de saúde. Em meio a esse processo de lutas, com mobilização da academia, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores organizados, foi garantida a inclusão no texto da Constituição de 1988, da Saúde dos trabalhadores como responsabilidade do SUS. Na mesma época foi implantado o Cesat, na capital da Bahia, Salvador, atualmente se constituindo como uma diretoria vinculada à Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

A Saúde do Trabalhador ainda é um campo em processo de consolidação e estruturação, tendo como objeto o processo saúde-adoecimento dos trabalhadores, em suas mais diversas relações com o trabalho, com ênfase aos seus determinantes sociais e ao desenvolvimento produtivo e econômico da sociedade. Busca atuar relacionando-se com outras áreas da saúde, como também com outras disciplinas, fundamentando-se em ações multiprofissionais e interdisciplinares, dada a complexidade do objeto de trabalho e da sua abrangência interinstitucional.

A categoria trabalho na acepção marxista, segundo Lacaz (2007, p. 759), é “ontologicamente a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo, não sendo, portanto, externa ao homem”. O autor compreende que é necessário desvelar os efeitos nocivos do processo de trabalho no capitalismo e suas implicações, que conformam um nexos biopsíquico expresso pelo desgaste impeditivo da fluência das potencialidades e criatividade do ser humano, extrapolando a visão clássica limitada a acidentes e doenças.

A partir desta compreensão, a Saúde do Trabalhador busca o resgate do lado humano do trabalho, tendo o trabalhador como sujeito ativo e participante da proteção e manutenção de sua saúde, pois é o mesmo quem mais conhece os riscos inerentes ao seu processo de trabalho e precisa exercer sua função sem prejuízo de sua integridade física e mental.

Considera-se trabalhador, o indivíduo que mantém qualquer atividade laboral, no mercado formal de trabalho ou mesmo trabalhando na informalidade, sem carteira assinada ou sem direitos previdenciários. Nos tempos atuais, observa-se uma enorme diversidade de natureza dos vínculos e relações de trabalho e uma tendência crescente do setor informal e do trabalho precário, acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas. Além disso, no parque produtivo

brasileiro convivem simultaneamente, processos de produção modernos, com tecnologias e métodos gerenciais sofisticados, ao lado e complementares de formas arcaicas e artesanais que utilizam técnicas obsoletas. A complexidade e diversidade das condições e ambientes de trabalho dificultam estabelecer prioridades e ações para a eliminação e controle de riscos, incluindo a definição da forma de intervenção do Estado nos ambientes de trabalho para a atenção à saúde (BRASIL, 2004, p.5-6).

3.2. O Planejamento em Saúde

O desenvolvimento científico e tecnológico e a complexificação dos processos de trabalho tem ampliado o interesse pelo planejamento. Cada ente federado já realiza o seu processo de planejamento na área da saúde, mesmo que seja apenas de forma normativa, com nenhuma ou pouca participação dos trabalhadores e da comunidade, como se dá em muitos locais ou então de forma participativa, com a presença de diversos atores importantes para o SUS, como preconiza o planejamento estratégico.

O ato de planejar se materializa com os instrumentos de gestão, como os planos de saúde, produtos de um processo político, ao tempo que se constitui também como um guia para a ação dos gestores e técnicos responsáveis pela organização dos sistemas de saúde, contendo as propostas de ação priorizadas nos diversos setores de trabalho. Determinar as prioridades para a gestão significa escolher os problemas e ações aos quais se concederá maiores investimentos em termos de intervenção, levando em conta o caráter praticamente ilimitado de problemas e a limitação de recursos para o seu enfrentamento. A determinação dessas prioridades pode ser realizada a partir de critérios subjetivos dos atores envolvidos, ou então, como defendem os teóricos do planejamento, de forma racional, sendo os critérios mais utilizados, oriundos do CENDES-OPS (magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos). Os três primeiros operam em proporção direta e os custos em proporção inversa, ou seja, quanto maior o problema e menores os custos da intervenção, maior a possibilidade de ser priorizado (TEIXEIRA, 2001, P.23).

A Portaria n.º 548, de 2001, do Ministério da Saúde, orienta a elaboração dos instrumentos de gestão do SUS. A proposta é que os planos de saúde sejam documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e

de metas, partindo de uma visão analítica, com a sua aprovação realizada pelo conselho de saúde, em cada nível de governo correspondente. Nesses planos entram ou não os problemas de saúde do trabalhador, a depender dos atores que participam na elaboração dos mesmos, as concepções que norteiam a sua construção, o propósito da gestão e as prioridades. O ideal é que nos planos haja um diagnóstico da situação de saúde, amplo, bem delineado, de forma a retratar a realidade de cada território e de cada segmento populacional, como aqueles que vivem na periferia, nas áreas rurais, os sem teto, os desempregados, dentre tantos outros.

Ainda há muito a avançar para a inclusão da Saúde do Trabalhador nos planos de saúde municipais ou regionais. No Relatório Final da 13ª. Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2008, p.48) recomenda-se a inserção das ações de saúde do trabalhador nos planos municipais, estaduais e nacional, garantindo também o seu financiamento. Como cada município deve possuir o seu Plano Municipal de Saúde contemplando elementos como a análise da situação de saúde e as prioridades da gestão, é preciso incluir no mesmo informações sobre saúde do trabalhador. Isto deve ocorrer mesmo nos municípios de pequeno porte, já que essas ações devem ser desenvolvidas também na atenção básica, responsabilidade inerente a todas as secretarias municipais de saúde. Para isto, há muitos dados e informações disponíveis, oriundos de instituições da área de saúde e outras, externas ao SUS. A Portaria nº. 2.437 (Brasil, 2005) explicita que as ações de Saúde do Trabalhador sejam expressas em Plano de Ação Nacional, de caráter operativo, em consonância com o Plano Nacional de Saúde, elaborado para um período de quatro anos, contendo as diretrizes para a elaboração dos planos estaduais e municipais.

Os planos de ação em Saúde do Trabalhador, municipais ou regionais, elaborados a partir do diagnóstico da situação dos trabalhadores, devem estar em consonância com as diretrizes da política nacional, reconhecendo em cada território as necessidades em saúde e propondo ações de cura, prevenção, promoção e reabilitação, levando em conta a necessidade de descentralização e hierarquização da rede de atenção, de forma a garantir o cuidado integral aos trabalhadores, conforme a Lei 8.080, de 1990.

Deve-se constar nos planos de ação os objetivos, metas, operações e projetos que possam contemplar itens como: a forma de organização das ações

assistenciais; a estruturação das ações de vigilância; a sistematização das ações de informação de acordo com a Portaria GM/MS 777/04; a política de comunicação e educação permanente em Saúde do Trabalhador e as ações de promoção da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2006, p. 35-6).

3.2. 1. A Incorporação do Planejamento nas Políticas de Saúde

O planejamento foi adotado no Brasil, já no século passado, nas políticas voltadas ao combate às epidemias. Apesar disso, para os estudiosos, o marco para a incorporação do planejamento na saúde, na América Latina, só deu na década de 60, com o método CENDES-OPS, proposta de transposição da visão economicista do governo para a saúde, baseado em diagnóstico de agravos à saúde, de forma descritiva e com baixa capacidade de explicação da situação epidemiológica. (TEIXEIRA E VILASBOAS, 2009, TEIXEIRA, 2001).

Posteriormente, nos anos 70, incorpora-se ao planejamento o enfoque estratégico, a partir do trabalho “Formulacion de Politicas de Salud”, oriundo do Centro Panamericano de Planejamento em Saúde (CPPS), contrário à prática tradicional, normativa. Depois, surge a Estratégia de Saúde para Todos (SPT 2000), com a incorporação dos estudos sobre a necessidade de saúde, tomando como ponto de partida a postergação de grupos populacionais, decorrentes da distribuição injusta da renda, interferindo diretamente nas condições de vida dos mesmos.

As necessidades sociais de saúde são definidas em função das concepções vigentes acerca do processo saúde-doença, sejam “científicas” ou derivadas do “senso comum”, bem como em função das aspirações e valores existentes em cada sociedade. Podem corresponder, portanto, a carências reais (materiais) ou simbólicas (desejos, fantasias) (TEIXEIRA e VILASBOAS, 2009, p 17).

Partindo dos questionamentos aos métodos de planejamento até então formulados, outras propostas foram apresentadas, como o Pensamento Estratégico, de Mário Testa e o Planejamento Situacional, de Carlos Matus. Este último toma como ponto de partida a noção de situação, numa tentativa de explicar a realidade, partindo da identificação de problemas, sua descrição e análise, superando a noção de diagnóstico (de caráter rígido e objetivo) e aproximando de uma explicação situacional, de caráter ativo, enfatizando a dinamicidade do processo, e

compreendendo os conflitos e contradições do sistema social. (MATUS, 1993, p. 215-220).

3.2.2. O Planejamento em Saúde do Trabalhador

A formulação de políticas nacionais em Saúde do Trabalhador é realizada por diversas instâncias, como os Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e da Saúde. As ações executadas, em geral são fragmentadas, o que torna um desafio a efetivação de uma política de saúde para os trabalhadores.

Há uma proposta, ainda em discussão (Brasil, 2005) elaborada por um grupo de trabalho interministerial, voltada para a definição dos fundamentos de uma política de segurança e saúde do trabalhador, como tentativa de observar as interfaces comuns existentes entre os diversos setores governamentais. Santana e Silva (2009, p. 26) destacam que ainda não há um documento formal assinado e divulgado com a definição de uma política de Saúde do Trabalhador, demanda formalizada em 1986, na 1ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) em construção incorpora os princípios do SUS, criado a partir da Constituição Federal de 1988, compreendendo a saúde como um direito das pessoas, não só na assistência, nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mas também no campo da prevenção, cura e reabilitação, tendo como diretrizes a integralidade do cuidado, a articulação intra e intersetorial e o controle social.

As políticas do SUS, inclusive a de Saúde do Trabalhador, buscam atender uma de suas diretrizes, a descentralização, que implica em um processo de articulação permanente entre a União, Estados e Municípios. Os espaços privilegiados para as decisões, sempre em consenso, são as Comissões Intergestores Tripartite – CIT, composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta pelos representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Ressalta-se também a importância dos conselhos de saúde (municipais, estaduais e nacional), onde se define políticas de saúde em cada instância da gestão.

Como tentativa de organizar a atenção integral à saúde dos trabalhadores brasileiros, foi instituída, através da portaria nº. 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, preconizando a implantação de uma Rede de Centros de Referência em Saúde do trabalhador (CRST) de abrangência estadual ou regional. Essa rede também foi pensada com a incorporação de ações nos serviços de média e alta complexidade, como também na atenção básica, aí incluindo o Programa de Saúde da Família (PSF), partindo do pressuposto que todos os serviços de assistência devem realizar ações relacionadas a essa área e não somente os centros de referência.

O controle social na formulação e direcionamento de políticas de saúde também é parte integrante e importante do SUS, pois permite espaços de compartilhamento de poder, de exercício da cidadania e protagonismo dos sujeitos, inclusive usuários do sistema e, em particular, os trabalhadores e empregadores. A participação dos trabalhadores é fundamental na identificação de fatores de risco presentes no processo de trabalho, das repercussões do processo saúde-doença e das transformações das condições geradoras de acidentes e doenças (BRASIL, 2006, p.28).

O resgate do “saber do trabalhador” sobre as relações trabalho-saúde-doença e a necessidade de democratização da informação ocupam o centro da cena, passando os trabalhadores da condição de objeto das ações de saúde para sujeitos desse processo, pelo conhecimento que já dispõem sobre o processo de trabalho e seu impacto sobre a saúde e pela possibilidade de mobilizados, implementarem mudanças nas condições causadoras de doenças e morte (DIAS, 2004, p.6).

A participação popular no SUS foi institucionalizada com a Lei nº. 8.142, de 1990, com a definição das instâncias colegiadas de participação, as conferências e os conselhos de saúde, com o papel deliberativo e fiscalizador das políticas de saúde, representando uma inovação na democratização da discussão dos problemas e prioridades, com a presença das pessoas que utilizam os serviços de saúde.

No entanto, o controle social não se resume ao SUS. Outras instâncias como o Ministério Público, Controladoria Geral da União, organizações da sociedade civil, dentre inúmeras outras, têm atribuições de realizar o controle das políticas. O funcionamento do controle social seria melhor se as instituições trabalhassem em rede sintonizadas com os conselhos de saúde. (MOREIRA, 2008, p 17).

Especificamente em Saúde do Trabalhador foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, sendo a primeira delas em 1986; a segunda em 1994 e a última, em 2005, tendo como o tema central “Trabalhar sim! Doer, não!”. Além disso, há instâncias específicas de participação popular na Renast, a exemplo do Conselho Gestor dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST).

A CIST nacional assessora o Conselho Nacional de Saúde nas questões de saúde do trabalhador, mesmo papel desempenhado pelas CIST estaduais. Na Bahia, a CIST foi criada em 1996 e funciona como uma câmara técnica do Conselho Estadual de Saúde, com representação do governo e dos sindicatos, atualmente com reuniões ordinárias bimensais. (BAHIA, 2009).

Da mesma forma, os conselhos municipais devem constituir comissões intersectoriais para a discussão de assuntos referentes à segurança e saúde da população trabalhadora e também implantar conselhos locais, ampliando espaços para a participação das pessoas das diversas localidades, facilitando a discussão de assuntos de interesse do cotidiano das comunidades.

O controle social também pode ser exercido em comissões tripartites, tanto nacionais quanto estaduais, com representantes das bancadas do governo, dos empregadores e dos trabalhadores, criadas para tratar de um assunto específico, a exemplo da Comissão Nacional Permanente do Benzeno, com a finalidade de buscar soluções consensuadas para a implementação do Acordo Nacional do Benzeno (KATO e SANTANA, 2009, P. 8).

3.3. Análise da Situação de Saúde do Trabalhador

A análise da situação de saúde, segundo Teixeira (2001, p.11) é a identificação, descrição, priorização e a explicação dos problemas de saúde da população, objetivando identificar necessidades sociais de saúde e prioridades de intervenção. Essa análise “deve apresentar um inventário de problemas bem delineados, apontando os que precisam ser melhor investigados para se conhecer as possíveis causas e as melhores soluções” (KATO, e SANTANA, 2009, p. 39).

Em razão da dificuldade em se conceituar o que é saúde, entendida genericamente como “bem estar físico, mental e social”, as necessidades de saúde, em geral, são identificadas a partir de agravos e riscos presentes nos diversos

ambientes. Para se identificar os problemas é preciso distinguir a noção de população com a qual está se trabalhando, ou seja, como coletivo de indivíduos ou de grupos sociais definidos a partir da inserção na produção e reprodução da sociedade em seu processo histórico. A identificação dos problemas de saúde exige a caracterização da população de acordo com variáveis biológicas (sexo, idade), ecológicas (lugar), socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação), culturais e políticas, o que remete ao debate sobre os indicadores de saúde, recuperando a contribuição da epidemiologia, implicando na definição do que (problema), quando (hoje, ontem e amanhã - problemas atuais e potenciais), onde (mapeamento das condições de vida e saúde) e quem, os grupos sociais distintos afetados por problemas, localizados em territórios, no entanto em movimento, no espaço e tempo, modificando seu perfil epidemiológico e social (TEIXEIRA, 2001, p.11).

O perfil da morte e do adoecimento resultam da amalgamação de muitos fatores que podem ser sintetizados em quatro grupos de causas: doenças comuns, sem relação com o trabalho, aparentemente; doenças comuns, como as crônico-degenerativas, infecciosas e neoplasias, eventualmente modificadas com aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu início, sob determinadas condições de trabalho, ocorrendo por exemplo em motoristas de ônibus em grandes cidades; doenças comuns que se tornam mais complexas ou tem aumentado o seu espectro etiológico, como a asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida por ruído (ocupacional), doenças músculo-esqueléticas e alguns transtornos mentais são exemplos do efeito aditivo ou sinérgico das condições de trabalho nos quadros nosológicos. Por fim, têm-se os agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais, a exemplo da asbestose e silicose. Os três últimos grupos citados formam a família de doenças relacionadas ao trabalho, conforme classificação proposta por Schilling, em 1984 (BRASIL, 2001, p.27).

Os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho, classicamente podem ser classificados em cinco grupos: os físicos, no qual são incluídos ruído, vibração, radiação, temperaturas extremas, pressão atmosférica anormal, dentre outros; os químicos, relacionados a agentes e substâncias químicas, na forma líquida, gasosa ou partículas de poeira, minerais ou vegetais; os biológicos, grupo em que estão vírus, bactérias e parasitas

associados ao trabalho em hospitais e na agricultura/pecuária; os ergonômicos e psicossociais, decorrentes da organização e gestão do trabalho, a exemplo da utilização de equipamentos e mobiliário inadequados (levando a posturas incorretas), locais mal iluminados, pouco ventilados, trabalhos em turnos e noturnos, trabalho monótono ou em ritmo excessivo, pressão por produção, relações autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros e por fim, os mecânicos e acidentes, relacionados à proteção de máquinas, arranjo físico, limpeza e ordem do ambiente de trabalho, sinalização e outros que podem contribuir para os acidentes do trabalho (BRASIL, 2001, p. 28-9).

