

Ministério da Saúde

# Saúde do Trabalhador

## Saúde do Trabalhador

Saúde do  
Trabalhador

Saúde do

Saúde do Trabalho  
Trabalhador

E  
400  
23cad

Cadernos de Atenção Básica - nº 5

Brasília-DF



**Ministério da Saúde**  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Área Técnica de Saúde do Trabalhador

# **Cadernos de Atenção Básica**

**Programa Saúde da Família**

## **Caderno 5**

**Saúde do Trabalhador**

Brasília – 2002

ã 2001, Ministério da Saúde

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte

Tiragem: 50.000 exemplares

### **Edição, informação e distribuição**

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7º andar, sala 718

CEP: 70058-900 Brasília/DF

**Telefone:** (61) 315 2497

**Fax:** (61) 226 4340

**E-mail:** psf@saude.gov.br

Área Técnica de Saúde do Trabalhador

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 6º andar, sala 647

CEP: 70058-900 Brasília/DF

**Telefone:** (61) 315 2610

**Fax:** (61) 226 6406

**E-mail:** cosat@saude.gov.br

Produzido com recursos do Projeto - Desenvolvimento da Atenção Básica – UNESCO - 914/BRZ/29

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.  
Departamento de Atenção Básica.

Área Técnica de Saúde do Trabalhador

Saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção  
Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área  
Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

63p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5)

ISBN: 85-334-0368-2

1. Saúde do trabalhador – Atenção básica. 2. Relação  
trabalho/saúde/doença. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de  
Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e  
Estratégicas. II. Título.

CDU 616-057(81)

Apresentação, **5**

Introdução, **7**

Quadro institucional relativo à Saúde do Trabalhador, **11**

O papel do Ministério do Trabalho e Emprego, **11**

O papel do Ministério da Previdência e Assistência Social, **12**

O papel do Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde, **12**

O papel do Ministério do Meio Ambiente, **13**

Ações em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde, **15**

Atribuições gerais, **15**

Atribuições específicas da equipe, **17**

Informações básicas para a ação em Saúde do Trabalhador, **19**

Trabalho precoce, **19**

Acidentes de trabalho, **19**

Doenças relacionadas ao trabalho, **20**

Procedimentos a serem adotados frente a diagnósticos  
de doenças relacionadas ao trabalho pelo nível local de saúde, **32**

Instrumentos de coleta de informações para a vigilância em Saúde do Trabalhador, **33**

Anexos, **35**

Bibliografia, **65**





# Apresentação

**E**sta publicação é parte do esforço do Ministério da Saúde voltado à reorganização da atenção básica de saúde no País, a partir da qual é possível regionalizar e hierarquizar as ações e serviços, provendo assim o acesso integral e equânime da população brasileira ao atendimento de que necessita. Prestada de forma resolutiva e com qualidade, a atenção básica é capaz de responder à maioria das necessidades de saúde.

A edição deste Caderno de Atenção Básica em Saúde do Trabalhador destina-se a apoiar a capacitação dos profissionais que atuam neste nível da atenção, em especial as equipes de saúde da família, promovendo, desta forma, a inserção deste segmento populacional na rede básica. As ações aqui preconizadas devem pautar sobretudo na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e trabalho que determinam as formas de adoecer e morrer dos trabalhadores.

Nesse sentido, o presente Caderno propicia o estabelecimento da relação entre o adoecimento e o processo de trabalho nas práticas de vigilância o que contribui, certamente, para a qualidade da atenção à saúde do trabalhador em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A expectativa do Ministério da Saúde é que esta publicação contribua para aperfeiçoar a capacidade resolutiva dos profissionais, em especial daqueles que integram as equipes de saúde da família, as quais configuram a estratégia prioritária do processo de transformação do modelo de atenção à saúde, em curso no País.

**Cláudio Duarte da Fonseca**

*Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde*





# Introdução

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença.

Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Para este campo temático, trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico. Ressalte-se que o mercado informal no Brasil tem crescido acentuadamente nos últimos anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, cerca de 2/3 da população

economicamente ativa – PEA têm desenvolvido suas atividades de trabalho no mercado informal. É importante ressaltar, ainda, que a execução de atividades de trabalho no espaço familiar tem acarretado a transferência de riscos/fatores de risco ocupacionais<sup>1</sup> para o fundo dos quintais, ou mesmo para dentro das casas, num processo conhecido como *domiciliação do risco*.

Num momento em que o processo de descentralização das ações de saúde consolida-se em todo o país, um dos mais importantes desafios sobre os quais os municípios brasileiros têm se debruçado é o da organização da rede de prestação de serviços de saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: descentralização dos serviços, universalidade, hierarquização, equidade, integralidade da assistência, controle social, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, entre outros.

A municipalização e a distritalização, como espaços descentralizados de construção do SUS,

---

1. Classicamente, risco é conceituado como a *possibilidade de perda ou dano e a probabilidade de que tal perda ou dano ocorra* (Covello e Merkhofer, 1993; BMA, 1987). Implica, pois, a presença de dois elementos: a possibilidade de um dano ocorrer e a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso. Perigo, situação ou fator de risco referem-se a *uma condição ou um conjunto de circunstâncias que tem o potencial de causar um efeito adverso* (BMA, 1987). Ou seja, risco é um conceito abstrato, não observável, enquanto fator de risco ou situação de risco é um conceito concreto, observável.



são considerados territórios estratégicos para estruturação das ações de saúde do trabalhador<sup>2</sup>

Nesse sentido, o Ministério da Saúde está propondo a adoção da *Estratégia da Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde*, visando contribuir para a construção de um modelo assistencial que tenha como base a atuação no campo da Vigilância da Saúde. Assim, as ações de saúde devem pautar-se na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, que, em última instância, determinam as formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais.

No processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários devem ser buscados, visando à priorização de problemas de grupos populacionais inseridos em determinada realidade territorial. As ações devem girar em torno do eixo *informação – decisão – ação*. Portanto, aspectos relativos ao trabalho, presentes na vida dos indivíduos, famílias e conjunto da população, devem ser incorporados no processo, como propõe o diagrama a seguir.



FONTE: Área Técnica de Saúde do Trabalhador/COSAT 2000

2. Segundo Vilaça (1993), os distritos sanitários no País, correspondem aos SILOS (Sistemas Locais de Saúde) criados como consequência da Resolução XV, da XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da OPAS 1998. Os distritos devem ser compreendidos como processo social de mudanças de práticas sanitárias, têm dimensão política e ideológica (microespaço social) na estruturação de uma nova lógica de atenção, pautada no paradigma da concepção ampliada do processo saúde-doença, o que implica mudança cultural da abordagem sanitária.



Em relação aos trabalhadores, há que se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Dessa forma, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No que se refere à população em geral, é preciso ter em mente os diversos problemas de saúde relacionados aos contaminantes ambientais, causados por processos produtivos danosos ao meio ambiente. Vale citar como exemplos os problemas causados por garimpos, utilização de agrotóxicos, reformadoras de baterias ou indústrias siderúrgicas, cuja contaminação ambiental acarreta agravos à saúde da população como um todo, além dos específicos da população trabalhadora.

No intuito de contribuir com o avanço da organização dessas ações na rede básica de saúde, nos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, e sob orientação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS/MS – NOST/SUS (Anexo V), da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Anexo VI) e demais normas existentes para a atuação do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, a Coordenação de Saúde do Trabalhador divulga as presentes diretrizes. Cabe aos que vivenciam a problemática da oferta e organização de serviços de saúde fazer as adequações necessárias para torná-las viáveis em sua realidade social.

O texto está dividido em cinco itens: o primeiro apresenta uma panorâmica do papel das instituições governamentais no campo da Saúde do Trabalhador, especificamente aquele a ser desenvolvido pelos ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência e Assistência Social, da Saúde/Sistema Único de Saúde e do Meio Ambiente; o segundo, traz uma proposta das ações em Saúde do Trabalhador, que deverão ser desenvolvidas pelo nível local de saúde; o terceiro, fornece um conjunto de informações básicas sobre os agravos mais prevalentes à saúde dos trabalhadores; o quarto, aborda os instrumentos de notificação e investigação em Saúde do Trabalhador; e o item 5 refere-se aos anexos, seguido pela relação da bibliografia utilizada.





# Quadro Institucional relativo à Saúde do Trabalhador

---

**N**este item, serão apresentadas, de forma sumária, as atribuições e a organização do Ministério do Trabalho e Emprego –

MTE, do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, do Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde – MS/SUS e do Ministério do Meio Ambiente – MMA. Ressalte-se que cada um desses setores tem suas especificidade, que se complementam, principalmente, quando da atuação no campo da Vigilância da Saúde. Recentemente, têm sido desenvolvidos esforços no sentido de articular e racionalizar a atuação destes distintos setores.

É importante registrar, também, que o MTE, o MPAS e o MS/SUS contam com Conselhos Nacionais, que se constituem em importantes órgãos de deliberação e de controle social.

Em relação ao Conselho Nacional de Saúde, existe a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador – CIST, câmara técnica específica, cujo papel é assessorar o Conselho nas questões relativas à saúde dos trabalhadores.

A organização de câmaras técnicas nos moldes da CIST/CNS, ao nível de conselhos estaduais e municipais de Saúde, deve ser estimulada visando garantir, entre outras questões, o controle social.

## **O papel do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE**

O MTE tem o papel, entre outros, de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional.

Para dar cumprimento a essa atribuição, apóia-se fundamentalmente no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que trata das condições de Segurança e Medicina do Trabalho. O referido capítulo foi regulamentado pela Portaria n.º 3.214/78, que criou as chamadas Normas Regulamentadoras (NRs) e, em 1988, as Normas Regulamentadoras Rurais (NRRs). Essas normas, atualmente em número de 29, vêm sendo continuamente atualizadas, e constituem-se nas mais importantes ferramentas de trabalho desse ministério, no sentido de vistoriar e fiscalizar as condições e ambientes de trabalho, visando garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores. O Anexo VIII apresenta a relação completa das mesmas.

Nos estados da Federação, o Ministério do Trabalho e Emprego é representado pelas Delegacias Regionais do Trabalho e Emprego – DRTE, que possuem um setor responsável pela operacionalização da fiscalização dos ambientes de trabalho, no nível regional.



## O papel do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS

Apesar das inúmeras mudanças em curso na Previdência Social, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS ainda é o responsável pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios.

Deve-se destacar que só os trabalhadores assalariados, com carteira de trabalho assinada, inseridos no chamado mercado formal de trabalho, terão direito ao conjunto de benefícios acidentários garantidos pelo MPAS/INSS, o que corresponde, atualmente, a cerca de 22 milhões de trabalhadores. Portanto, os trabalhadores autônomos, mesmo contribuintes do INSS, não têm os mesmos direitos quando comparados com os assalariados celetistas.