Tomando a saúde coletiva como uma prática, Paim (2006, p.154) reconhece como objeto de trabalho da mesma, as necessidades sociais de saúde, e não apenas problemas de saúde, a exemplo de riscos, agravos, doenças e mortes. Diante disso, o autor admite a necessidade imperativa de se realizar uma análise dessas necessidades e seus determinantes nas populações, sendo o saber epidemiológico o meio de trabalho para a sua apreensão, e não a clínica, com potencial limitado para a sua explicação.

Não existe uma regra fixa para se realizar uma análise da situação de saúde e uma mesma situação pode ser vista e observada sob diferentes perspectivas, a depender da situação do ator que explica, de suas convicções, o que pode gerar explicações equivocadas. A explicação situacional é entendida como uma reconstrução simplificada dos processos causadores dos problemas evidenciados pelo ator, de tal modo que os elementos de cada um dos processos estão inter-relacionados na origem destes problemas. (MATUS, 1993, p. 311).

A análise da situação de saúde dos trabalhadores e sua monitorização devem se apoiar na definição de indicadores específicos, atendendo recomendações do Comitê Temático Interdisciplinar Saúde, Seguro e Trabalho da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. No âmbito do SUS serão definidos instrumentos específicos para a vigilância de agravos relacionados ao trabalho, a ser incorporado ao Sistema de Informações de Agravos e Notificação (BRASIL, 2006, p.63).

3.3.1. Perfil de Morbimortalidade em Saúde do Trabalhador

As diferentes características regionais do Brasil e as mudanças em curso têm variados efeitos sobre a saúde e delinham perfis epidemiológicos “mutantes” na população trabalhadora. A implantação de tecnologias de ponta foi responsável pela redução de alguns fatores de riscos ocupacionais em certos campos de atividades, mas gerou outros riscos. Um exemplo é a informatização, aliada a recentes formas de organização do trabalho, que induz ao uso excessivo e repetitivo de grupos musculares específicos, levando a doenças do sistema musculoesquelético em vários ramos de atividade. Outros fatores de risco têm sido introduzidos nos ambientes de trabalho, traduzidos na crescente carga psíquica e sofrimento mental (DIAS, 2004, p.2 e WÜNSCH FILHO, 2004, p.103-105).

Entre os trabalhadores segurados, Santana e Silva (2009, p. 22) apontam queda no coeficiente de mortalidade por acidentes de trabalho em 19%, passando de 22 para 17,8 por 100 mil trabalhadores, considerando o período de 1988 a 1997. Já, na década seguinte, com dados analisados até 2006, a redução foi da ordem de 10,3 x 100.000, com variação percentual de – 45%, observando-se uma maior redução entre os homens, revelando importantes diferenças de gênero, fato a ser considerado no processo de planejamento de ações de prevenção.

Outros dados da Previdência Social também apontam uma redução dos acidentes de trabalho típicos notificados através da CAT, nas últimas décadas. Em 1970 a incidência era de 167 acidentes por mil trabalhadores segurados pela Previdência Social. Essa incidência reduziu-se a 78 por mil, em 1980, alcançando 30 por mil, em 1990 e 17 por mil, em 2000. Já, a queda da mortalidade foi menos intensa, havendo uma redução de 31 para 15 por mil trabalhadores, entre 1970 a 2000. A razão entre acidentes de trabalho fatais e acidentes notificados demonstra uma grande faixa de variação entre regiões e países, de 1 por 10 na África até 1 por 1.818 na Finlândia e 1 por 2.029 nos Estados Unidos. No Brasil, o padrão de 1:100 fica longe do padrão africano, porém mais distante ainda do patamar dos países desenvolvidos. Uma relação baixa indica subnotificação dos acidentes menores e leves, fato relativamente comum, no entanto mais acentuado nas regiões subdesenvolvidas. Outros fatores inter-relacionados devem ser levados em conta para explicar a tendência de notificação de acidentes no Brasil, como a transferência de etapas de produção para empresas de menor porte, em geral, fora do mercado

formal, com conseqüente redução da mão de obra com carteira assinada e também a importante migração de mão-de-obra do setor secundário para o terciário (WÜNSCH FILHO, 2004, p.107).

Os acidentes de trabalho continuam a ser a principal causa de morte entre trabalhadores brasileiros, no exercício de suas atividades. Com a transferência contínua de trabalhadores para atividades da economia informal, esses eventos têm sido menos notificados e interpretações baseadas apenas nos trabalhadores do setor formal induzem a pensar erroneamente que os acidentes de trabalho estariam sob controle (WÜNSCH FILHO, 2004, p.108).

Em 2007, foram registrados (BRASIL, 2009), de acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), cerca de 653,1 mil acidentes do trabalho, dados restritos aos trabalhadores segurados. Em relação a 2006, o número de acidentes de trabalho aumentou 27,5%. O maior impacto deste aumento (98,6%) deveu-se aos acidentes sem CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) registrada oriunda da nova sistemática de concessão dos benefícios acidentários, com a instituição do Nexu Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) na atividade de concessão de benefícios acidentários. Com a nova metodologia, alguns agravos, que antes eram registrados como não-acidentários são classificados como acidentários atualmente, com base na correlação entre as causas do afastamento e o setor de atividade do trabalhador. Como estes casos são presumidos, não há a necessidade da emissão da CAT. Ou seja, este acréscimo de 27,5% nas notificações dos acidentes e doenças do trabalho representa a soma dos registros com CAT e sem CAT.

Para a Previdência, os acidentes de trabalho (inclui também doenças profissionais ou doenças relacionadas ao trabalho) são os que ocorrem pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou mesmo entre os segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causem a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho

Do total de registros de acidentes de trabalho em 2007, os acidentes típicos representaram 80,7%, os de trajeto 15,3% e as doenças do trabalho 4%, com maior proporção do sexo masculino (79,3%). Embora a entrega da CAT deva ser feita em até 48 horas da ocorrência do acidente, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) recebe o documento a qualquer tempo, podendo ocorrer de uma CAT referente a um

acidente ser entregue depois de concedido um benefício acidentário originado deste acidente (BRASIL, 2009).

Os subgrupos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com maior número de acidentes típicos registrados foram os trabalhadores de funções transversais (inclui operadores de robôs, condutores de equipamentos de elevação e movimentação de cargas, dentre outros) com 13,9% do total; nos acidentes de trajeto foram os trabalhadores dos serviços, com 19,5%; enquanto nas doenças do trabalho, foram os escriturários, com 14%. Na distribuição por setor de atividade econômica, o setor agrícola participou com 5,1% do total de acidentes registrados no INSS, indústrias com 49,3% e setor de serviços com 45,6%, excluídos os dados de atividade “ignorada”. Nos acidentes típicos, os subsetores com maior participação nos acidentes foram produtos alimentares e bebidas, com 12%, seguido de saúde e serviços sociais, com 8,5% do total. Nos acidentes de trajeto, as maiores participações foram dos serviços prestados principalmente a empresas (13,5%) e do comércio varejista com 12,6% do total. Nas doenças de trabalho, foram os subsetores intermediários financeiros, com participação de 12,2% e o comércio varejista, com 8,9% (BRASIL, 2009).

Dados do SINAN (sistema de notificação da saúde, com registro de agravos confirmados em trabalhadores formais e informais) referentes ao período de 2007 a 2008 apontam o registro de 18.477 acidentes de trabalho “graves” em 2007 e de 28.266 em 2008, com aumento de 53% na notificação para todo o Brasil. Em relação a acidentes com material biológico, foram notificados 13.749 em 2007 e 19.232 em 2008, com crescimento de 39,9%. A tendência de aumento de registro de acidentes graves ou com material biológico foi comum a todas as regiões brasileiras, sendo maior na Centro-Oeste e Norte para os acidentes graves e na Nordeste para os acidentes com material biológico, revelando que o sistema de notificação ainda se encontra em implantação ou consolidação. Preocupa a ausência de expressiva quantidade de dados tanto em relação a acidentes graves como a acidentes com material biológico. (SANTANA et al., 2009, p.1-26).

Considera-se acidente de trabalho fatal para o registro no SINAN o que resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após a sua ocorrência. Os óbitos registrados neste sistema em 2007 foram 220, com estimativa de 0,24 por 100.000 trabalhadores ativos, com base na População Economicamente Ativa Ocupada, PEAU, de 90.786.019 em 2007, ficando muito abaixo daquela calculada para os

trabalhadores segurados do INSS no mesmo ano, com registros de 2.804 óbitos para um universo de 48.989.229 trabalhadores empregados, com estimativa de coeficiente de mortalidade de 5,72 x 100.000. Os registros do SINAN captaram 127 óbitos entre trabalhadores com carteira assinada, representando uma subestimação de 95,5% em relação aos dados da Previdência Social (SANTANA et al, 2009, p. 4).

Na mesma pesquisa constatou-se maior registro de acidentes com óbito entre os trabalhadores com carteira assinada (71,4%), em 2007, o que pode representar uma maior subnotificação entre os trabalhadores informais pelo SINAN. Informações para a CNAE faltaram na maioria dos registros, especialmente dos dados referentes à indústria manufatureira, construção civil e comércio, mantendo-se o mesmo padrão em 2008. Observou-se também um aumento dos acidentes fatais nas vias públicas, revelando o impacto da violência no trânsito, refletindo no aumento dos casos de acidentes de trajeto e o aumento da gravidade implícito no crescimento do tratamento hospitalar, o que pode revelar também a atuação do SAMU que vem sendo incrementada em todo Brasil. Observou-se ainda aumento da letalidade hospitalar, fato que pode ser atribuído a uma maior notificação de casos mais graves pelo SINAN.

As lesões por esforços repetitivos (LER) ou conforme a nova denominação distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), relatados inicialmente entre os digitadores e programadores atingem indiscriminadamente nos dias de hoje trabalhadores de vários ramos de atividade. Atualmente, as LER e perda auditiva induzidas por ruído (PAIR) são as doenças relacionadas ao trabalho mais notificadas. No entanto, asma e transtornos mentais começam a se destacar, indicativo de que nas próximas décadas as mesmas poderão assumir maior relevância (WÜNSCH FILHO, 2004, p.109).

3.3.2 Serviços Relacionados à Saúde do Trabalhador

As ações em Saúde do Trabalhador compreendem a assistência aos trabalhadores que sofreram agravos, a vigilância dos ambientes e processos de trabalho (vigilância sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (vigilância epidemiológica), a produção, análise e divulgação de informações e as atividades educativas, devendo ser as mesmas desenvolvidas sob o controle da sociedade organizada. (BRASIL, 2006, p. 37).

A rigor nenhuma dessas ações de forma isolada é novidade para os serviços de saúde. A inovação é a implementação delas, de modo articulado, compreendendo que os trabalhadores vivem, adoecem e morrem, assim como a população de um determinado tempo, local e classe social. Isto ocorre de forma diferenciada, a partir de sua inserção particular no processo produtivo. Isto também sustenta a proposição de contemplar esta especificidade no atendimento às necessidades de saúde (DIAS, 2004, p.4).

No sistema de saúde identificam-se, de forma esquemática, os seguintes provedores de atenção à saúde dos trabalhadores: a rede pública de serviços de saúde, própria e conveniada, onde se destacam mesmo de modo “incipiente e marginal”, os programas e centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a rede privada formada pelos Serviços Especializados em Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), mantidos pela empresa; serviços assistenciais próprios das empresas; serviços de medicina de grupo; seguro saúde; cooperativas médicas; entidades filantrópicas; profissionais liberais em seus consultórios particulares e os serviços mantidos pelas organizações dos trabalhadores. Ressalta-se que cabe ao SUS a coordenação, normatização e controle dos serviços de saúde do trabalhador públicos e privados (DIAS, 2004, p.4).

A incorporação dos serviços de saúde do trabalhador no SUS, segundo Gomez e Lacaz (2005, p.804) se iniciaram no contexto do movimento pela Reforma Sanitária, a partir do final da década de 70. Foram implantados na rede básica de saúde, os então chamados programas de Saúde do Trabalhador (PST), cujo modelo de atenção adotou princípios e diretrizes que posteriormente foram incorporados ao SUS, a participação e o controle social, a participação dos sindicatos na gestão do PST; a integralidade mediante a articulação entre a assistência e vigilância e a universalidade, pois todo trabalhador tinha acesso, independente de ser ou não segurado da Previdência Social. Posteriormente, na década de 90, ocorreu a institucionalização das ações de saúde do trabalhador, com a transição dos PST para os Centros de Referência, através do embate de duas concepções de organização dos serviços.

A primeira, sanitarista, defendia a implantação e o desenvolvimento de ações de saúde pública e coletiva na rede básica, articulando a assistência com a vigilância. A outra, denominada pragmática defendia que as ações em saúde dos trabalhadores não deveriam restringir-se ao aporte sanitarista e sim, comportar

serviços específicos, de nível secundário, em apoio à rede, incorporando quadros técnicos especializados em Medicina do Trabalho. Em meio ao processo de municipalização foi incorporada a segunda alternativa e, então se constituíram os Centros de Referência, envolvendo importantes municípios como São Paulo, Campinas, Santos, Porto Alegre, Belo Horizonte e Volta Redonda. Apesar da preocupação original dos “sanitaristas”, a articulação com a rede básica não se efetivou. Assim, a proposta de criação desses centros acabou por constituir-se um fim em si mesma, trabalhando com uma demanda aberta e muito pouca integrada com a rede básica. “Avançou-se na institucionalização e o escopo das ações se restringiu”. Seria fundamental que a RENAST caminhasse para a superação da dicotomia assistência e vigilância e incorporasse em seu modelo estratégias de prevenção a agravos e de promoção da saúde” (GOMEZ e LACAZ, 2005, p.804-5).

Essa estratégia de implantação da Renast é uma tentativa de qualificar a atenção, tendo como um dos pilares a indissociabilidade das ações de vigilância e as assistenciais. Atualmente, já existe um consenso que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador passa pela incorporação das ações na atenção básica, com a capacitação das equipes e a garantia dos procedimentos de referência e contra-referência necessários. Com o crescimento do trabalho informal, familiar e no domicílio, somente a atenção básica tem a possibilidade de fazer chegar as ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, sendo portanto necessário organizar o acesso para que a mesma possa ser uma importante porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2006, p.39).

Outra importante porta de acesso dos trabalhadores no SUS são os serviços de urgência e emergência que atendem acidentados tanto do trabalho como de trajeto e agravos agudos relacionados ao trabalho, oportunidade na qual precisam ser desenvolvidas as atividades de informação, como a notificação dos casos e alimentação dos sistemas de informação ambulatorial, hospitalar e de notificação dos agravos (SIA/SIH/SINAN, respectivamente) e, a partir daí, ações de vigilância no território, partindo do cadastramento das ações produtivas existentes (BRASIL, 2006, p.39).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de caráter regional ou estadual, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2437/05, devem desempenhar o papel de suporte técnico e científico, ser pólos de irradiação da cultura da centralidade do trabalho na produção social das doenças e articular ações

inter e intra-setoriais no território de abrangência, devendo ser a retaguarda, para a garantia do atendimento de forma integral e hierarquizada.

Dentre as atribuições do Cerest estão: prover suporte técnico; sistematizar e difundir informações de Saúde do Trabalhador; apoiar as ações de vigilância; elaborar planos de ação estaduais e regionais; implementar protocolos de atenção à saúde dos trabalhadores e projetos estruturados de ações prioritárias, participar de capacitações de profissionais com o desenvolvimento de ações de Saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção.

A equipe mínima do Cerest regional deve contar com dez profissionais, quatro de nível médio, sendo necessário a presença de dois Auxiliares de Enfermagem e seis de nível superior, incluindo dois Médicos, com carga horária semanal de 20 horas e um Enfermeiro, com 40 horas semanais. Por sua vez, o Cerest Estadual deve ter no mínimo 15 profissionais, com cinco de nível médio e dez de nível superior, devendo contar também com pelo menos dois Auxiliares de Enfermagem, dois médicos e um Enfermeiro no quadro de servidores.

Na proposta de ampliação da Renast também está prevista a implantação de uma Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, envolvendo serviços de retaguarda de alta e média complexidade já instalados, com capacidade de realizar diagnóstico, tratamento e notificações, subsidiando as ações de prevenção, vigilância e intervenções em ambientes de trabalho. A resolução CIB nº. 142, de 20 de agosto de 2009 aprovou a inclusão de 67 unidades sentinelas em 37 municípios baianos.

Já, a Portaria GM/MS 2.437/05 ressalta a necessidade de definição de municípios sentinelas, a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, com fatores de riscos significativos à saúde, advindos do processo de trabalho em seus territórios. Ainda não estão definidos os municípios da Bahia a serem considerados sentinelas. Santo Amaro e Boquira, com passivos ambientais por chumbo, Bom Jesus da Serra, onde se deu a exploração do amianto e Caetité, onde o urânio é explorado atualmente, preenchem aos requisitos para a incorporação na proposta.

Santana e Silva (2009, p.16) relatam que em dezembro de 2008 estavam habilitados em todo o país 173 Cerest, restando 27 para atingir a meta prevista de 200, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.437/05. A razão Cerest/população ocupada no Brasil ficou em 0,19 por 100.000 trabalhadores, no Nordeste, acima da média nacional, atingiu 0,21 e a Bahia com 0,23 para cada cem mil trabalhadores

ocupados. Também comentam que não se dispõe de dados sobre a infra-estrutura, capacidade instalada e pessoal dos Cerest e nem sobre as ações que os mesmos desenvolvem, dificultando estimar desigualdades e a programação de cuidados mais equânimes e adequados.

Os Programas de Saúde do Trabalhador desenvolvidos na rede pública ou hospitais universitários desempenham um importante papel no resgate da atuação do sistema de saúde sobre a saúde dos trabalhadores, face ao processo de reestruturação produtiva, em curso, com o crescimento do desemprego real e disfarçado na precarização do trabalho, aumentando as responsabilidades do SUS, por ser a única alternativa disponível do cuidado para uma grande contingente de trabalhadores, acrescida da complexidade do “mosaico” de danos para a saúde tanto das “doenças profissionais” como das “doenças comuns” agravadas ou modificadas pelo trabalho (DIAS, 2004, p.12).

Outros órgãos também atuam na área de Saúde do Trabalhador e interfaces com a área de saúde, especialmente no campo da Vigilância da Saúde, cada um deles com suas responsabilidades e especificidades de atuação. O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) realiza a fiscalização dos ambientes de trabalho, contando com Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE) em todos os estados da Federação. Por sua vez, o Ministério da Previdência e Assistência Social realiza perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios aos trabalhadores assalariados com carteira de trabalho assinada, inseridos no mercado formal de trabalho. Outros órgãos, a exemplo dos relacionados ao meio ambiente, também tem seu espaço de atuação, especialmente nas questões de contaminações ambientais cumulativas de produtos e uso de agrotóxicos na lavoura (BRASIL, 2001, p.11-13).

O Serviço Social da Indústria (SESI) possui serviços de saúde e segurança no trabalho voltados a trabalhadores encaminhados pelas indústrias cadastradas na referida entidade, com sete unidades de atendimento na Bahia, nos seguintes municípios: Salvador, Camaçari, Feira, Juazeiro, Vitória da Conquista e Ilhéus. O Serviço Social do Comércio (SESC) possui unidades em Salvador, Feira de Santana, Jequié e Vitória da Conquista e trabalha com serviços de saúde, lazer, educação e cultura (SESI, SESC, 2009).

O Ministério do Trabalho e Emprego possui, na Bahia, uma Superintendência Regional, em Salvador, 07 Gerências Regionais, localizadas em Barreiras,

Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Juazeiro, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista e 14 Agências Regionais nas cidades de Alagoinhas, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Irecê, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Paulo Afonso, Ribeira do Pombal, São Sebastião do Passé, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus e Senhor do Bonfim (MTE, 2009).

O Pacto pela Saúde, publicado na Portaria GM/MS 399/06, com três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e da gestão, unifica vários pactos existentes; substitui os processos de habilitação da gestão municipal; propõe uma regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante da descentralização e integra várias formas de repasse de recursos federais. Essas mudanças com a implantação do Pacto pela Saúde representam uma oportunidade ímpar para a implementação da Renast (BRASIL, 2006, p.51-2).

No Pacto pela Vida 2010 já foi incluído indicador referente ao aumento de notificações em Saúde do Trabalhador, o que já representa um avanço. Para viabilizar o alcance da proposta, na Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), os municípios programaram as ações de implantação de unidades sentinelas e capacitação das equipes dessas unidades.

3.3.3. Informação e Sistemas de Informação

Para o gestor tomar decisões, o mesmo precisa de informações importantes sobre as principais doenças e agravos que acometem a população, suas condições de vida, a prestação de serviços de saúde, os recursos de que dispõe para investir e outras que influenciam no processo de tomada de decisões e no planejamento de ações compatíveis com as necessidades da população.

A gestão em saúde do trabalhador precisa de dados sistematizados para a produção da informação, sendo necessário ressaltar que a Saúde de Trabalhador é um campo em que há conflitos e interesses diversos.

A gestão em saúde do trabalhador e seus instrumentos, como políticas, programas e ações, se baseiam no uso de informações. Sistemas de informação são o resultado da captura, do processamento, da armazenagem e da manutenção de dados. A informação expressa-se em indicadores. Com base nos dados, são produzidas informações que representam sumariamente a realidade, o que permite identificar e atribuir significado aos números, e assim empregá-los como

ferramenta de gestão ou para a tomada racional de decisões. A produção e a disponibilidade de informações sobre a saúde do trabalhador envolvem conflitos entre trabalhadores e empregadores, além de interesses financeiros que podem gerar tensões relativas a decisões sobre o registro e o processamento de informações tanto nos serviços públicos quanto nos privados (SANTANA et al., 2005, p.25, 26).

Para a produção de informações são necessários dados, de diversas naturezas, como os populacionais, sócio-econômicos, dos serviços de saúde, de morbimortalidade. Os dados trabalhados, ou seja, interpretados, associados a um referencial explicativo, gerarão informações que permitirão explicar uma situação, de forma satisfatória, e construir conhecimentos de uma localidade, um município, uma região ou país.

A política de Informação e Informática do Ministério da Saúde inclui, também, as ações de Saúde do Trabalhador, com o propósito de promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação para melhorar os processos de trabalho em saúde, geração de conhecimentos e controle social. A informação deve ser parte do Sistema Nacional de Informação em Saúde, utilizando, por exemplo, o registro eletrônico e o sistema de identificação unívoca de usuários, tendo como passo inicial o Cartão Nacional de Saúde. (BRASIL, 2006, p.63)

Existem diversos Sistemas de Informações que se constituem em instrumentos para armazenamento e disponibilização de dados de interesse para a saúde. Alguns deles são desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e outros são de outros órgãos como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Previdência Social.

Dentre os principais sistemas de informações específicos da saúde, temos o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com os dados das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Todos eles, além de outros, produzem informações de interesse para diversas áreas da saúde. Segundo Santana e Silva (2009, p. 12), com a publicação da Portaria GM/MS nº. 142/97 para a regulamentação do preenchimento das AIH, por causas externas, incluindo um

campo para Acidentes de Trabalho foi “dado início ao esforço de melhoria do registro de agravos ocupacionais nas estatísticas do SUS”.

A Previdência Social disponibiliza dados importantes e com regularidade sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. O problema é que somente cerca de metade dos trabalhadores são inclusos no Regime Geral da Previdência. Em algumas regiões rurais a população de trabalhadores informais chega a alcançar 70% da população alvo do SUS. O emprego com carteira assinada vem alcançando grande crescimento atualmente, mas persistem bolsões, mesmo em grandes cidades. Frente a tantos problemas, a produção de dados epidemiológicos para a população trabalhadora, em geral, formais e informais, é um dos principais desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador e do SUS (SANTANA, GOUVEIA e SOARES, 2008, p.25-26).

A Portaria GM nº. 777/2004 define que a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador deve ser realizada em rede de serviços sentinela específica no âmbito do SUS e apresenta uma lista de agravos notificáveis, incluindo: acidente de trabalho (fatal, com mutilações, com exposição à material biológico e com crianças e adolescentes); dermatoses ocupacionais; dermatoses ocupacionais; intoxicações exógenas (incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); lesões por esforços repetitivos, distúrbios relacionados ao trabalho; pneumoconioses; perda auditiva induzida por ruído; transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho.

Fica ainda definido como instrumento para a notificação a Ficha de Notificação, de acordo com o fluxo do SINAN e também cria a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, constituída por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hospitais de referência para urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade e serviços de atenção básica e de média complexidade, a serem credenciados como sentinelas.

As informações geradas devem ser fidedignas e socializadas para orientar as ações de saúde do trabalhador. A análise das mesmas, a partir da vigilância e do acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores, deverá ser disponibilizada em tempo oportuno para o subsídio ao planejamento e execução das ações de saúde de forma conjunta e articulada entre os vários setores e órgãos envolvidos, favorecendo o controle social. O Observatório Nacional de Saúde do

Trabalhador foi instituído objetivando estabelecer mecanismos de comunicação permanente com a sociedade, em particular com os trabalhadores para a difusão dessas informações pela internet e outros meios (BRASIL, 2006, p.63).

O Ministério da Saúde publicou “Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho” (Portaria GM n.º 1.399) em 1999, especificando as doenças e a relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional, de modo bastante didático, codificados pela CID-10, facilitando o trabalho dos médicos para estabelecer o nexo causal entre a lesão e exposição ao agente causador e também o trabalho da Vigilância da Saúde, incentivando a utilização do conceito de “evento sentinela”.

Kato e Santana (2008, p.11-12) destacam alguns problemas para se obter dados demográficos e ocupacionais dos trabalhadores ocupados em nível de agregação com as variáveis descritoras de casos de doenças e agravos (idade, sexo, escolaridade, nível sócio-econômico, ramo de atividade econômica e ocupação). O sistema do IBGE não é de uso “amigável” e tem limitações para as ocupações e ramo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) imprescindíveis para o trabalho de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) não permite expansões para todos os municípios e a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) cobre somente algumas capitais e regiões metropolitanas. No entanto, ressaltam dados relevantes produzidos pelo IBGE sobre a População Economicamente Ativa, tanto formal como informal e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada anualmente, com informações acerca dos trabalhadores e empresas/estabelecimentos do mercado formal.

As informações sobre as condições de vida e saúde e sobre a oferta de serviços devem conter uma visão de conjunto acerca dos aspectos prioritários em saúde, contribuindo para a formulação de políticas de saúde, o planejamento e o desenvolvimento de ações e serviços. Entre as atribuições do SUS inscritas na Lei 8,080/90 está a organização e coordenação do Sistema de Informação em Saúde (SIS), importante dispositivo para análise de situação de saúde em nível local ou microrregional, que leve em consideração as condições de vida e de saúde da população.

3.3.4. Qualidade da Informação

As informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores ainda são insuficientes e inconsistentes. Um grave problema é a subnotificação de acidentes, doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho. A maior fonte de registros é da Previdência Social, com dados restritos ao mercado formal de trabalho, mesmo assim apresentando subnotificação. O SUS vem envidando esforços para a melhoria da notificação através do SINAN, no entanto o atendimento de muitos acidentados na rede pública, ainda não gera informação, importante para medidas de prevenção e intervenção.

Para que as informações possam ser utilizadas no planejamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador a boa qualidade é fundamental. Os responsáveis pelo setor de informações das unidades sentinela e secretarias municipais devem averiguar periodicamente a qualidade do preenchimento das fichas de investigação, bem como de sua digitação, verificando a existência de campos não preenchidos, erros de digitação e duplicidade de registro (BAHIA, 2009, p.19).

Estudos em todo o mundo demonstram que as estatísticas de acidentes de trabalho são subnotificadas. Para Driscoll et al. (2005) as razões estão na definição, na identificação e no próprio registro do fenômeno. Estariam envolvidos aspectos na compreensão do que é fator de risco, suas circunstâncias de ocorrência e a relação com o trabalho, o que limita o estabelecimento do nexos causal para o diagnóstico. Já, muitas vezes o diagnóstico e o nexos causal são realizados e o caso não é notificado, estando envolvidos, neste caso, fatores de ordem política, jurídica, conflitos de interesses econômicos, estigma e a negligência de profissionais de saúde, empregadores e até trabalhadores. (SANTANA e SILVA, 2009, p. 18-19).

Inquérito domiciliar realizado em áreas urbanas do interior de São Paulo, em municípios com mais de 80 mil habitantes, aponta a magnitude da subnotificação. Constatou-se a notificação, através de CAT, de apenas 28,9% dos acidentes de trabalho ocorridos em 1994. Levando-se em conta que, do ponto de vista legal, apenas os acidentes ocorridos entre trabalhadores do setor formal são registrados e que 69% dos assalariados entrevistados pertenciam ao setor formal, com carteira registrada, a proporção de notificações aumenta para 42,1%. Portanto, haveria, nos dados oficiais cerca de 57,9% de sub-notificação de acidentes de trabalho, mesmo que fossem considerados apenas os trabalhadores assalariados do setor formal. No

entanto, considerando-se o conjunto da população economicamente ativa, a subnotificação de acidentes de trabalho atingiu a cifra de 71,1% (BARATA, RIBEIRO e MORAES, 2000).

Santana e Silva (2009, p. 18) analisaram o relatório de 2007 da Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, no qual foram registrados 55.878 agravos de notificação compulsória pelo SINAN para casos de acidentes e doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho. Salientam a necessidade de se questionar a qualidade dessa notificação que segundo as normas requer identificação donexo causal ocupacional. O número de casos notificados no SUS foi muito reduzido, considerando os dados da Previdência Social, restritos apenas a alguns grupos de trabalhadores segurados do INSS, e a casos com afastamento do trabalho maior que 15 dias. Isto correspondeu a 653.090 casos. Ressalta-se ainda a disponibilidade de protocolos, como o de câncer ocupacional, perda auditiva induzida por ruído, pneumoconioses, trabalho infantil, dermatoses ocupacionais, dentre outros, amplamente divulgados, inclusive em cursos visando a capacitação de profissionais envolvidos nas respectivas ações.

O sub-registro também afeta a Previdência Social, fato agravado pela pouca atribuição de nexos ocupacionais nos diagnósticos clínicos, feitos pela perícia médica nos casos de incapacidade para o trabalho. Com a implantação do Nexos Técnico Epidemiológico, proposta aprovada na 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador houve crescimento expressivo de atribuição de nexos ocupacionais para as doenças relacionadas ao trabalho como as músculo esqueléticas e mentais. Ainda acrescentam que a restrição da notificação das doenças e agravos de notificação compulsória pelos serviços sentinela, de acordo Com a Portaria GM/MS 777/04 representa uma “inconsistência” em virtude do caráter universal implícito na compulsoriedade do registro. Como mais de 70% dos acidentados do trabalho procuram atendimento médico na rede SUS, o SINAN torna-se um sistema de informação crucial para a notificação tanto de acidentes como também de outros agravos relacionados ao trabalho (SANTANA e SILVA, 2009, P.18)

As fichas de investigação do SINAN relacionadas à saúde do trabalhador precisam de preenchimento de todos os dados, sendo dois campos de fundamental importância, a ocupação e atividade econômica, devendo-se detalhar o máximo possível a informação coletada, pois, no momento da digitação a lista que aparece no sistema informatizado é bastante específica. Por exemplo, se for preenchido o

campo ocupação com “professor”, esta não aparecerá na lista para a digitação, conseqüentemente a informação não poderá ser computada, pois a lista da Classificação Nacional de Ocupações dispõe de uma informação mais específica para a referida ocupação (professor de 2º. Grau, professor de educação física, etc.). O mesmo ocorre com o campo “atividade econômica”, cuja listagem no SINAN baseia-se na CNAE (BAHIA, 2009, p.17).

Ressalta-se ainda, o cumprimento dos prazos para o encaminhamento das fichas do SINAN digitadas nas unidades sentinela ou outros setores hierárquicos superiores. A agilidade nesse encaminhamento favorecerá uma análise dos dados que permitam refletir o real risco epidemiológico dos agravos, não se concebendo atrasos de mais de meses para o encaminhamento desses dados (BAHIA, 2009, p.17).

3.4. Trabalho Precário, Trabalho Infantil e Trabalho Escravo

Atualmente, vive-se um processo de reestruturação produtiva e reorganização do trabalho em escala mundial, com a flexibilização das relações, redes de subcontratação e terceirização, aprofundando a clássica divisão internacional do trabalho, que resultou na exportação de riscos e de processos poluentes dos países centrais aos periféricos. Agora, a situação agrava-se e modifica-se, dando lugar à globalização acompanhada de mudanças nas formas de gestão do trabalho. Disso tudo resultam perdas de direitos sociais e trabalhistas e precarização das condições de trabalho e na saúde (NOBRE, 2007, p.15).