*Ao sofrer um acidente ou uma doença do trabalho, que gere incapacidade para a realização das atividades laborativas, o trabalhador celetista, conseqüentemente segurado do INSS, deverá ser afastado de suas funções, ficando “coberto” pela instituição durante todo o período necessário ao seu tratamento. Porém, só deverá ser encaminhado à Perícia Médica do INSS quando o problema de saúde apresentado necessitar de um afastamento do trabalho por período superior a 15 (quinze dias). O pagamento dos primeiros 15 dias de afastamento é de responsabilidade do empregador.*

Para o INSS, o instrumento de notificação de acidente ou doença relacionada ao trabalho é a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) que deverá ser emitida pela empresa até o primeiro dia útil seguinte ao do acidente. Em caso de mor-

te, a comunicação deve ser feita imediatamente; em caso de doença, considera-se o dia do diagnóstico como sendo o dia inicial do evento.

Caso a empresa se negue a emitir a CAT, (Anexo VII), poderão fazê-lo o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública. Naturalmente, nesses casos não prevalecem os prazos acima citados.

A CAT deve ser sempre emitida, independentemente da gravidade do acidente ou doença. Ou seja, mesmo nas situações nas quais não se observa a necessidade de afastamento do trabalho por período superior a 15 dias, para efeito de vigilância epidemiológica e sanitária o agravo deve ser devidamente registrado.

Finalmente, é importante ressaltar que o trabalhador segurado que teve de se afastar de suas funções devido a um acidente ou doença relacionada ao trabalho tem garantido, pelo prazo de um ano, a manutenção de seu contrato de trabalho na empresa.

## O papel do Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde – MS/SUS

No Brasil, o sistema público de saúde vem atendendo os trabalhadores ao longo de toda sua existência. Porém, uma prática diferenciada do setor, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgiu apenas no decorrer dos anos 80, passando a ser ação do Sistema Único de Saúde quando a Constituição Brasileira de 1988, na seção que regula o Direito à Saúde, a incluiu no seu artigo 200.



“Artigo 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...).

A Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei n.º 8.080/90), que regulamentou o SUS e suas competências no campo da Saúde do Trabalhador, considerou o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde.

O artigo 6º da LOS determina que a realização das ações de saúde do trabalhador sigam os princípios gerais do SUS e recomenda, especificamente, a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho; a realização de estudos, pesquisa, avaliação e controle dos riscos e agravos existentes no processo de trabalho; a informação ao trabalhador, sindicatos e empresas sobre riscos de acidentes bem como resultados de fiscalizações, avaliações ambientais, exames admissionais, periódicos e demissionais, respeitada a ética.

Nesse mesmo artigo, a Saúde do Trabalhador encontra-se definida como um *conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.*

No seu conjunto (serviços básicos, rede de referência secundária, terciária e os serviços contratados/conveniados), a rede assistencial, se organizada para a Saúde do Trabalhador, a exemplo do que já acontece com outras modalidades

assistenciais como a Saúde da Criança, da Mulher, etc., por meio da capacitação de recursos humanos e da definição das atribuições das diversas instâncias prestadoras de serviços, poderá reverter sua histórica omissão neste campo. Os últimos anos foram férteis na produção de experiências – centros de referências, programas municipais, programas em hospitais universitários e ações sindicais – em diversos pontos do país, e em encontros de profissionais/trabalhadores ou técnicos para a produção das normas necessárias à operacionalização das ações de saúde do trabalhador pela rede de serviços em ambulatórios e/ou vigilância.

### **O papel do Ministério do Meio Ambiente – MMA**

Com base na Constituição Federal e suas legislações complementares, o papel do governo na área ambiental passou a ter no Brasil sustentação legal revigorada e condizente com as necessidades de uso racional dos recursos naturais do planeta.

O MMA, nesse contexto, exerce um papel de fundamental importância, dada a proporção continental de nosso país, sua enorme variedade climática, seu gigantesco patrimônio ambiental e a maior diversidade biológica conhecida.

Em virtude da degradação ambiental estar fortemente ligada a diversos fatores de ordem econômico-social, como à ocupação urbana desordenada e, principalmente, aos modos poluidores dos processos produtivos, a área ambiental, para o cumprimento de sua missão institucional, além de estabelecer articulações



com setores da sociedade civil organizada, necessariamente deve trabalhar em sintonia permanente com setores de governo, em especial da saúde, educação e trabalho.

Exemplo concreto de ação articulada entre essas áreas e o setor de meio-ambiente é a questão relacionada ao uso de agrotóxicos, em que estão implicadas a saúde dos trabalhadores, a educação da população local, as relações de trabalho e a própria saúde do consumidor dos alimentos produzidos, além da contaminação ambiental cumulativa dos produtos.

Inúmeros outros exemplos poderiam ser citados, em que se observa o sinergismo entre produção, distribuição, consumo, saúde e meio ambiente, caracterizando situações de desafio no sentido de se traçar diretrizes públicas conjuntas.

Embora seja cada vez maior a compreensão de que várias situações de riscos ambientais originam-se dos processos de trabalho, não existe ainda uma ação mais articulada entre a saúde e o meio ambiente.

Por atuarem diretamente no nível local de saúde, em um território definido, as estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde têm grande potencial, no sentido da construção de uma prática de saúde dos trabalhadores integrada à questão ambiental.

Para tanto, é importante que a partir de determinado problema – por exemplo, intoxicação por agrotóxicos, presença de garimpo na região etc. – se articule a intervenção, envolvendo, entre outros setores, as secretarias municipais de Saúde e as de Meio Ambiente.



# Ações em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde

**A**s propostas de ações apresentadas a seguir deverão ser desenvolvidas pela rede básica municipal de saúde, quer ela se organize em equipes de Saúde da Família, em Agentes Comunitários de Saúde e/ou em centros/postos de saúde.