A incorporação de novas tecnologias e métodos gerenciais facilitam a intensificação do trabalho, fatores que, aliados à instabilidade no emprego, modificam o perfil de adoecimento, com aumento de doenças como LER/DORT e surgimento de novas doenças mal caracterizadas, como a fadiga física e mental e outros tipos de sofrimento, exigindo mais pesquisas e medidas efetivas de intervenção. Apesar dos avanços tecnológicos terem contribuído para a redução de alguns riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, contribuindo para tornar o ambiente de trabalho nesses locais menos perigoso e insalubre, novas tecnologias incorporadas na indústria química, nuclear e empresas de biotecnologia acrescenta novos problemas ainda não o suficientemente conhecidos, à saúde das pessoas e ao meio ambiente (BRASIL, 2001, p.19).

O trabalho infantil ainda é um grande problema a ser enfrentado no País. (Exploração do Trabalho Infantil, 2007). A Bahia é o Estado que apresenta o maior número de crianças trabalhando no Brasil. Mais de 9% das crianças baianas de 5 a 14 anos trabalham. No Brasil, essa média fica em torno de 6,33%. Só em 2007, a SRT registrou 693 casos de exploração da mão-de-obra infantil, sendo metade na região rural. Apesar dos números expressivos, os dados oficiais ainda são parciais dificultando o conhecimento de vida e de trabalho de crianças e adolescentes. Muitas ocupações exercidas pelos mesmos não são consideradas “trabalho”, mas simplesmente uma “ajuda”, não entrando, portanto, nas estatísticas, a exemplo do trabalho doméstico. (BRASIL, 2005, p. 9).

Mesmo com as restrições da lei, o trabalho infantil, comum em todo o mundo, ganha proporções assustadoras no Brasil. A Organização Internacional do Trabalho considera trabalho infantil aquele exercido pela pessoa abaixo dos 16 anos. A Emenda Constitucional n.º 20, aprovada em 2008, proíbe o trabalho de crianças e adolescentes brasileiros com menos de 16 anos e permite o trabalho a partir dos 14 anos, na condição de aprendiz. Na faixa dos 16 aos 18 anos ainda fica proibido o trabalho em serviços insalubres, perigosos ou penosos, o trabalho noturno, que envolva cargas pesadas, longas jornadas e em locais que possam prejudicar o bom desenvolvimento psíquico, moral e social (SCHWARTZMAN e SCHWARTZMAN, 2004, p.1)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90) promoveu mudanças em relação aos métodos de se lidar com os adolescentes e crianças, incluindo a questão do trabalho e adotou a idéia da proteção integral, tomando estes como sujeitos detentores de direitos e ainda criou instâncias como os conselhos tutelares. Vários esforços estão sendo desenvolvidos no sentido de reduzir o trabalho neste grupo, pelo governo, com vistas à erradicação do trabalho infantil, tarefa nada fácil, levando-se em conta os aspectos culturais, ideológicos e a pobreza, aliados a outros fatores que contribuem para a incorporação da mão de obra infantil no mercado de trabalho. (BRASIL, 2005, P.5-12).

Através do decreto presidencial n.º 6.481 assinado em 2008, ficou aprovada a lista das piores formas de trabalho infantil, sendo vedado o trabalho dos menores de 18 anos nas atividades elencadas na mesma, exceto em condições a serem avaliadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, para os maiores de 16 anos. No elenco consta o trabalho doméstico, na cultura do sisal e do fumo, na fabricação de

fogos de artifício, em matadouros e curtumes, além de muitas outras, representando um avanço para a legislação brasileira.

Chama a atenção o crescimento de 79,9% do registro de acidentes de trabalho não fatais em menores de 18 anos no SINAN, referentes ao período de 2007 e 2008, resultado que pode variar devido ao grande número de dados inconsistentes para a data de nascimento, com aparente troca da mesma pela data do acidente. A maior parte dos casos ocorreu em trabalhadores do sexo masculino, cerca de 80% em 2007, mantendo-se praticamente o mesmo patamar em 2008 (SANTANA et al., 2009, p. 5).

O trabalho escravo, ainda é bastante presente no Brasil, mesmo depois de tantos anos do fim oficial da escravidão dos negros, uma vergonha para a sociedade. Dados do MTE revelam que no país foram libertados 1452 trabalhadores em fazendas, no ano de 2008, sendo o maior número em Pernambuco, seguido pelos estados de Tocantins e Bahia (BRASIL, 2009).

Para o enfrentamento da grave situação de violação aos direitos humanos, foi elaborado um plano (BRASIL, 2003) visando à erradicação desta forma degradante de trabalho, envolvendo vários órgãos do Executivo, Judiciário, Ministério Público e sociedade civil na sua operacionalização, incluindo, inclusive multas e utilização da força policial para coibir tal prática abusiva.

4. QUADRO TEÓRICO

4.1 O Processo de Tomada de Decisão

Estamos sempre dentro da situação, e esclarecê-la é uma tarefa que nunca se completa inteiramente.

Gadamer

A pesquisa parte do arcabouço teórico do planejamento em saúde na perspectiva de Matus, tendo como foco a análise de situação de saúde, como etapa imprescindível do planejamento, e, portanto da execução das ações na área de Saúde do trabalhador. Com a análise da situação, devem-se estabelecer prioridades de intervenção, pois nem sempre se pode agir para resolver todos os problemas e necessidades.

Essa análise, em qualquer local de trabalho, num município, enfim qualquer território deve incluir elementos importantes, como os principais fatores de risco e o perfil produtivo da região. Por fatores de risco relacionados ao trabalho, entende-se as condições que tem o potencial de causar um efeito adverso à saúde dos trabalhadores, sendo inúmeros os mesmos. Já, o perfil produtivo buscará conhecimentos acerca de quais tipos de atividades produtivas predominam e quais são os agentes de riscos inerentes às mesmas que podem se relacionar a acidentes ou doenças no trabalhador. A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil da produção e consumo, além de fatores de riscos de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares (Brasil, 2004, p. 6).

A informação é elemento essencial para toda a atividade humana, norteador do processo de tomada de decisão. Cotidianamente, o ser humano vive transformando dados e atribuindo aos mesmos significados, mediante convenções e representações, ou seja, transformando dados em informação. Antes de tomar decisões é necessário obter dados sobre os problemas, transformá-los em informações e analisar se as mesmas já são suficientes para a decisão necessária.

Faz-se necessário lembrar que os conhecimentos sobre uma dada realidade no campo da saúde são imprescindíveis para a adoção de medidas baseadas em

evidências, especialmente no âmbito da gestão, em que se prioriza ações em função de variáveis como a magnitude do problema, recursos disponíveis, dentre outros.

A produção de conhecimento científico sobre os determinantes das doenças e agravos ocupacionais, vem contribuindo, por exemplo, para a tendência de queda do número de acidentes fatais de trabalho e várias enfermidades ocupacionais, em todo o mundo. No Brasil, em que pese o grande número de estudos acadêmicos na área de saúde do trabalhador, percebe-se que apenas mais recentemente a pesquisa começou a ser valorizada e empregada como evidência para as decisões nas instituições formadoras de políticas e encarregadas da gestão dos programas dessa área. Espera-se que no futuro venha a existir maior integração entre pesquisadores e gestores para que a pesquisa seja de fato aplicada, visando a maior adequação das ações na perspectiva da melhoria das condições de trabalho, de vida e saúde dos trabalhadores (SANTANA, 2006, p. 107-8)

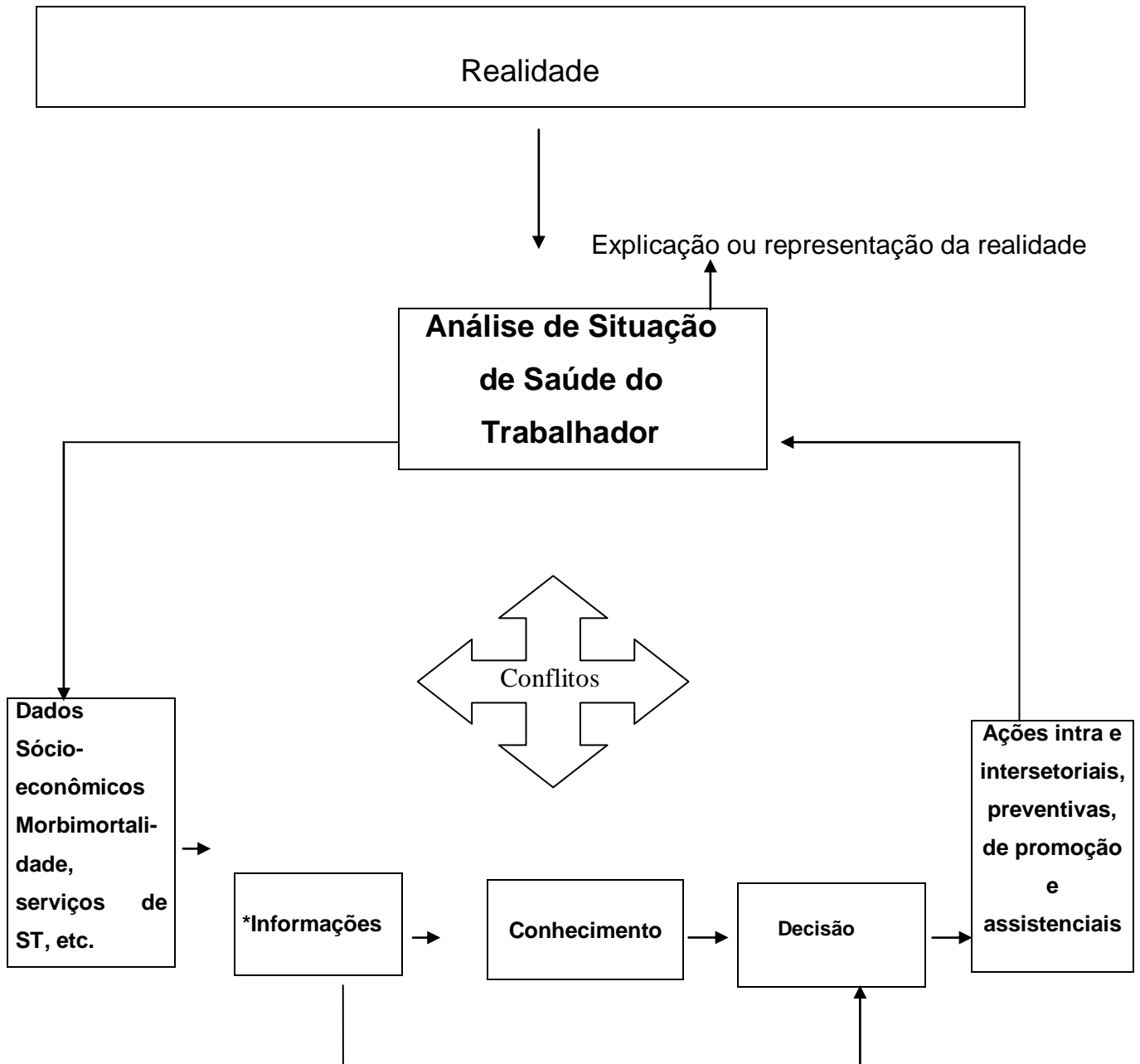
A explicação de situação segundo Matus (2003) é uma reconstrução simplificada dos processos que geram os problemas, é um encadeamento de indicações com o propósito de alimentar uma alteração feita por um ator envolvido na ação. É também dinâmica, tomando a realidade como um processo mutante.

No processo de planejamento das ações em Saúde do trabalhador deve-se incluir os diversos atores envolvidos no processo, os trabalhadores, nesse contexto são imprescindíveis, em virtude da possibilidade de se constituírem como protagonistas das mudanças nos ambientes de trabalho.

4.2. Modelo Lógico

O diagrama abaixo é uma tentativa de esquematizar o modo como o desenvolvimento do processo da análise de situação de Saúde do trabalhador pode se dar em qualquer unidade de análise, a exemplo de uma região de saúde, sempre se caracterizando como uma tentativa de explicação da realidade.

Figura 1. O caminho da produção do conhecimento para subsidiar a decisão



*A democratização da informação é essencial para os trabalhadores se mobilizarem e para a implementação de mudanças nos processos de trabalho.

5. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo teve como área de abrangência a microrregião de saúde de Brumado. É uma análise da situação de saúde do trabalhador, portanto, tem natureza descritiva e adota vários desenhos e fontes de dados. Integra abordagens ecológica – quando dados agregados por municípios que integram a região são utilizados; vigilância – com dados individuais obtidos do monitoramento sistemático (SINAN, SUB/INSS), empregados na abordagem de série de casos, ou com denominadores agregados; e transversal para dados obtidos de uma dada população, em um momento de tempo.

5.1. População e Área

A área de abrangência, microrregião de Brumado, fica localizada na região Sudoeste da Bahia e compõe se de 21 municípios e população de 401.652 habitantes (IBGE, 2009) e área de 24.655 Km², segundo novo Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia.

Quadro 1. Descrição das Variáveis do Estudo

Variável	Tipo	Categorias
Sexo	Nominal	Masculino Feminino
Idade	Intervalar	Em anos e faixa etária
Vínculos	Discreta	Número de trabalhadores por seção da CNAE
Grau de risco por seção da CNAE	Ordinal	1,2,3 e 4
Óbito por acidente de trabalho	Discreta	Número de óbitos
Agravos relacionados ao trabalho	Nominal	Agravos de notificação compulsória
Acidentes de trabalho	Nominal	Acidentes típicos Notificados
Unidade Sentinela	Nominal	Unidades sentinelas para notificação de agravos relacionados à ST aprovadas na CIB

5.2. Fontes de Dados

Foram utilizados dados de sistemas de informação em saúde de instituições públicas, como:

Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) - Coleta e processa dados de notificação compulsória de doenças e agravos de variadas naturezas em todo o território nacional, com informações provenientes dos serviços de saúde, independente do vínculo do usuário no mercado de trabalho, o que torna a sua consolidação importante estratégia para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Existe uma lista nacional de doenças de notificação compulsória disponibilizada pelo Ministério da Saúde, mas os estados ou municípios podem incluir outros agravos a depender do perfil epidemiológico de cada território. É importante ressaltar que a notificação de agravos em Saúde do Trabalhador é restrita a casos confirmados e também fica limitado a estabelecimentos de saúde integrantes de uma Rede Sentinela.

Sistema Único de Benefícios (SUB) – Sistema da DATAPREV, empresa de tecnologia do Ministério da Previdência Social que processa e armazena as informações das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) cadastradas nas Agências da Previdência Social ou pela Internet. Limita-se a trabalhadores segurados. Os dados sumarizados são disponibilizados no Anuário Estatístico da Previdência Social.

Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) – Compreende-se informações sobre trabalhadores formais, celetistas e estatutários. Trata-se de um registro administrativo que os estabelecimentos são obrigados a responder ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Outras fontes de dados secundários oficiais também foram utilizadas, muitas delas disponibilizadas pela internet, como, Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), Vigilâncias em Saúde dos municípios, e Cerest.

A análise dos dados foi realizada com base em nove dimensões, conforme quadro (Apêndice D), compreendendo estimativas de mortalidade por acidentes de trabalho e de incidência de doenças relacionadas ao trabalho. Também foi estimada a população trabalhadora formal por grupos de graus de riscos ocupacionais com base na classificação do MTE.

Apesar de se trabalhar com dados secundários, sem a realização de pesquisa direta com a população, o Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC após qualificação pela Banca Examinadora, em reunião no dia 15 de dezembro de 2009, com parecer nº. 046-09.

6. RESULTADOS

6.1. Perfil dos Trabalhadores

A População Economicamente Ativa (PEA) estimada pela SESAB para a Microrregião de Brumado em 2009 foi de 150.834 trabalhadores. A participação feminina na região ficou em 34% e 66%, a masculina. Malhada de Pedras apresentou o maior percentual da PEA masculina, 75,0%, enquanto Boquira apresentou o maior percentual de participação das mulheres, 40,7%. A estimativa da População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) 2009, com base no perfil da população ocupada do Censo, 2000, é de 77.566 mulheres e 40.085 homens, correspondendo a 78,0% da PEA. Na agricultura estima-se uma população de 44.707 trabalhadores.

Na tabela 1 são apresentados dados relativos a aspectos sócio-demográficos dos trabalhadores da região. Entre os trabalhadores há uma alta proporção de analfabetos com dez ou mais anos de idade, a partir de dados censitários. Os melhores resultados foram observados em Jussiape, com 19,30% de analfabetos e os piores resultados foram em Érico Cardoso, com números próximos a 40%. No geral, estimam-se 27,0% de analfabetos, sem diferenças segundo o sexo.

Com relação à cor da pele e vínculo de trabalho, dados da PEAO, estimados para 2006, apresentam a seguinte distribuição, conforme a tabela 1: negros formais (1,8%); outros informais (27,8%); negros informais (6,0%) e outros informais representam 64,4% da população ocupada. Os trabalhadores negros compuseram 7,8% do total.

Na tabela 1, com dados da RAIS, restritos aos trabalhadores formais, observa-se a distribuição dos empregados por sexo e ramo de atividade, com quase metade dos empregos na administração pública, setor em que há predomínio das mulheres, seguido por comércio e agricultura. Dados estimados para os informais apontaram maior proporção de trabalhadores nos seguintes ramos: agricultura (36%), serviços (15%) e comércio (10%).

A maior proporção de trabalhadores formais empregados na agricultura é do município de Ibicoara, com 74 % dos postos de trabalho, seguido por Livramento de Nossa Senhora com 11 % do total. Na indústria extrativa, Brumado apresenta a maior proporção de trabalhadores registrados, 86,0%, o mesmo ocorre na indústria

de transformação e construção, com 53% e 96% respectivamente, dos empregados registrados.

A informalidade, de acordo com dados do IBGE, atinge níveis bem altos, sendo de 76% entre os homens e de 58% das mulheres. No global são 70% de trabalhadores informais e 30% de formais. Na agropecuária, a estimativa de trabalhadores formais, partindo dos dados do Censo Agropecuário e da RAIS, atinge apenas 2%.

Com relação ao rendimento médio dos trabalhadores, independente do vínculo, resultados do Censo 2000 apontam média de rendimento entre os homens de R\$ 215,00 e das mulheres de R\$ 127,81, sendo 40% menor em relação à masculina. A remuneração média de empregados formais de mulheres é inferior à dos homens, à exceção das atividades extrativa-mineral e dos serviços industriais de utilidade pública.

A população desempregada por município e sexo são do Censo do IBGE do ano 2000, sendo os dados mais atuais baseados em estimativas. Um contingente de 16.545, pessoas, em 2009, não conseguiu se inserir no mercado de trabalho da região. Com a diferença da PEA (150.834) e PEAO (117.651) 2009, tem-se a PEA desocupada de 33.183 trabalhadores, o que corresponde a 11% da População Economicamente Ativa.

Em síntese, observou-se uma alta proporção de analfabetos na população ocupada, predominância de empregos formais na administração pública, baixa remuneração dos trabalhadores, com renda das mulheres menor que a dos homens e alta proporção de trabalhadores informais, especialmente na agricultura.

6.2. Atividades Produtivas

A região estudada possui grande número de pequenas propriedades rurais, onde se utilizam técnicas tradicionais de produção, com o trabalho desenvolvido pelos próprios proprietários e em alguns municípios, a exemplo de Dom Basílio, Livramento de Nossa Senhora, Barra da Estiva e Ibicoara amplia-se o uso da irrigação na lavoura, especialmente destinada à exportação. A industrialização é incipiente, com poucas fábricas e indústrias, em geral de pequeno porte. Também têm destaque a fabricação de telhas, blocos e outros materiais de cerâmica, em pequenas indústrias, onde as condições de trabalho expõem os trabalhadores a um

risco elevado de acidentes e doenças. A extração de minérios, especialmente no município de Brumado, tem grande importância econômica e empregou um contingente expressivo (4,3%) de trabalhadores formais (Tabela 1).

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição das empresas cadastradas no Guia Industrial da Bahia, que é parcial, e de trabalhadores, por grau de risco (MTE), de acordo com a CNAE. Dentre as empresas cadastradas, 90,3% são caracterizadas de grau de risco 3 e 4. Brumado, seguido de Macaúbas têm maior número de indústrias registradas. Vários municípios apresentaram registro de fábricas de produtos cerâmicos (grau de risco 4), destacando-se Malhada de Pedras com duas unidades e 85 trabalhadores no total.

Do total de empregados (Tabela 2) 19,3% trabalham em empresas de grau de risco 3 e 78,6% nas de grau de risco 4. As duas empresas com grau de risco 4, com maior número de empregados, estão localizadas em Brumado, uma da área de distribuição de energia elétrica e telecomunicações, com 588 pessoas e outra da área de extração de minerais não metálicos, com 503 empregados.

6.2.1. Novos Empreendimentos

Em 2009 houve emissão de Alvará de Funcionamento, prioritariamente para empreendimentos de pequeno porte, como padarias, lanchonetes e drogarias. O empreendimento que gerou mais empregos diretos (cinquenta) foi um centro comercial implantado em Brumado. Não foram emitidos alvarás para a instalação de novos empreendimentos de médio ou grande porte na região, como fábricas e indústrias, com potencial de gerar muitos empregos, em curto período de tempo (Equipes de Vigilância em Saúde/SMS, 2010).

6.2.2 Formas Não-Aceitáveis de Trabalho

Com relação às ações para libertação de trabalhadores escravos observou-se que até a última atualização pela Secretaria de Inspeção do Trabalho, em 08 de janeiro de 2010, não constava nenhum registro de empresa fiscalizada. Sobre a coibição do trabalho infantil, não se encontrou até 12 de janeiro de 2010, nenhum registro de ação no Sistema de Sistema de Informações sobre Focos de Trabalho Infantil no Brasil (SITI) do Ministério do Trabalho.

6.2.3 Utilização de Agrotóxicos e Intoxicação dos Trabalhadores

O uso de agrotóxicos na lavoura é uma prática muito utilizada na região, tanto na cultura de subsistência como no agronegócio. São dez locais de vendas de agrotóxicos na microrregião, estando presentes nos municípios de Livramento de Nossa Senhora e Brumado (três revendas em cada um), Ibicoara, com duas revendas e Dom Basílio e Tanhaçu, com uma loja em cada município (ADAB, 2009).

A Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia (ADAB) da Secretaria de Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária do Estado da Bahia (SEAGRI) é o órgão responsável pelo acompanhamento e fiscalização do uso de agrotóxicos. No entanto a sua atuação ainda é precária, tendo em vista que não há um escritório regional, bem como nenhum posto fixo ou móvel para fiscalização. Os Escritórios locais estão presentes apenas em cinco municípios: Barra da Estiva, Brumado, Livramento de Nossa Senhora, Macaúbas e Paramirim (ADAB, 2009).

Dados do Censo Agropecuário (IBGE, 2006) referentes ao uso de agrotóxico em cada estabelecimento rural demonstram que 11.396 (22,0%) utilizaram agrotóxico; 1.428 (3,0%) utilizam agrotóxico, mas não foi feito uso do mesmo no referido ano e 38.335 (75,0%) não utilizam. No total foram pesquisadas 51.159 propriedades rurais. A proporção de intoxicações entre trabalhadores rurais relacionada ao uso de agrotóxico foi de pelo menos um trabalhador intoxicado por agrotóxico em 94,34 de cada dez mil estabelecimentos rurais. Os municípios com maiores proporções de intoxicação foram Dom Basílio (485,23) e Brumado (307,28).

6.3. Casuística Notificada no SINAN e Qualidade da Informação

Foram notificados no SINAN, tanto acidentes como doenças relacionadas ao trabalho, constantes na Portaria nº. 777/04, no período compreendido entre 2005 a 2009. Houve o registro de 143 agravos, sendo 55% do sexo masculino e 45%, no feminino. A maior proporção de casos foi de residentes em Ibicoara (46%) e a média de municípios notificando/ano foi de 5,8 de 21 municípios da área de abrangência regional.

A maior proporção de agravos notificados de intoxicação exógena por agrotóxico (71%), seguido por acidente de trabalho com exposição à material biológico (14%) e acidente de trabalho grave (9%).

Dos registros com preenchimento do campo ocupação pelo SINAN, entre 2007 a 2009, a maior parte (55%) foi de trabalhadores rurais, seguido de operadores de máquinas/tratorista/motorista (20%). Há uma grande oscilação no número de notificações. Em 2007 foram treze, caiu para três em 2008 (-77,0%) e subiu para 17 em 2009, com acréscimo de 82,0%.

6.4. Morbidade

Os coeficientes de incidências cumulativas anuais de agravos relacionados ao trabalho por 1.000 trabalhadores, a partir de dados da Previdência, foram as seguintes: acidentes de trabalho típicos 4,1x1.000 em 2005, 3,3x1.000 em 2006 e 4,8x1.000 em 2007. Por sua vez, a incidência cumulativa anual de doenças relacionadas ao trabalho, foi de 6,4x1.000 em 2005, 3,7x1.000 em 2006 e 21,7x1.000 trabalhadores, em 2007. (Cesat, SUB, 2010).

Dados da tabela 3 (SUB, 2006) apontam incidência cumulativa anual de acidentes ocupacionais de 1,0 por 1.000 trabalhadores, sendo mais elevadas nos ramos de construção (4,2x1.000), serviços (3,5x1.000) e indústria de transformação (3,4x1.000), enquanto que na agricultura não foi registrado nenhum caso. Por sua vez, a incidência anual por 1.000 trabalhadores de acidentes não-ocupacionais foi bem mais elevada (5,2x1.000), com maiores incidências nos ramos de ramos da construção e indústria de transformação (15,8x1.000), seguido de serviços (12,0x1.000).

Na tabela 4 são apresentadas as incidências de doenças ocupacionais e não-ocupacionais em homens, por grupos diagnósticos do Código Internacional de Doenças (CID) 10 e faixa etária. A incidência cumulativa anual, calculada com todos os grupos diagnósticos, foi de 4,2x1.000 em 2006 e a faixa etária mais atingida foi dos 25 aos 44 anos, com incidência de 5,5x1.000. Houve maiores incidências de doenças relacionadas a lesões/envenenamentos e outras causas externas (1,4x1.000) e osteomusculares (0,9x1.000).

Por sua vez, no sexo feminino (Tabela 5) a incidência de doenças ocupacionais e não ocupacionais, em 2006, foi menor que no sexo masculino

(3,4x1.000), com o grupo mais atingido dos 25 aos 44 anos, incidência de 7,2x1.000, prevalecendo os diagnósticos de doenças do sistema osteomuscular (1,0x1.000) e doenças do aparelho geniturinário (0,5x1.000).

Com base nos registros de internações (DATASUS, AIH, 2007), percebeu-se grande incidência (por mil pessoas, acima de dez anos, independente do vínculo com o trabalho) de doenças infecciosas e parasitárias (1,8x1.000), doenças do aparelho digestivo (1,5x1.000), doenças respiratórias (1,4x1.000), e lesões, envenenamentos e outras causas externas (0,8x1.000). De todas as causas de internações da CID-10 houve uma incidência na população economicamente ativa de 5,5x1.000, bem acima da incidência na Bahia (3,4x1.000).

6.5. Mortalidade

Foram registrados pela Previdência dez óbitos decorrentes de acidentes de trabalho (cinco óbitos em 2005, quatro em 2006 e um em 2007), com coeficiente anual de 27x100.000 em 2005; 21,3x100.000 em 2006 e 5,7x100.000 trabalhadores formais em 2007 (Cesat, SUB, 2010). Através do SIM, (DATASUS, 2010) entre 2006 a 2008 foram registrados 12 óbitos relacionados a acidentes de trabalho, decorrentes de acidentes de transporte e outras causas externas, com predomínio de óbitos no sexo masculino (83%).

6.6. Serviços e Ações Relacionados à Saúde do Trabalhador

Foram poucos os serviços identificados dos diversos órgãos e entidades com interface na área de Saúde do Trabalhador, com atuação nos municípios da microrregião. Na área de trabalho, emprego e renda não há o registro em 2009 de nenhum serviço de intermediação de mão de obra entre trabalhadores e empresas, qualificação profissional e outras ações, programa conhecido como SINEBAHIA, desenvolvido pela Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte (SETRE), do governo estadual (BAHIA, 2010).

Informações das equipes de Vigilância em Saúde, referentes a 2009, indicaram a existência de Secretaria de Trabalho, Emprego e Renda em cinco dos vinte e um municípios, bem como a inexistência de unidades do SESI ou do SESC,

entidades que realizam capacitação, e oferta serviços de saúde, recreação e outras ações de apoio aos trabalhadores da indústria e do comércio.

Os serviços da Previdência Social foram identificados em três municípios, Boquira, Brumado e Livramento de Nossa Senhora, por meio de agências do INSS (dados referentes a 31 de março de 2010). A agência de Boquira contava com oito funcionários da área de serviços administrativos, dois médicos peritos e quatro estagiários. Em Brumado, a agência possuía dez servidores administrativos, quatro médicos peritos, um assistente social e quatro estagiários. Na agência de Livramento de Nossa Senhora trabalhavam uma médica perita, dois analistas e oito técnicos (Agências da Previdência, 2010).

Em Brumado havia (dados de 31 de março de 2010) uma agência do Ministério do Trabalho e Emprego, da área de abrangência da Gerência Regional de Vitória da Conquista, atendendo a todos os municípios da microrregião de Brumado e de outras regiões, com oferta de vários serviços, como: solicitação de seguro desemprego, emissão de carteira de trabalho, registro de SESMT e de Técnicos de Segurança do Trabalho. Foi informado que a agência não conta com a presença de auditores, estando os mesmos lotados na Gerência de Salvador e não foi encontrado nenhum registro de ação realizada na região pelo MTE para libertação de trabalhadores escravos, assim como nenhuma ação de afastamento de crianças do trabalho ou de inspeção de empresas (SIT/MTE, Agência de Brumado, 2010, SIT/MTE,2010).

Com relação aos serviços da área de saúde, específicos em Saúde do Trabalhador (dados de 31 de março de 2010), foram encontrados os seguintes: um Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT), instalado no setor de Vigilância em Saúde de Brumado, com um técnico de referência responsável pelo fluxo da informação das notificações dos agravos relacionados ao trabalho, sendo que o trabalho ainda se encontrava em fase de implantação e quatro unidades sentinelas de notificação em Saúde do Trabalhador, aprovadas pela CIB em 2009, localizadas em três municípios: Brumado, Ibicoara e Malhada de Pedras, em duas dessas unidades houve notificações e duas não registraram nenhum agravo relacionado ao trabalho, no referido ano, sendo notificados quatro agravos relacionados ao trabalho em 2009, nessas unidades. Ainda se observou que em nenhum município não há Cerest implantado (Cesat, SINAN, 2010).

No período de 2007 a 2009 só foi realizada uma inspeção em ambientes de trabalho por técnicos do Cerest de Vitória da Conquista, em parceria com a 19ª. Dires, em uma empresa da micro de Brumado, com 503 trabalhadores cobertos (19ª. Dires, 2010).

Os serviços privados de Medicina do Trabalho (dados de 31 de março de 2010) estão localizados em três municípios, contando com quatro médicos, um Engenheiro, dois Enfermeiros e um Técnico do Trabalho. O SESMT está implantado em uma empresa, apesar disso, outras empresas possuem Técnicos de Segurança do Trabalho, Médicos, Técnico em Enfermagem, prestando serviços nos próprios locais de trabalho (Vigilância em Saúde/SMS, 2010)

6.7. Organização dos Trabalhadores

As equipes de vigilância em saúde dos municípios indicaram a presença de sindicatos e movimentos sociais que lidam diretamente com os trabalhadores. Dados de 2009 apontam que em todos os municípios havia sindicato de trabalhadores rurais, com cadastro de 51.883 trabalhadores. Os sindicatos de servidores Públicos foram encontrados em quatro municípios, contando com 1696 trabalhadores cadastrados. Foram quatro sindicatos de professores registrados, contando com 730 trabalhadores associados e um sindicato de mineradores, com 950 sócios. Ao todo foram identificados 55.259 trabalhadores sindicalizados, sendo o percentual estimado de 40% da PEA0.

Além da organização sindical, os trabalhadores também se reúnem em associações, locais em que os mesmos discutem assuntos de interesse da comunidade, captam recursos para obras no meio rural e fazem convênios com clínicas médicas, laboratórios e hospitais, conseguindo valores menores para os procedimentos e consultas. As mais comuns são as associações de trabalhadores rurais, com registro de 56 em toda a micro, presentes em todos os municípios.. Ainda foi identificada uma associação de bordadeiras, uma de apicultores e uma de guias turísticos.

7. Discussão

Os resultados apresentados apontam problemas graves na área de Saúde do Trabalhador. O perfil produtivo da região, com a presença predominante do trabalho no meio rural e muitos trabalhadores em atividades de mineração e indústrias cerâmicas, atividades consideradas de alto risco à saúde, conformam uma situação de grande risco potencial para problemas de saúde, sendo comuns o trabalho na agricultura sem as condições mínimas de segurança, trazendo como consequência intoxicação por agrotóxicos e distúrbios de ordem osteomuscular.

O meio ambiente também sofre muitas agressões em decorrência da busca pela produtividade sem o respeito aos limites dos ecossistemas, resultando na poluição do ar, derrubada de árvores típicas da caatinga para o plantio de capim, utilizado na criação de gado e poluição dos rios, como o Rio do Antônio, Rio Brumado, Rio das Contas e Bacia do Paramirim.