Não devem ser compreendidas como um *check-list*, devendo ser discutidas e adaptadas em função da dinâmica de trabalho dos grupos de profissionais que atuam na atenção básica no nível municipal de saúde.

## Atribuições gerais

Para o território, a equipe de saúde deve identificar e registrar:

A população economicamente ativa<sup>3</sup>, por sexo e faixa etária.

As atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.

- ◆ Os integrantes das famílias que são trabalhadores (ativos do mercado formal ou informal, no domicílio, rural ou urbano e desempregados), por sexo e faixa etária.
- ◆ A existência de trabalho precoce (crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente de remuneração, que freqüentem ou não as escolas).
- ◆ A ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho. Mais adiante serão apresentados e discutidos os agravos considerados neste momento como prioritários para a Saúde do Trabalhador.

## Para o serviço de saúde:

- ◆ Organizar e analisar os dados obtidos em visitas domiciliares realizadas pelos agentes e membros das equipes de Saúde da Família.

---

3. A população economicamente ativa é definida pelo IBGE como aquela composta por pessoas de 10 a 65 anos de idade, classificadas como ocupadas ou desocupadas (mas procurando emprego) na semana de referência da pesquisa realizada pelo Instituto.



- ◆ Desenvolver programas de Educação em Saúde do Trabalhador.
- ◆ Incluir o item *ocupação e ramo de atividade* em toda ficha de atendimento individual de crianças acima de 5 anos, adolescentes e adultos.
- ◆ Em caso de acidente ou doença relacionada com o trabalho, deverá ser adotada a seguinte conduta:
  1. Condução clínica dos casos (diagnóstico, tratamento e alta) para aquelas situações de menor complexidade, estabelecendo os mecanismos de referência e contra-referência necessários.
  2. Encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados em Saúde do Trabalhador, mantendo o acompanhamento dos mesmos até a sua resolução.
  3. Notificação dos casos, mediante instrumentos do setor saúde: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM; Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH; Sistema de Informações de Agravos Notificáveis – SINAN e Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.
  4. Solicitar à empresa a emissão da CAT<sup>4</sup>, em se tratando de trabalhador inserido no mercado formal de trabalho. Ao médico que está assistindo o trabalhador caberá preencher o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento.
  5. Investigação do local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de

risco observadas e o agravo que está sendo investigado.

6. Realizar orientações trabalhistas e previdenciárias, de acordo com cada caso.

7. Informar e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento.

◆ Planejar e executar ações de vigilância nos locais de trabalho, considerando as informações colhidas em visitas, os dados epidemiológicos e as demandas da sociedade civil organizada.

◆ Desenvolver, juntamente com a comunidade e instituições públicas (centros de referência em Saúde do Trabalhador, Fundacentro, Ministério Público, laboratórios de toxicologia, universidades etc.), ações direcionadas para a solução dos problemas encontrados, para a resolução de casos clínicos e/ou para as ações de vigilância.

◆ Considerar o trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta epidemiológico / evento – sentinela.

### Atribuições específicas da equipe

ACS – Agente Comunitária(o) de Saúde

◆ Notificar à equipe de saúde a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho

---

4. A CAT só deverá ser emitida pelo serviço local de saúde quando a empresa recusar-se a fazê-lo.



precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho.

Informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência.

Planejar e participar das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.

### **Auxiliar de Enfermagem**

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, os trabalhadores que sofreram acidentes graves e/ou os portadores de doença relacionada ao trabalho que estejam ou não afastados do trabalho ou desempregados.

Preencher e organizar arquivos das fichas de acompanhamento de Saúde do Trabalhador.

Participar do planejamento das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.

Coletar material biológico para exames laboratoriais.

### **Enfermeira (o)**

Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador.

Realizar investigações em ambientes de trabalho e junto ao trabalhador em seu domicílio.

Realizar entrevista com ênfase em Saúde do Trabalhador.

Notificar acidentes e doenças do trabalho, por meio de instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde.

Planejar e participar de atividades educativas no campo da Saúde do Trabalhador.

### **Médico(a)**

◆ Prover assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravo à saúde causado pelo trabalho, encaminhando-o a especialistas ou para a rede assistencial de referência (distrito/município/ referência regional ou estadual), quando necessário.

◆ Realizar entrevista laboral e análise clínica (anamnese clínico-ocupacional) para estabelecer relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado.

◆ Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador.

◆ Realizar inquéritos epidemiológicos em ambientes de trabalho.

◆ Realizar vigilância nos ambientes de trabalho com outros membros da equipe ou com a equipe municipal e de órgãos que atuam no campo da Saúde do Trabalhador (DRT/MTE, INSS etc.).

◆ Notificar acidentes e doenças do trabalho, mediante instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde. Para os trabalhadores do setor formal, preencher a Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações do SIAB (ANEXO II).

◆ Colaborar e participar de atividades educativas com trabalhadores, entidades sindicais e empresas.





# Informações Básicas para a Ação em Saúde do Trabalhador

## Trabalho precoce

Cresce a cada dia o número de crianças e adolescentes que trabalham. Uns fazem trabalho leve, acompanhados e protegidos pela família, desenvolvendo-se na convivência coletiva e adquirindo os saberes transmitidos através das gerações. Outros, por constituírem-se, às vezes, na única fonte de renda familiar, tornam-se fundamentais para a sobrevivência de seu grupo familiar à custa da própria vida, saúde e oportunidades de desenvolvimento humano que lhes são negadas como direito social. Essa última forma de trabalho precoce vem crescendo em todo o mundo e tem sido responsável pela exposição de crianças e adolescentes a situações inaceitáveis de exploração e de extremo perigo, pelas condições adversas a que são submetidas. A pobreza, a insuficiência das políticas públicas, a perversidade da exclusão social e monetária provocadas pelo modelo de desenvolvimento econômico dominante, os aspectos ideológicos e culturais podem ser relacionados como causas do trabalho precoce.

Qualquer atividade produtiva no mercado formal ou informal, que retire a criança e/ou o adolescente do convívio com a família e com outras crianças, prejudicando, assim, as atividades lúdicas próprias da idade, por compro-

meter o seu desenvolvimento cognitivo, físico e psíquico, deve ser combatida e constitui-se em *situação de alerta epidemiológico* em Saúde do Trabalhador. Ressalte-se que o setor que mais absorve crianças e adolescentes no trabalho é o agropecuário.

### Procedimento:

- ◆ Levantar a situação no local de trabalho e junto à família.
- ◆ Discutir a situação com a família.
- ◆ Comunicar ao Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, ao Conselho Tutelar da área e à Secretaria de Assistência Social do INSS.
- ◆ Buscar soluções em conjunto com a comunidade, a família e as instituições referidas acima.

## Acidentes de trabalho

O termo “acidentes de trabalho” refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho. São também considerados como acidentes de trabalho aqueles



que, embora não tenham sido causa única, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

Arranjo físico inadequado do espaço de trabalho, falta de proteção em máquinas perigosas, ferramentas defeituosas, possibilidade de incêndio e explosão, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, pressão da chefia por produtividade, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimento, extensa jornada de trabalho com freqüente realização de hora-extra, pausas inexistentes, trabalho noturno ou em turnos, presença de animais peçonhentos e presença de substâncias tóxicas nos ambientes de trabalho estão entre os fatores mais freqüentemente envolvidos na gênese dos acidentes de trabalho.

Os principais acidentes que ocorrem com os profissionais da saúde nas unidades básicas são de trajeto, com material perfuro cortante contaminado e alergias às substâncias químicas utilizadas na desinfecção.

**Acidentes fatais** – devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal, acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa, que deverá fazê-la até 24 horas após a ocorrência do evento.

**Acidentes graves** – acidentes com trabalhador menor de 18 anos independentemente

da gravidade; acidente ocular; fratura fechada; fratura aberta ou exposta; fratura múltipla; traumatismo crânio-encefálico; traumatismo de nervos e medula espinhal; eletrocussão; asfixia traumática ou estrangulamento; politraumatismo; afogamento; traumatismo de tórax/abdome/bacia, com lesão; ferimento com menção de lesão visceral ou de músculo ou de tendão; amputação traumática; lesão por esmagamento; queimadura de III grau; traumatismo de nervos e da medula espinhal e intoxicações agudas.

### **Procedimento:**

- ◆ Acompanhar e articular a assistência na rede de referência para a prevenção das seqüelas.
- ◆ Acompanhar a emissão da CAT pelo empregador.
- ◆ Preencher o Laudo de Exame Médico – LEM.
- ◆ Notificar o caso nos instrumentos do SUS.
- ◆ Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre o acidente ocorrido e situações de risco presentes no local de trabalho.
- ◆ Desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho.
- ◆ Orientar sobre os direitos trabalhistas e previdenciários.
- ◆ Após a alta hospitalar, realizar acompanhamento domiciliar registrando as avaliações em ficha a ser definida pelo SIAB.



## Doenças relacionadas ao trabalho

As doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Manifestam-se de forma lenta, insidiosa, podendo levar anos, às vezes até mais de 20, para manifestarem o que, na prática, tem demonstrado ser um fator dificultador no estabelecimento da relação entre uma doença sob investigação e o trabalho. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação acidental no exercício do trabalho e as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado.

Tradicionalmente, os riscos presentes nos locais de trabalho são classificados em:

**Agentes físicos** – ruído, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressões anormais, radiação etc.

**Agentes químicos** - substâncias químicas tóxicas, presentes nos ambientes de trabalho nas formas de gases, fumo, névoa, neblina e/ou poeira.

**Agentes biológicos** – bactérias, fungos, parasitas, vírus, etc.

**Organização do trabalho** – divisão do trabalho, pressão da chefia por produtividade ou disciplina, ritmo acelerado, repetitividade de movimento, jornadas de trabalho extensas, trabalho noturno ou em turnos, organi-

zação do espaço físico, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, entre outros.

É importante destacar que no processo de investigação de determinada doença e sua possível relação com o trabalho, os fatores de risco presentes nos locais de trabalho não devem ser compreendidos de forma isolada e estanque. Ao contrário, é necessário apreender a forma como eles acontecem na dinâmica global e cotidiana do processo de trabalho.

Nesse sentido, o resumo a seguir trata das doenças do trabalho consideradas pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, como prioridades para notificação e investigação epidemiológica, visando à intervenção sobre a situação provocadora do evento. Ressalte-se que cada estado ou município tem autonomia para a inclusão de outras doenças, em função de suas específicas necessidades regionais e locais.

**Observação: Será distribuído para os serviços de saúde o documento “Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”.**

## Doenças das vias aéreas

As doenças das vias aéreas estão diretamente relacionadas com materiais inalados nos ambientes de trabalho. Dependem das propriedades físico-químicas desses agentes, da susceptibilidade individual e do local de deposição de partículas – nariz, traquéia, brônquios ou parênquima pulmonar. Quando o local de deposição é o nariz, geralmente a resposta clínica é



a rinite, a perfuração septal ou o câncer nasal; quando se localiza na traquéia ou brônquios, pode-se observar broncoconstrição, devido à reação antígeno x anticorpo ou induzida por reflexo irritativo; quando se localiza no parênquima pulmonar, pode ocorrer alveolite alérgica extrínseca, como no caso das poeiras orgânicas; pneumoconiose, como no caso das poeiras minerais; ou lesão pulmonar aguda, bronquiolite e edema pulmonar. No caso de poeiras e gases radioativos, tem-se observado câncer pulmonar. Considerando-se a magnitude do problema, serão priorizadas a notificação e a investigação das pneumoconioses e asma ocupacional.