Durante a Plenária Regional dos Territórios de Identidade Bacia do Paramirim e Sertão Produtivo, preparatória para a primeira Conferência Estadual de Saúde Ambiental, realizada em Caetité, no dia 29 de outubro de 2009, foi bastante discutida a situação ambiental da região e as repercussões na saúde da população e dos trabalhadores, em particular, sendo que as indústrias cerâmicas, presentes em todo o território, foram classificadas como de alto risco para o meio ambiente e saúde dos trabalhadores, em virtude do trabalho ser realizado em condições insalubres, com a queima dos produtos em fornos impróprios, sem a utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva adequados e sem a devida fiscalização dos órgãos competentes. Também ficou bastante evidente na plenária um elevado risco à saúde advindo da exploração de minérios e utilização crescente de agrotóxicos na lavoura, inclusive nas pequenas propriedades rurais.

A localização das revendas de agrotóxico em Livramento de Nossa Senhora, Dom Basílio e Ibicoara, coincide com os locais em que o agronegócio está mais presente, com as culturas de manga, maracujá e batata, destinadas especialmente para exportação. No caso de Brumado e Livramento de Nossa Senhora por serem municípios pólo, as revendas atendem aos compradores do próprio município e também de outras localidades. Como há muitos locais de venda de agrotóxico na região (10 em 21 municípios), comparando-se com a proporção da Bahia (239 para

417 municípios), há indícios de grande utilização desse tipo de produto nas lavouras da microrregião em estudo.

A PEA da Microrregião de Brumado, estimada a partir dos dados do Censo IBGE, 2000, representou, em 2009, pouco mais de 2% da PEA da Bahia, com mais de seis milhões. O percentual de trabalhadores ocupados foi um pouco menor na Bahia (85,0%), comparando-se com a micro estudada (89,0%). No entanto, o percentual de trabalhadores sem carteira assinada atinge 70% na região e 39,0% na Bahia, situação desfavorável para o trabalhador em termos de aposentadoria por tempo de serviço, licença maternidade e outras vantagens do vínculo formal de trabalho (IBGE, 2000).

Diferente da região metropolitana de Salvador, em que o IBGE realiza a Pesquisa Mensal de Emprego (PME) e o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos socioeconômicos (DIEESE) em parceria com várias entidades, entre elas a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), órgão vinculado à Secretaria de Ciência e Tecnologia do governo estadual realiza Pesquisas de Emprego e Desemprego (PED), mensalmente. Na região estudada as informações disponíveis são do Censo 2000. Na Bahia, a PEA desocupada, de 15,0%, foi maior que a da micro em estudo, com 11,0% de desocupados.

A microrregião apresentou elevado percentual de analfabetos (27%) entre pessoas com dez ou mais anos de idade, bem maior que a média Brasil (12%) e Bahia (15,0%). A alta proporção de analfabetos na microrregião é algo bastante preocupante, colocando a necessidade de implementação das políticas públicas voltadas para a escolarização dos trabalhadores de forma a garantir o acesso e a permanência dos mesmos na escola e a garantia da educação das crianças, para que no futuro não venham fazer parte deste contingente de trabalhadores iletrados, desprovidos do direito básico à educação formal e de uma mão de obra pouco qualificada, ocupando postos de trabalho mais perigosos.

A média de renda da Bahia supera a média da micro em 45%. Com relação ao rendimento médio dos empregos formais, os dados também revelam situação bem desfavorável aos trabalhadores da micro em comparação com a média Bahia, sendo o rendimento 55% menor. Foi observado que a ocorrência de acidentes de trabalho e rendimento familiar são inversamente proporcionais, sendo a ocorrência bem menor entre membros das famílias com rendimento acima de dez salários mínimos (BARATA, RIBEIRO e MORAES, 2000).

Constatou-se elevada proporção de intoxicações por uso de agrotóxico entre trabalhadores rurais, tendo em vista que houve pelo menos um trabalhador intoxicado em 94,34 de cada 10.000 propriedades rurais com utilização de agrotóxico, em 2006, de acordo com dados do Censo Agropecuário. Essa proporção é bem maior que a do Estado da Bahia (53,65 para cada dez mil propriedades).

Entre as causas da alta incidência de intoxicação por agrotóxicos no Brasil, um dos campeões do uso dos mesmos no mundo, estão o uso indiscriminado de produtos, muitos deles proibidos, baixa escolaridade dos trabalhadores rurais, falta de capacitação adequada para a manipulação desses produtos e o baixo uso dos equipamentos de proteção. Apesar da publicação de muitos trabalhos, ainda não se conhece o suficiente da extensão da carga química da exposição ocupacional e a extensão dos danos à saúde da utilização intensiva dos agrotóxicos (FARIA, FASSA e FACCHINI, 2007).

A notificação dos agravos relacionados ao trabalho pelo SINAN, ainda precisa ser ampliada e sua qualidade aprimorada. Vários campos importantes, como a ocupação, ramo CNAE o desfecho do caso, ficam em branco em muitos registros, prejudicando o melhor conhecimento da situação. A notificação foi observada em poucos municípios e falta de regularidade da mesma, indicando que a prática de notificar e investigar os agravos da Portaria 777/2004 ainda não está consolidada e incorporada na rotina de trabalho das equipes de vigilância em saúde dos municípios. A notificação de óbitos relacionados a acidentes de trabalho ainda precisa ser aprimorada, pois o campo da informação é pouco preenchida na AIH.

Os registros da previdência, mesmo estando restrita aos segurados da previdência apresentaram maior número de registro de acidentes e óbitos relacionados ao trabalho. No entanto, grande parcela dos trabalhadores trabalha na informalidade e seus problemas decorrentes do trabalho, pouco aparecem nas estatísticas.

A incidência média de acidentes típicos registrados na previdência na região (4,0xmil) de 2005 a 2007 foi menor que na Bahia (10x1.000 trabalhadores segurados). Já, a incidência cumulativa anual de doenças relacionadas ao trabalho, no mesmo período superou a incidência na Bahia nos anos de 2005 e 2006. O coeficiente de mortalidade por óbitos relacionados ao trabalho na Bahia foi de 10x100.000 trabalhadores segurados e na microrregião em estudo foi de 27x100.000 em 2005; 21,3x1000.000 em 2006 e 5,7x100.000 em 2007, resultados

que apontam a extensão e gravidade da situação de saúde dos trabalhadores, apesar da subnotificação existente (Cesat SUB, 2010).

Com a base de dados do SUB 2006 foi possível detectar maiores incidências cumulativas de doenças ocupacionais nos grupos diagnósticos sistema osteomuscular e lesões/ envenenamentos, indicando a possibilidade de redução desses problemas de saúde com a implementação de medidas de prevenção.

Há fortes evidências de subnotificação de acidentes ocupacionais entre os trabalhadores formais (Tabela 3), tendo em vista incidências cumulativas anuais de acidentes não ocupacionais acima da média (5,2 por mil trabalhadores) em vários ramos (agricultura, extrativa mineral, indústria de transformação, construção, comércio e serviços. Na agricultura, a ausência de casos de acidentes ocupacionais registrados evidencia o subregistro, fato também notado em outros ramos como indústria extrativa mineral, comércio e serviços.

Chama a atenção a invisibilidade das pneumopatias, dado a presença de um contingente expressivo de trabalhadores em atividades de mineração. Além disso, se esperava encontrar no estudo maior número de registro de casos de LER/DORT e PAIR, mesmo com o SINAN ainda em processo de consolidação.

Observou-se carência de ações da área de saúde e das outras áreas relacionadas à saúde dos trabalhadores. São poucas as unidades sentinelas aprovadas para a notificação de agravos, ficando restritas a três municípios e com baixo número de agravos notificados (quatro agravos notificados em 2009 em duas das quatro unidades sentinelas). Apesar do reduzido número de unidades sentinelas, são cadastrados 402 estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, SIAB, 2009). Destes, 204 são unidades básicas (Centros de Saúde, Postos de Saúde e Unidades Mistas 24 horas), das quais 151 são cadastradas como PSF e 20 são unidades hospitalares.

levando-se em conta que acidentes de trabalho grave, acidentes de trabalho em crianças e adolescentes e acidentes com exposição à material biológico, por exemplo são de fácil identificação e notificação/ investigação, sendo possível seus registros em qualquer unidade de saúde, bastando para isso a capacitação de funcionários para esse fim.

Há uma necessidade de revisão dos critérios de restrição da notificação somente em unidades sentinelas e a casos confirmados, uma incoerência, dado o

caráter universal das doenças de notificação compulsórias e dos critérios diferentes das outras doenças e agravos de registro na rotina da vigilância epidemiológica.

O acesso a serviços como do Ministério do Trabalho fica prejudicado, tendo em vista a presença de apenas uma agência em todo o território e a ausência de profissionais auditores para a realização de ações como o afastamento de crianças do trabalho. Por sua vez, a localização das Agências da Previdência, em três municípios, contribui para a facilitação do acesso dos trabalhadores aos serviços ofertados. As ações de inspeção nos ambientes de trabalho das empresas da microrregião pelo Cerest são dificultadas pela grande extensão da Macrorregião Sudoeste, composta por quatro microrregiões, seis Dires e 73 municípios.

A existência de sindicatos de trabalhadores rurais em todos os municípios, nos quais podem se associar tanto trabalhadores formais como informais é um potencial para a articulação de parcerias na realização de ações de saúde no trabalho com órgãos governamentais, refletindo a concepção de trabalho em redes na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Além dos sindicatos rurais, os sindicatos de mineradores, de funcionários públicos e as associações rurais são parceiros potenciais do setor saúde e de outras áreas do governo para a implementação de ações de promoção da saúde voltadas para a população trabalhadora.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da população de trabalhadores da Microrregião de Brumado, Bahia, 2006.

Variáveis	Masculino		Sexo Feminino		Total	
	No. de trabalhadores	%	No. de trabalhadores	%	No. de trabalhadores	%
Idade	95.819	67,4	46.350	32,6	142.169	100,0
10-15	5.087	5,3	2.446	5,2	7.533	5,3
16-19	10.334	10,8	5.383	11,7	15.717	11,0
20-24	14.248	15,0	6.962	15,0	21.210	14,9
25-44	41.653	43,4	21.809	47,0	63.462	44,7
45-59	17.356	18,1	8.066	17,4	25.422	17,9
>59	7.141	7,4	1.684	3,6	8.825	6,2
Escolaridade						
Analfabetismo	25.871	27,0	12.978	28,0	38.849	27,3
Cor da pele/Vínculo						
Negros formais	1.820	1,9	788	1,7	2.608	1,8
Outros formais	20.985	21,9	18.540	40,0	39.525	27,8
Negros informais	6.133	6,4	2.364	5,1	8.497	6,0
Outros informais	66.881	69,8	24.658	53,2	91.566	64,4
Ramo de atividade (Formais)	13.388	54,6	11.151	45,4	24.539	100,0
Agricultura	2.285	17,0	722	6,5	3.007	12,2
Extrativa mineral	1.027	7,7	34	0,4	1.061	4,3
Ind. transformação	1.261	9,4	203	1,8	1.464	6,0
Construção civil	911	6,8	40	0,5	951	3,9
Comércio	2.409	18,0	1.277	11,5	3.686	15,0
Serviços	1.449	10,8	1.100	9,8	2.549	10,4
Adm. pública	4.046	30,2	7.775	69,8	11.821	48,2
Tipo de contrato de trabalho						
Formal	22.901	23,9	19.328	41,7	42.229	29,7
Informal	72.918	76,1	27.022	58,3	99.940	70,3
Desempregados						
PEA desocupada	8.808	6,0	7.745	5,0	16.533	11,0

Fonte: Dados estimados com base no Censo IBGE, 2000. Dados dos trabalhadores formais por ramo de atividade: SEI, RAIS/MTE, 2006.

Considerou-se outros os que se autodeclararam de cor branca, amarela, parda ou indígena.

Tabela 2. Distribuição das empresas cadastradas no Guia Industrial da Bahia e trabalhadores por grau de risco, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009.

Grau de risco¹	Nº. de empresas		Nº. de Trabalhadores	
	N	%	N	%
1	0	---	0	---
2	7	9,7	43	2,1
3	33	45,9	394	19,3
4	32	44,4	1.608	78,6
Total	72	100,0	2.045	100,0

Fonte: Federação das Indústrias do Estado da Bahia, 2009.

¹Grau de risco conforme Portaria MTE n°. 76/08, com alteração da NR 4.

Tabela 3. Incidência cumulativa (IC, por mil trabalhadores) de Acidentes Ocupacionais e Não-Ocupacionais, por Ramo CNAE, Microrregião de Brumado, Bahia, 2006.

Ramo CNAE	Número de trabalhadores	Acidentes					
		Ocupacionais		Não-Ocupacionais		Total	
		Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC
Agricultura	3.007	0	—	23	7,6	23	7,7
Extrativa Mineral	1.061	1	0,9	8	7,5	9	8,5
Ind.Transformação	1.463	5	3,4	18	12,3	23	15,8
Construção	951	4	4,2	11	11,6	15	15,8
Comércio	3.686	5	1,4	26	7,0	31	8,4
Serviços	2.549	9	3,5	22	8,6	31	12,0
Administração	11.821	1	0,08	22	1,9	23	1,9
Total	24.539	25	1,0	128	5,2	153	6,2

Fonte: MPAS/SUB, 2006- número de benefícios relacionados à saúde; SEI/RAIS, 2006- número de trabalhadores por sexo.

Tabela 4. Incidência cumulativa anual (IC, por 1.000 trabalhadores) de doenças ocupacionais e não-ocupacionais por grupos diagnósticos CID e faixa etária, em trabalhadores do sexo masculino, Microrregião de Brumado, Bahia, 2006.

Grupos diagnósticos CID-10	Total		16-24 anos		25-44 anos		>45	
	Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC
DIP	6	0,06	1	0,08	4	0,18	1	0,02
Neoplasias	9	0,09	1	0,08	3	0,13	5	0,2
T. mentais	15	0,1	0	--	11	0,5	4	0,6
D. sist. Nervoso	8	0,08	4	0,1	2	0,09	2	0,05
D. olho	11	0,1	1	0,08	4	0,18	6	0,2
D. ap. circulatório	37	0,4	2	0,16	18	0,4	17	0,7
D. ap. respiratório	5	0,05	2	0,16	0	--	3	0,1
D. ap digestivo	52	0,5	12	0,5	30	0,7	10	0,4
D. pele	3	0,03	1	0,08	2	0,09	0	--
D. sist. Osteomuscular	89	0,9	6	0,2	54	1,3	29	1,1
D. ap. geniturinário	17	0,1	2	0,16	9	0,2	6	0,2
Lesões/envenenamento	139	1,4	35	1,4	86	2,0	18	0,7
Outros	9	0,09	2	0,16	6	0,1	3	0,1
Total	400	4,2	69	2,8	229	5,5	104	4,2

Fonte: MPAS/SUB, 2006 -número de benefícios relacionados à saúde; RAIS, 2006- número de trabalhadores com estimativa por faixa etária,.

Tabela 5. Incidência cumulativa anual (IC, por 1.000 trabalhadores) de doenças ocupacionais e não-ocupacionais por grupos diagnósticos CID e faixa etária, em trabalhadores do sexo feminino, Microrregião de Brumado, Bahia, 2006.

Grupos diagnósticos CID-10	Total		16-24 anos		25-44 anos		>45	
	Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC	Nº. de casos	IC
DIP	1	0,02	0	--	1	0,04	0	--
Neoplasias	15	0,3	0	--	11	0,9	4	0,1
T. mentais	19	0,4	2	0,1	13	1,0	4	0,1
D. sist. Nervoso	4	0,08	0	--	2	0,1	2	0,05
D. olho	1	0,02	0	--	0	--	1	0,02
D. ap. circulatório	14	0,3	0	--	6	0,5	8	0,2
D. ap. respiratório	4	0,08	0	--	3	0,2	1	0,02
D. ap digestivo	17	0,4	1	0,08	8	0,6	7	0,2
D. pele	1	0,02	0	--	1	0,04	0	--
D. sist. Osteomuscular	45	1,0	1	0,08	22	1,8	22	0,6
D. ap. geniturinário	23	0,5	3	0,2	10	0,8	10	0,3
Lesões/envenenamento	13	0,3	2	0,2	10	0,8	1	0,02
Outros	1	0,02	0	--	1	0,04	0	--
Total	158	3,4	9	0,7	89	7,2	60	1,7

Fonte: MPAS/SUB, 2006 -número de benefícios relacionados à saúde; RAIS, 2006- número de trabalhadores com estimativa por faixa etária.

7. Conclusão/ Recomendações

A realização da presente pesquisa proporcionou o conhecimento mínimo necessário para uma boa análise da situação de saúde do trabalhador da região estudada, atingindo os objetivos propostos estabelecidos. Por se tratar de trabalho com dados secundários, apesar das vantagens, já conhecidas, como a maior rapidez e o baixo custo da pesquisa, houve limites, a exemplo da qualidade dos dados da área de saúde, reflexo de um preenchimento não criterioso das fichas de investigação e do grande subregistro. Os dados da previdência, também são limitados para se conhecer a situação, dado o alto percentual de trabalhadores sem registro em carteira.