### **Pneumoconioses**

São patologias resultantes da deposição de partículas sólidas no parênquima pulmonar, levando a um quadro de fibrose, ou seja, ao endurecimento intersticial do tecido pulmonar. As pneumoconioses mais importantes são aquelas causadas pela poeira de sílica, configurando a doença conhecida como silicose, e aquelas causadas pelo asbesto, configurando a asbestose.

### **Silicose**

É a principal pneumoconiose no Brasil, causada por inalação de poeira de sílica livre cristalina (quartzo). Caracteriza-se por um processo de fibrose, com formação de nódulos isolados nos estágios iniciais e nódulos conglomerados e disfunção respiratória nos estágios avançados. Atinge trabalhadores inseridos em diversos ramos produtivos: na indústria extrativa (mineração subterrânea e de superfície) ; no beneficiamento de minerais (corte de

pedras, britagem, moagem, lapidação) ; em fundições; em cerâmicas; em olarias; no jateamento de areia; na escavação de poços; polimentos e limpezas de pedras.

Os sintomas, normalmente, aparecem após longos períodos de exposição, cerca de 10 a 20 anos. É uma doença irreversível, de evolução lenta e progressiva. Sua sintomatologia inicial é discreta – tosse e escarros. Nessa fase não se observa alteração radiográfica. Com o agravamento do quadro, surgem sintomas como dispnéia de esforço e astenia. Em fases mais avançadas, pode surgir insuficiência respiratória, com dispnéia aos mínimos esforços e até em repouso. O quadro pode evoluir para o cor pulmonale crônico. A forma aguda, conhecida como silicose aguda, é uma doença extremamente rara, estando associada à exposição a altas concentração de poeira de sílica.

O diagnóstico está fundamentado na história clínico-ocupacional, na investigação do local de trabalho, no exame físico e nas alterações encontradas em radiografias de tórax, as quais deverão ser realizadas de acordo com técnica preconizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Também a leitura da radiografia deverá ser feita de acordo com a classificação da OIT, que, entre outros parâmetros, estipula que a leitura deve ser realizada por três diferentes profissionais. As provas de função pulmonar não têm aplicação no diagnóstico da silicose, sendo úteis na avaliação da capacidade funcional pulmonar.

### **Asbestose**

O Brasil é um dos grandes produtores mundiais de asbesto, também conhecido como ami-



anto. Por ser uma substância indiscutivelmente cancerígena, observa-se, atualmente, grande polêmica em torno de sua utilização. Há uma corrente que defende o uso do asbesto em condições ambientais rigidamente controladas; outra, que defende a substituição do produto nos diversos processos produtivos..

O asbesto possui ampla utilização industrial, principalmente na fabricação de produtos de cimento-amianto, materiais de fricção como pastilhas de freio, materiais de vedação, piso e produtos têxteis, como mantas e tecidos resistentes ao fogo. Assim, os trabalhadores expostos ocupacionalmente a esses produtos são aqueles vinculados à indústria extrativa ou à indústria de transformação. Também estão expostos os trabalhadores da construção civil e os trabalhadores que se ocupam da colocação e reforma de telhados, isolamento térmico de caldeiras, tubulações e manutenção de fornos (tijolos refratários).

A asbestose é a pneumoconiose associada ao asbesto ou amianto, sendo uma doença eminentemente ocupacional. A doença, de caráter progressivo e irreversível, tem um período de latência superior a 10 anos, podendo se manifestar alguns anos após cessada a exposição. Clinicamente, caracteriza-se por dispnéia de esforço, estertores crepitantes nas bases pulmonares, baqueteamento digital, alterações funcionais e pequenas opacidades irregulares na radiografia de tórax.

O diagnóstico é realizado a partir da história clínica e ocupacional, do exame físico e das alterações radiológicas. Raios X de tórax, assim como sua leitura, deverá ser realizado de acordo com as normas preconizadas pela OIT.

**Observação: além da asbestose, a exposição às fibras de asbesto está relacionada com o surgimento de outras doenças. São as alterações pleurais benignas, o câncer de pulmão e os mesoteliomas malignos, que podem acometer a pleura, o pericárdio e o peritônio.**

### **Asma ocupacional**

É a obstrução difusa e aguda das vias aéreas, de caráter reversível, causada pela inalação de substâncias alergênicas, presentes nos ambientes de trabalho, como, por exemplo, poeiras de algodão, linho, borracha, couro, sílica, madeira vermelha etc. O quadro é o de uma asma brônquica, sendo que os pacientes se queixam de falta de ar, tosse, aperto e chieira no peito, acompanhados de rinorréia, espirros e lacrimejamento, relacionados com as exposições ocupacionais às poeiras e vapores. Muitas vezes, uma tosse noturna persistente é a única queixa dos pacientes. Os sintomas podem aparecer no local da exposição ou após algumas horas, desaparecendo, na maioria dos casos, nos finais de semana, períodos de férias ou afastamentos.

### **Perda auditiva induzida por ruído – PAIR**

A perda auditiva induzida pelo ruído, relacionada ao trabalho, é uma diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído. Algumas de suas características são:

- ◆ é sempre neurossensorial, por causar dano às células do órgão de CORTI;
- ◆ é irreversível e quase sempre similar bilateralmente;
- ◆ é passível de não progressão, uma vez cessada a exposição ao ruído intenso.



O ruído é um agente físico universalmente distribuído, estando presente em praticamente todos os ramos de atividade. O surgimento da doença está relacionado com o tempo de exposição ao agente agressor, às características físicas do ruído e à susceptibilidade individual. O surgimento de PAIR pode ser potencializado por exposição concomitante a vibração, a produtos químicos – principalmente os solventes orgânicos e pelo uso de medicação ototóxica. Se o trabalhador for portador de diabetes, poderá ter elevada sua susceptibilidade ao ruído.

O diagnóstico da PAIR só pode ser estabelecido por meio de um conjunto de procedimentos: anamnese clínica e ocupacional, exame físico, avaliação audiológica e, se necessário, outros testes complementares.

A exposição ao ruído, além de perda auditiva, acarreta alterações importantes na qualidade de vida do trabalhador em geral, na medida em que provoca ansiedade, irritabilidade, aumento da pressão arterial, isolamento e perda da auto-imagem. No seu conjunto, esses fatores comprometem as relações do indivíduo na família, no trabalho e na sociedade.

Sendo a PAIR uma patologia que atinge um número cada vez maior de trabalhadores em nossa realidade, e tendo em vista o prejuízo que causa ao processo de comunicação, além das implicações psicossociais que interferem e alteram a qualidade de vida de seu portador, é imprescindível que todos os esforços sejam feitos no sentido de evitar sua instalação. A PAIR é um comprometimento auditivo neurossensorial sério que, todavia, pode e deve ser prevenido.

## **Lesão por esforço repetitivo / Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho - LER/DORT**

No mundo contemporâneo, as lesões por esforços repetitivos/Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (LER/DORT) têm representado importante fração do conjunto dos adoecimentos relacionados com o trabalho. Acometendo homens e mulheres em plena fase produtiva (inclusive adolescentes), essa doença, conhecida como *doença da modernidade*, tem causado inúmeros afastamentos do trabalho, cuja quase totalidade evolui para incapacidade parcial, e, em muitos casos, para a incapacidade permanente, com aposentadoria por invalidez.

São afecções decorrentes das relações e da organização do trabalho existentes no moderno mundo do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático, conteúdo pobre das tarefas, monotonia e sobrecarga mental, associadas à ausência de controle sobre a execução das tarefas, ritmo intenso de trabalho, pressão por produção, relações conflituosas com as chefias e estímulo à competitividade exacerbada. Vibração e frio intenso também estão relacionados com o surgimento de quadros de LER/DORT.

Caracteriza-se por um quadro de dor crônica, sensação de formigamento, dormência, fadiga muscular (por alterações dos tendões, musculatura e nervos periféricos), e dor muscular ou nas articulações, especialmente ao acordar à noite. É um processo de adoecimento insidioso, carregado de simbologias negativas sociais, e intenso sofrimento psíquico: incertezas, medos, ansiedades e conflitos.



Acomete trabalhadores inseridos nos mais diversos ramos de atividade, com destaque para aqueles que estão nas linhas de montagem do setor metalúrgico, empresas do setor financeiro, de autopeças, da alimentação, de serviços e de processamento de dados.

## Intoxicações exógenas

### Agratóxicos

Conhecidos por diversos nomes – praguicidas, pesticidas, agrotóxicos, defensivos agrícolas, venenos, biocidas etc. – esses produtos, em vista de sua toxicidade, provocam grandes danos à saúde humana e ao meio ambiente. Por isso, seu uso deve ser desestimulado, o que é possível a partir da utilização de outras tecnologias, ambientalmente mais saudáveis.

Pela Lei Federal n.º 7.802, de 11/7/89, regulamentada pelo Decreto n.º 98.816, agrotóxicos é a denominação dada aos:

“(…) produtos e componentes de processos físicos, químicos ou biológicos destinados ao uso nos setores de produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas nativas ou implantadas e de outros ecossistemas e também em ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora e da fauna, a fim de preservá-la da ação danosa de seres

vivos considerados nocivos, bem como substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores do crescimento.”

Todo produto agrotóxico é classificado pelo menos quanto a três aspectos: quanto aos tipos de organismos que controlam, quanto à toxicidade da(s) substância(s) e quanto ao grupo químico ao qual pertencem.

Inseticidas, acaricidas, fungicidas, herbicidas, nematicidas, moluscicidas, raticidas, avicidas, columbicidas, bactericidas e bacterioestáticos são termos que se referem à especificidade do agrotóxico em relação aos tipos de pragas ou doenças.

Quanto ao grau de toxicidade<sup>5</sup>, a classificação adotada é aquela preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que distingue os agrotóxicos em classes I, II, III e IV, sendo essa classificação utilizada na definição da coloração das faixas nos rótulos dos produtos agrotóxicos: vermelho, amarelo, azul e verde, respectivamente<sup>6</sup>.

Temos assim:

- ◆ Classe I – extremamente tóxico/tarja vermelha;
- ◆ Classe II – altamente tóxico/tarja amarela;
- ◆ Classe III – medianamente tóxico/tarja azul e
- ◆ Classe IV – pouco tóxico/tarja verde.

5. A classificação toxicológica dos agrotóxicos baseia-se na DL<sub>50</sub> dos produtos. A DL<sub>50</sub> diz respeito à dose suficiente para matar 50% de um lote de animais em estudo. Esta dose é estabelecida em função de cada via de absorção.