Apesar disso, foi possível realizar um trabalho com a qualidade suficiente para se conhecer a realidade e propiciar subsídios às instâncias responsáveis pela implementação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador nos municípios e microrregião, especialmente na área de saúde, em que todos os municípios são responsáveis pela gestão das ações em seu território.

Ainda se pode acrescentar que essa pesquisa pode servir como um guia orientador, fornecendo caminhos importantes, não os únicos, para a construção da análise de situação de saúde, levando-se em conta a disponibilidade de dados de diversas fontes, inclusive na internet, com possibilidade de fácil acesso pelos técnicos e gestores, especialmente aos que trabalham nas equipes de vigilância em saúde municipais.

Constata-se a situação como grave em virtude de: extensão do problema – as incidências de doenças relacionadas ao trabalho são elevadas; gravidade da situação – poderiam ser evitadas onze mortes relacionadas ao trabalho por ano, com intervenções adequadas, partindo de estimativas do coeficiente de mortalidade de 2005 a 2007, utilizando-se dados do Cesat/SUB; Ausência de notificações em Saúde do Trabalhador em muitos municípios, o que dá uma baixa visibilidade da situação. As ações realizadas ainda são insuficientes e os seus impactos ainda não são bem dimensionados

Não se pode, após esse esforço de conhecer um pouco da realidade, deixar de fazer algumas considerações e recomendações importantes:

Em razão do alto percentual de analfabetos entre os trabalhadores da microrregião torna-se necessário promover ações intersetoriais voltadas para a ampliação do nível de escolaridade e qualificação profissional dos mesmos, o que pode contribuir para melhor segurança nos ambientes de trabalho e redução de acidentes.

Os baixos salários médios praticados na região, fator que pode contribuir para o aumento dos acidentes na região, também justificam a ampliação de ações de vigilância da saúde e segurança no trabalho dos diversos órgãos responsáveis. A alta proporção de trabalhadores informais é preocupante e dificulta a ação da vigilância à saúde, tornando-se a indispensável ampliar a participação das organizações sociais e equipes da atenção básica, principalmente do Programa de Saúde da Família neste trabalho, em virtude de sua presença em todos os municípios.

A baixa frequência de pesquisas de Emprego e Desemprego e outras estudos, com a caracterização dos empregados/ desempregados na região limitam o melhor conhecimento e o planejamento de políticas públicas na área em questão. Os órgãos responsáveis por essas pesquisas deveriam realizar pesquisas com maior regularidade no interior da Bahia, para que se tenha maior conhecimento da situação dos empregados e desempregados.

É necessário ampliar a fiscalização do uso dos agrotóxicos e a capacitação dos trabalhadores para o uso do referido produto, bem como implementar outras formas de cultivo com a redução ou eliminação do uso do agrotóxico, a exemplo dos orgânicos, em virtude da agricultura ser uma das principais atividades econômicas na região e da alta incidência de intoxicações. Preocupa também a possibilidade do comércio clandestino de agrotóxicos, tendo em vista as recentes matérias publicadas na mídia tratando da entrada clandestina dos mesmos, no Brasil, sem o devido registro nos órgãos competentes. Faz-se necessário ampliar as ações educativas sobre a segurança no manuseio com agrotóxicos, de modo que se possa reduzir a contaminação tanto do homem, como do meio ambiente.

É preciso envidar esforços dos órgãos da área de agricultura, meio ambiente, trabalho e saúde, sindicatos e organizações loco-regionais para uma ação mais efetiva que possa reduzir a morbimortalidade pelos agravos decorrentes do trabalho, especialmente relacionados a transportes, lesões/envenenamentos e doenças osteomusculares.

Ressalta-se a necessidade de coibição do trabalho infantil e de possíveis focos de trabalho escravo, com a realização de fiscalização pelo Ministério do Trabalho, bem como inspeções nos locais de trabalho, especialmente nas empresas de risco 4. Cabe ainda pontuar a urgência em realizar um trabalho de forma articulada, aproveitando a capacidade de cada órgão governamental de forma a racionalizar custos e desenvolver ações, sobretudo de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com mais impacto sobre a saúde.

Dada a importância da agricultura e mineração para a economia regional e do grande número de trabalhadores nestas ocupações, de alto risco à saúde, recomenda-se a realização de inquéritos para um melhor conhecimento da situação de saúde desses trabalhadores. Também se faz necessário melhorar o registro de agravos à Saúde do Trabalhador dos sistemas de informação da área de saúde SINAN e SIM, precisando, para isso, capacitar e acompanhar o trabalho das equipes de vigilância municipais, como também rever os critérios de restrição da Portaria nº. 777/04 para a notificação dos agravos em Saúde do Trabalhador.

Recomenda-se implementar a atuação do Cerest de Vitória da Conquista na área de Vigilância em Saúde com a ampliação da cobertura de inspeção nos ambientes de trabalho, especialmente nas indústrias extrativas, cerâmicas e agricultura. Também é necessário discutir a área geográfica de atuação do referido Cerest, tendo em vista a grande extensão territorial, com 73 municípios e estimular a implantação de núcleos de Saúde do Trabalhador nos municípios, para que as ações de vigilância possam ser descentralizadas. Destacam-se no quadro três, abaixo, algumas prioridades para a gestão, frente aos problemas mais graves apresentados.

Deve-se aproveitar o espaço do colegiado de gestão para discutir as questões referentes à saúde dos trabalhadores, com a participação dos órgãos com interface na Saúde do Trabalhador e as entidades representativas dos trabalhadores, num esforço para a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde. Não se pode esquecer da importância da divulgação das informações para os trabalhadores, sendo a mesma um importante instrumento de ação política para estes, o que pode ser feito por meio de oficinas e boletim, por exemplo.

As novas portarias de vigilância em saúde colocam a necessidade da articulação da vigilância com a atenção primária. Torna-se essencial a integração do trabalho da vigilância sanitária e epidemiológica com as unidades básicas para

ampliar ações de notificação e inspeção nos ambientes de trabalho e outras ações de Saúde do Trabalhador.

Dada a relevância da análise de situação de saúde no âmbito da saúde do trabalhador, recomenda-se, ainda, a realização dessas análises pelas equipes municipais para subsidiar o planejamento de ações de Saúde do Trabalhador e aprimoramento das ações de vigilância na perspectiva do cuidado integral à saúde.

Quadro 2. Prioridades para Saúde do Trabalhador, Microrregião de Brumado.

Problema	Recomendações	Resultados Esperados
Uso de agrotóxicos na lavoura sem a observância de medidas de proteção.	Programa de controle do uso de agrotóxicos; Identificação das revendas: (legais e clandestinas); Fiscalização/inspeção nas propriedades rurais; Comunicação do risco: trabalhadores e empregadores	Redução da incidência de Intoxicações
Elevado número de trabalhadores na indústria extrativa e pouca informação sobre morbimortalidade.	Inquéritos epidemiológicos; Implementação da informação na saúde (SINAN/SIM)	Melhor informação sobre a situação de saúde.
Má qualidade da informação em ST/ baixo número de municípios notificando.	Implantar/ implementar unidades sentinelas; Capacitar equipes municipais; Inserir ações na atenção primária.	Melhor qualidade dos registros e ampliação do número de registros do SIM/SINAN; Trabalho da vigilância articulado com a APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; Salvador: APCE Produtos do Conhecimento; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

ARAUJO, José Duarte; SANTOS, Antônio Carlos Silva and PUGLIESE, Celso Mário de Araújo. A evolução da estatística de saúde na Bahia, 1967-1971. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1971, vol.5, n.2, pp. 273-283.

ARTMANN, Elizabeth. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.. **Cadernos da Oficina Social**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 98-118, 2000.

BAHIA. Centro de Referência Estadual em saúde do Trabalhador. **Informações Preliminares dos Perfis de Atividade Econômica e de Agravos da Saúde do Trabalhador dos Municípios do Estado da Bahia**: Salvador, 2009.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. **Manual de Normas e Rotinas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN** - Saúde do Trabalhador. (orgs) SOUZA, Norma Suely Souto, EVANGELISTA FILHO, Delsuc e SILVA, Mônica Moura da Costa: Salvador, CESAT, 2009.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Conselho Estadual de Saúde. Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador. **Regimento Interno da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador**. Salvador: CES, 2009.

BARATA, Rita de Cássia Barradas, RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida e MORAES, José Cássio de. **Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores em área urbana no interior do Estado de São Paulo em 1994**. *Inf. Epidemiol. Sus*, set. 2000, vol.9, no.3, p.199-210.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. **Caderno 5 – Saúde do Trabalhador** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho. **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. (Org.) DIAS. Elizabeth Costa. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalho Infantil- Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT). **Política Nacional do(a) Trabalhador(a)**. Brasília/ COSAT, 2004.

_____. Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT). **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**: Brasília: 2005. Disponível em: www.mte.gov.br/seg_sau/default.asp> Acesso em: 26.Abr.2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1679**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.437**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Trabalhar sim1, adoecer, não!**. Coletânea de Textos. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 548**, de 2001.

_____. Presidência da República. **Decreto Nº 6.481**, de 12 de Junho de 2008.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Saúde e Segurança Ocupacional**. Disponível em: < <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudo>>. Acesso em 11. Ago.2009>.

CASTELLANOS, P.L. A epidemiologia e a organização dos sistemas de saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**.4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p.477-84.

Curso de Qualificação para a Gestão do Sistema Único de Saúde (CGRS) – **Macrorregião Sudoeste**. SESAB/EESP, 2009.

DIAS, Elizabeth Costa e HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Revista Ciência e Saúde, São Paulo**, v.0, n. 4, p. 817-828, 2005.

DIAS. Elizabeth Costa. A Organização da Atenção à Saúde no trabalho. Cap. 01. In: FILHO. Mário Ferreira (Org.). **Saúde no Trabalho**. São Paulo, Roca, 2004.

Driscoll T, Takala J, Steenland K, Corvalan C, Fingerhut M. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. **Am J Ind Med** 2005; 48:491-502.

Exploração do Trabalho Infantil. Disponível em: <<http://trabalhoinfantilm.blogspot.com/2007/06/bahia>>. Acesso em 30. Jul. 2009

FARIA, Neice Müller Xavier; FASSA, Anaclaudia Gastal and FACCHINI, Luiz Augusto. **Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 25-38. ISSN 1413-8123.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 23(4): 757-766. Abril 2007.

_____, Francisco Antônio de Castro. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. **Saúde e Sociedade**, 3(1): 41-59, 1994.

_____, Francisco Antônio de Castro. Saúde dos Trabalhadores: cenários e desafios. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13 (Supl.2):7-19, 1997.

GOMEZ, Carlos Minayo e LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4):797-807, 2005.

KATO, MINA e SANTANA, Vilma. **Sistema de Gestão em Saúde Ocupacional e Ambiental**. Brasília: SESI, 2006.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. IPEA. 3. ed. Brasília: Tomo I, p. 203-245, Tomo II, P. 304-333, 1993.

MENDES René e DIAS ELIZABETH, Costa. Da Medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.5, p.34-349, 1991.

NOBRE. Letícia Coelho da Costa. **Trabalho Precário e Mortes por Acidentes de Trabalho: A Outra Face da Violência e a Invisibilidade do Trabalho**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Salvador, ISCUFBA, 2007.

MOREIRA. Marcelo Rasga. Democracia Participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. In: **Divulgação em Saúde para debate**: Rio de Janeiro: CEBES, (48), 2008.

O que é a Comissão Nacional Permanente do Benzeno? Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_benzeno_oquee.asp>. Acesso em 30. JUL. 2009

PAIM. Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

SANTANA, Vilma Sousa, GOUVEIA, Andréa Maria e SOARES, Jorgana. **A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador**. In: EXPOEPI, Oficina de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2008, Brasília: **A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador**: Salvador: ISC/UFBA, 2008 p. 1-27.

_____, Vilma Sousa e SILVA, Jandira Maciel. **OS 20 ANOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: limites, avanços e desafios**. Salvador: ISC/UFBA, 2009.

_____, Vilma Sousa, MOURA, Maria Cláudia Peres, SOARES, Jorgana et. al. **Acidentes de Trabalho no Brasil – Dados de Notificação do SINAN em 2007 e 2008**. Brasília: UFBA/ISC/MS/COSAT, 2009.

_____. Vilma Sousa. Saúde do Trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**, 40 (N. Esp): 101-11, 2006.

SCHWARTZMAN, Simon.; SCHWARTZMAN, Felipe Farah. **O trabalho infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

SOARES, Darli Antonio; ANDRADE, Selma M. de; CAMPOS, J. J.B. de. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 10, p. 183-210.

SOUZA. Norma Suely Souto. **Avaliação dos Agravos Relacionados ao Trabalho Registrados no SINAN na Bahia em 2005**: Salvador: SESAB/SUVISA/CESAT, 2009.

TEIXEIRA. Camen Fontes e VILASBOAS, Ana Luiza. **Planejamento e Gestão em Segurança e Saúde no Trabalho**. Salvador: UFBA/PISAT/SESI, Módulo V, 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **O Futuro da Prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

TEIXEIRA. Carmen Fontes. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: 2001.

VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel e SILVA, Jacinta de Fátima Senna. Uma década de Saúde do Trabalhador no setor saúde: tempo de construção, avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.28, n.68, p.191-205, set/dez. 2004.

Wikipédia. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki> . Acesso em 12.Out.2009.

Wünsch Filho, Victor. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira. Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 103-117, abr-jun. 2004.

APÊNDICES

Apêndice A**Tabela 6. Distribuição da População e Área por Município, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009.**

Município	População		Área em Km²	
	N	%	Área	%
	401.652	100,0	24.655	100,0
Aracatu	14.316	3,6	1.541	6,3
Barra da Estiva	20.537	5,1	1.407	5,7
Boquira (sede de Dires)	22.251	5,5	1.570	6,4
Botuporã	11.043	2,7	554	2,2
Brumado (sede de Dires)	64.642	16,0	2.174	8,8
Caturama	8.662	2,2	648	2,7
Contendas do Sincorá	3.875	1,0	865	3,5
Dom Basílio	11.619	2,9	655	2,7
Érico Cardoso	10.606	2,6	704	2,9
Guajeru	9.311	2,3	645	2,6
Ibicoara	16.026	4,0	980	4,0
Ibipitanga	14.406	3,6	948	3,8
Ituaçu	18.777	4,7	1.220	4,9
Jussiape	8.045	2,0	525	2,1
Livramento de Nossa Senhora	44.569	11,0	2.275	9,2
Macaúbas	48.632	12,0	3.050	12,4
Malhada de Pedras	7.650	1,9	481	2,0
Paramirim	20.871	5,2	1.119	4,5
Rio de Contas	13.822	3,4	1.056	4,3
Rio do Pires	11.619	2,9	892	3,6
Tanhaçu	20.143	5,0	1.346	5,5

Fonte: SESAB/IBGE. Estimativa de Dados para 2009.

Apêndice B

Tabela 7. Distribuição dos Municípios por Dires, Direc e Território de Identidade, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009.

Município	Dires	Direc	Território de Identidade
Aracatu	Brumado	Brumado	Vitória da Conquista
Barra da Estiva	Brumado	Brumado	Chapada Diamantina
Boquira	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
Botuporã	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
Brumado	Brumado	Brumado	Sertão Produtivo
Caturama	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
Contendas do Sincorá	Brumado	Brumado	Sertão Produtivo
Dom Basílio	Boquira	Brumado	Sertão Produtivo
Érico Cardoso	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
Guajeru	Brumado	Caetité	Vitória da Conquista
Ibicoara	Brumado	Brumado	Chapada Diamantina
Ibipitanga	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
Ituaçu	Brumado	Brumado	Sertão Produtivo
Jussiape	Brumado	Brumado	Chapada Diamantina
Livramento de N. Senhora	Brumado	Brumado	Sertão Produtivo
Macaúbas	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
M. de Pedras	Brumado	Brumado	Sertão Produtivo
Paramirim	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
Rio de Contas	Brumado	Brumado	Chapada Diamantina
Rio do Pires	Boquira	Macaúbas	Bacia do Paramirim
Tanhaçu	Brumado	Brumado	Sertão Produtivo

Fonte: SEI, 2009; PDR, 2007.

Apêndice C

Tabela 8. Número de Trabalhadores por Município e Empresa com Grau de Risco 3 e 4, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009

Município	Razão Social	Atividade Econômica	Nº. Trabalhadores	Grau de Risco
Barra da Estiva	Café Van Torrefação de Café Ind. e Com. LTDA	Torrefação. e Moagem de café	06	3
	Janildo de Novais Brito	Fab. de móveis com predominância de madeira	03	3
	Stone Mineração Ltda	Extração de pedra, areia e argila	00	4
Boquira	Gilvane Silva Bastos dos Santos	Fabricação de produtos de panificação	13	3
	A Principal Com e Ind. de Material para Construção Ltda	Fabricação de artigos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	05	4
Botuporã	Benedito Queiroz Neto	Fabricação de estruturas de madeira e de artigos de carpintaria para construção	03	3
Brumado	EPCL Empreendimentos Projetos e Construções Ltda	Obras para geração e dist. de energia elétrica e para telecomunicações	588	4
	Magnesita Refratários S/A	Extração de minerais não-metálicos	503	4
	Xilolite S/A	Extração de minerais não-metálicos	161	4
	Rocha & Leite Ltda	Fabricação de artefatos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	120	4
	Ibar Nordeste S/A	Extração de minerais não-metálicos	113	4
	Matadouro e Frigorífico de Brumado Ltda	Abate de reses, exceto suínos	70	3
	Brumado Construções e Empreendimentos Ltda	Construção de edifícios	45	3
	M.O. Ind. e Com. de Produtos Alimentícios Ltda	Fabricação de produtos de panificação	40	3
	Cerâmica Brumado Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	36	4
	CCB- Cimpor Cimentos do Brasil Ltda	Fabricação de cimento	33	4

Tabela 8. Número de Trabalhadores por Município e Empresa com Grau de Risco 3 e 4, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009 (continuação)

Município	Razão Social	Atividade Econômica	Nº. Trabalhadores	Grau de Risco
	Amil Montagem Industrial Ltda	Montagem de instalações Industriais e de estruturas metálicas	12	4
	Anita Lobo Ataíde	Produtos de outros tubos de ferro e aço	10	4
	Izamilde Lobo Ataíde	Fabricação de estruturas metálicas	20	4
	Bruma Cotton Ltda	Preparação e fiação de fibras de algodão	20	3
	Hitz Comercio e Serviços Ltda	Fabricação de artigos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	20	4
	J. R. Comercio e Exportação de Café Ltda	Torrefação e moagem de café	18	3
	Rocha e Ribeiro Ltda	Aparelhamento e outros trabalhos em pedras	18	3
	Reformadora de Pneus VM Ltda	Reforma de pneumáticos usados	15	3
	Mary Cristina Lobo Ataíde	Fabricação de estruturas metálicas	09	4
	Renan Rocha de Souza	Fabricação de artefatos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	09	4
	Marcos Vinicius do Carmo	Manutenção e reparação de equipamentos eletrônicos e ópticos	05	3
	Eudalio dos Santos Ferreira	Impressão de materiais para outros usos	04	3
	Industria e Comércio de Cafe Belanisa Ltda	Torrefação e moagem de café	04	3
	Souza Farias Comercio e Transportes Ltda	Fabricação de alimentos para animais	04	3
	Lobo e Ataíde Ltda	Fabricação de estruturas metálicas	02	4
	Neuzelia Pereira de Lima Dias	Fabricação de produtos diversos	02	3
	Valdemir Gomes Costa	Fabricação de artefatos de tanoaria e de embalagens de madeira	02	3
Caturama	Lucinaria de Sousa Oliveira & Cia Ltda	Fabricação de artigos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e mat. semelhantes	02	4

Tabela 8. Número de Trabalhadores por Município e Empresa com Grau de Risco 3 e 4, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009 (continuação)

Município	Razão Social	Atividade Econômica	Nº. Trabalhadores	Grau de Risco
Guajeru	Antonio Rodrigues e Filho Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	03	4
	Hortus Agroindustrial S/A	Fabricação de produtos alimentícios	112	3
Ibicoara	Mineração Santa Lucia Ltda	Extração de minerais não-metálicos	45	4
	Dinamus Mineração e Prestação de Serviços Ltda	Extração de minerais não-metálicos	06	4
	Cardoso Comércio e Lavoura de Café Ltda	Torrefação e moagem de café	03	3
Ituaçu	Indústria de Tintas Hidra Color Ltda	Fabricação de tintas, vernizes, esmaltes e lacas	23	3
	Lajes Unidas e Cerâmica União Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	10	4
	Barreto & Costa Ltda	Fabricação de cal e gesso	07	4
	Delson & Diego Indústria e Comercio de Cerâmica Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	06	4
	Indústria de Cal Bahia Ltda	Fabricação de cal e gesso	01	4
Jussiape	Norma Sueli Aguiar	Torrefação e moagem de café	01	3
	Jesuino Jose Firmo de Jussiape	Fabricação de aguardentes e outras bebidas destiladas	03	3
	Cerâmica Aliança Indústria Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	16	4
Livramento de Nossa Senhora	Cerâmica Porto Itanagé Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	15	4
	Gráfica Livramento Ltda	Impressão de materiais para outros usos	10	3

Tabela 8. Número de Trabalhadores por Município e Empresa com Grau de Risco 3 e 4, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009 (continuação)

Município	Razão Social	Atividade Econômica	Nº. Trabalhadores	Grau de Risco
	Cerâmica Pico das Almas Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	09	4
	Antonio Souto Castro & Cia Ltda	Torrefação e moagem de café	03	3
	Sempreviva Indústria e Comércio de Cachaça Ltda	Fabricação de aguardentes e outras bebidas destiladas	03	3
	Jose Maria Silva Pereira	Fabricação de aguardentes e outras bebidas destiladas	01	3
	GM Granitos e Mármore Ltda	Extração de minerais não-metálicos	30	4
	Rarosabor Ind. e Com. de Alimentos e Bebidas Ltda	Fabricação de especiarias, molhos, temperos e condimentos	11	3
	Nogueira & Paukowski Ltda	Fabricação de artigos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	08	4
	Hexalaby Indústria e Comercio de Plastico Ltda	Fabricação de artefatos de material plástico	07	3
Macaúbas	Ailton Francisco dos Anjos	Fabricação de esquadrias de metal	04	4
	Abeltino Silva Franca	Aparelhamento e outros trabalhos em pedras	04	3
	Indústria e Comércio de Café Macaubense Ltda	Torrefação e moagem de café	03	3
	Macaqueira Ind. e Com. de Produtos Alimentícios Ltda	Torrefação e moagem de café	03	3
	Edmarcia Maia Pereira de Oliveira	Confecção de roupas íntimas	02	2
	Macaubas Pedras Ornamentais Ltda	Extração de pedra, areia e argila	01	4
	Cerâmica Valdernam Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	55	4
Malhada de Pedras	Ceramica Real Ltda	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção	30	4

Tabela 8. Número de Trabalhadores por Município e Empresa com Grau de Risco 3 e 4, Microrregião de Brumado, Bahia, 2009 (continuação)

Município	Razão Social	Atividade Econômica	Nº. Trabalhadores	° Grau de Risco
Paramirim	Jornal O Eco Ltda	Impressão de materiais para outros usos	13	3
	Gilmar Marques Silva & Cia Ltda	Confecção de peças do vestuário, exceto roupas íntimas	10	2
	S. T. E. Servicos Tecnicos de Eletricidade Ltda	Obras para geração e distribuição de energia elétrica e para telecomunicações	08	4
	Industria Gráfica Impressao Ltda	Impressão de materiais para outros usos	04	3
	Zeneide Pereira da Silva	Aparelhamento e outros trabalhos em pedras	02	3
	Adão Moreira Mafra & Cia Ltda	Fabricação de estruturas de madeira e de artigos de carpintaria para construção	06	3
Rio de Contas	Cachaça Tombadoro Ltda	Fabricação de aguardentes e outras bebidas destiladas	03	3
	Kadoshi Construções Moveis e Decorações Ltda	Fabricação de móveis com predominância de madeira	03	3
Rio do Pires	Antonio Domingues Pereira	Fabricação de artefatos de material plástico	02	3
	Helio Domingues Macedo & Cia Ltda	Fab. de artefatos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	01	4
Tanhaçu	Correta Corretivo de Solo Tanhacu Ltda	Extração de pedra, areia e argila	09	4
	Inteldoces Agroindustrial Ltda	Fabricação de conservas de frutas	15	3

Fonte: Federação das Indústrias do Estado da Bahia, 2009.

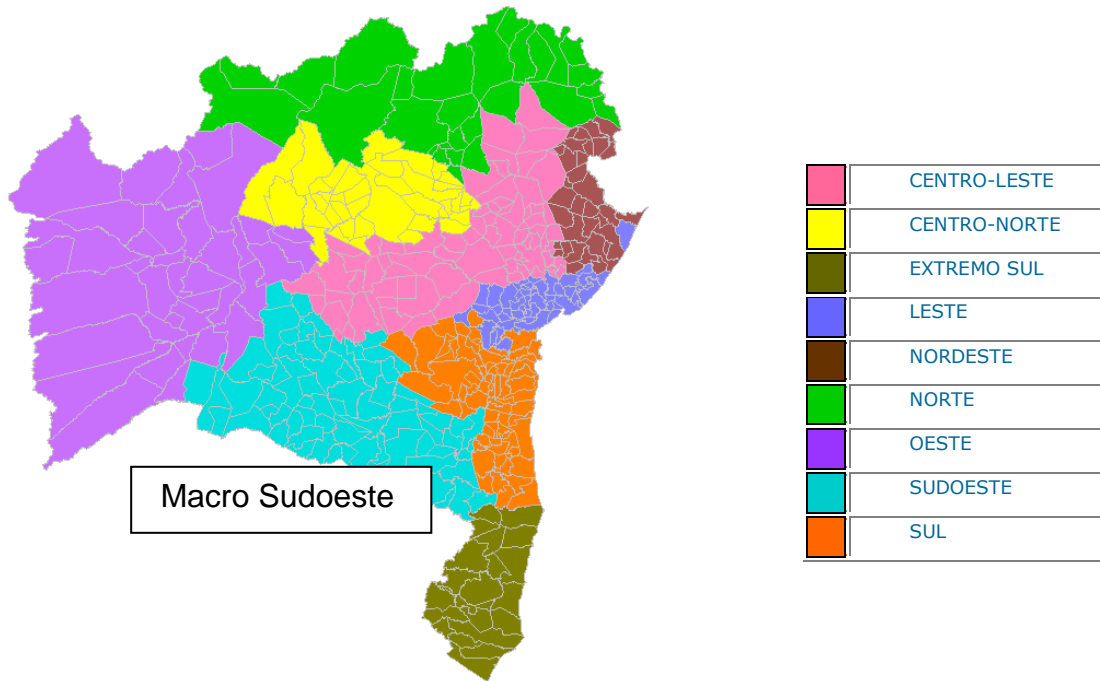
*Grau de Risco conforme Portaria MTE nº. 76/208, com alteração da Norma Regulamentadora nº. 4.

Apêndice D. Plano de Análise

Dimensão	Indicador	Numerador/ fonte	Denominador/fonte	Natureza/ descritores
1- Caracterização da força de trabalho	Número de trabalhadores	de IBGE/PEA, PEAO	--	Número/ sexo, idade, cor da pele, rendimento, escolaridade, segurados e não segurados (formal/informal)
2- Caracterização dos desempregados	Número e % de desempregados	IBGE	IBGE	Sexo
3-Perfil produtivo	No. e % de trabalhadores por seção CNAE	MTE/CAGED/RAIS		Sexo
	Nº e %Trabalhadores por grau de risco/seção da CNAE.	MTE/CAGED/RAIS /IBGE		Sexo, idade
	Número de empresas por grau de risco da seção da CNAE.	Guia Industrial da Bahia		Município, atividade econômica.
4- Formas não aceitáveis de trabalho	Projetos de desenvolvimento econômico para a região e número de empresas que solicitaram Alvará de Funcionamento à Prefeitura.	Prefeituras; Equipes de Vigilância em Saúde		Tipo de empreendimento e Município.
	Trabalho escravo e trabalho infantil	MTE/SIT	-	Sexo, Idade e município
5- Trabalho rural e agrotóxicos	Revendas de agrotóxicos e % de trabalhadores expostos a agrotóxicos.	ADAB/ SEAGRI, Censo Agropecuário	PEAO	Município
6- Magnitude dos problemas de saúde	Incidência, e mortalidade dos 11 agravos de notificação em ST (SINAN)	SINAN, AEPS, CESAT	PEAO	Sexo, Idade, CNAE dos últimos cinco anos
	Número e % de outros problemas de saúde	AEPS		Sexo, idade, CNAE
7- Gravidade dos problemas de saúde	Letalidade dos AT	SINAN, AEPS, RIPSA, CESAT	PEAO	Sexo, Idade, CNAE
8- Serviços em Saúde e Segurança do Trabalho	Número de estabelecimentos com SST	CEREST de Vitória da Conquista, SESMT, SESI, SESC, SETRE		Município
	Número de Profissionais Especialistas em ST		-	Categoria Profissional e Município
	Número de Agências e Funcionários da Previdência	MPAS	-	Categoria Profissional e Município
	Número de SRT e Funcionários	MTE		Categoria Profissional e Município

Apêndice D. Plano de Análise

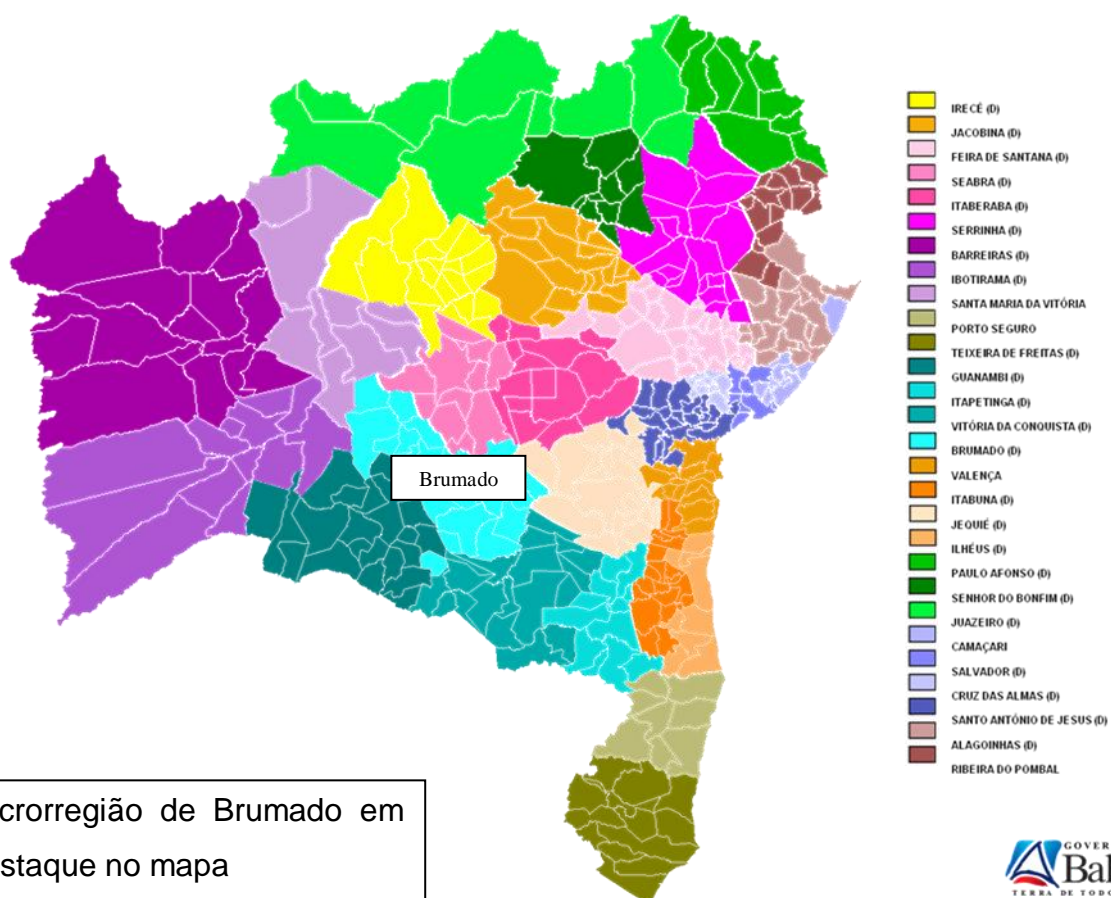
9- Ações e impacto	No. de inspeções, empresas e autuações, bem como trabalhadores cobertos referentes a ações do CEREST/RENAST		PEAO	Trabalhadores cobertos,
	No. de trabalhadores escravos libertados	MTE	PEAO	
	No. de crianças afastadas do trabalho	MTE	PEAO	
	Aumento de notificações em ST	SINAN	PEAO	
	Variação proporcional da incidência de AT, e doenças ocupacionais	SINAN, MTE	PEAO	

Anexo A**Figura 2: Macrorregiões de saúde do Estado da Bahia, 2009.**

Fonte: PDR, 2007

ANEXO B

Figura 3. Mapa da Divisão das Microrregiões de Saúde da Bahia, 2009



Microrregião de Brumado em destaque no mapa

Fonte: PDR, 2007