6. O estabelecimento das cores nos rótulos dos produtos agrotóxicos se constitui num recurso utilizado pelo governo federal, com o objetivo de prestar alguma informação aos trabalhadores sobre a toxicidade dos produtos.



É importante registrar que a classificação diz respeito apenas aos efeitos agudos causados pelos produtos agrotóxicos.

O quadro abaixo apresenta a classificação toxicológica empregada para essas substâncias, preconizada pela OMS e adotada no País:

Classificação toxicológica dos agrotóxico, segundo a DL50 e a cor da faixa nos rótulos dos produtos				
DL50 para ratos (mg/kg de peso vivo)				
CLASSE	ORAL		DÉRMICA	
	Sólidos	Líquidos	Sólidos	Líquidos
<b>I. Extremamente tóxico</b>	5 ou menos	20 ou menos	10 ou menos	40 ou menos
<b>II. Altamente tóxico</b>	5 - 50	20 - 200	10 - 100	40 - 400
<b>III. Medianamente tóxico</b>	50 - 500	200 - 2000	100 - 1000	400 - 4000
<b>IV. Pouco tóxico</b>	acima de 500	acima de 2000	acima de 1000	acima de 4000

Quanto à classificação química, tem-se como principais grupos os organofosforados, os carbamatos, os organoclorados, os piretróides, os dietilditiocarbamatos e os derivados do ácido fenoxiacético.

No grupo dos inseticidas, os organofosforados e carbamatos, inibidores das colinesterases, têm causado o maior número de intoxicações (agudas, subagudas e crônicas) e mortes no Brasil e no mundo. Os organofosforados penetram por via dérmica, pulmonar e digestiva. Os produtos mais conhecidos são Folidol, Tamaron, Rhodiatox, Azodrin, Malation, Diazinon e Nuvacron. O quadro clínico é decorrente das síndromes colinérgica, nicotínica e neurológica: sudorese, sialorréia, miose, hipersecreção brônquica, colapso respiratório, tosse, vômitos,

cólicas, diarreia, fasciculações musculares, hipertensão arterial fugaz, confusão mental, ataxia, convulsões e choque cardiorrespiratório, podendo levar ao coma e óbito. Entre os carbamatos, os mais conhecidos são o Sevin, Baygon, Temik, Furadan. A ação tóxica e a sintomatologia são semelhantes às dos organofosforados, embora o quadro clínico provocado pelos carbamatos seja de menor gravidade em relação a estes.

Ainda no grupo dos inseticidas, apesar da proibição restritiva de uso, dada a capacidade de acumulação no ambiente, os organoclorados (Aldrin, BHC, DDT) são ainda usados para o controle de formigas e em campanhas de saúde pública. São também encontrados em associação com outros grupos químicos. Por exemplo, o Carbax: acaricida, classe toxicológica II, é uma

Fonte: WHO/IPCS/1995



associação entre o Tetradifon e o Dicofol, este pertencente ao grupo químico dos organoclorados, indicado para as culturas de algodão e citros.

Os organoclorados penetram no organismo por via dérmica, gástrica e respiratória, são lipossolúveis (contra-indica-se o uso de leite nas intoxicações), e sua eliminação ocorre pela urina e leite materno. Em sua ação tóxica compromete a transmissão do impulso nervoso nos níveis central e autônomo, provocando alterações comportamentais, sensoriais, do equilíbrio, da atividade da musculatura voluntária e de centros vitais, principalmente do bulbo respiratório.

Os inseticidas piretróides causam no homem, principalmente, irritação nos olhos, mucosas e pele. São muito utilizados em “dedetizações” de domicílios e prédios de uso público (grandes lojas, shoppings, etc.), por firmas especializadas, e têm sido responsabilizados pelo aumento de casos de alergia em adultos e crianças. Em altas doses podem levar a neuropatias, uma vez que agem na bainha de mielina, desorganizando-a e promovendo a ruptura de axônios.

Os fungicidas do grupo dietilditiocarbamato (Maneb, Mancozeb, Zineb, Dithane, Tiram) são proibidos no exterior, mas aqui são usados na cultura do tomate, do pimentão e na fruticultura. A absorção se dá por via dérmica. Alguns deles contêm manganês, o que possibilita o surgimento de sintomas de parkinsonismo. Sua impureza ETU (etileno-etiluréia) é tida como carcinogênica, teratogênica e mutagênica. A exposição intensa provoca dermatite, conjuntivite, faringite e bronquite.

Os herbicidas são produtos de uso crescente, por serem substitutivos de mão-de-obra.

O produto mais conhecido e usado é o Paraquat (Gramoxone), que provoca lesões hepáticas, renais e fibrose pulmonar (insuficiência respiratória e óbito). São ainda incluídos neste grupo o 2,4 diclorofenoxiacético (2,4 D) e o 2,4,5 triclorofenoxiacético (2,4,5 T). A mistura de 2,4 D e 2,4,5 T representa o principal componente do agente laranja, utilizado como desfolhante na guerra do Vietnã. Seu nome comercial é o Tordon.

São bem absorvidos pelas três vias já citadas. O primeiro produz neurite periférica e diabetes transitória; o segundo leva a abortamentos, teratogênese, carcinogênese (está relacionado à dioxina, que aparece como uma impureza do processo de fabricação) e cloroacnes. Provocam ainda: neurite periférica retardada, lesões do sistema nervoso central e lesões degenerativas – hepáticas e renais.

Vale destacar que na prática agrícola brasileira, em sua maioria, os agricultores utilizam múltiplos produtos, muitas vezes concomitantemente, por longos períodos de tempo e em jornadas prolongadas, o que complexifica a avaliação dos danos à saúde causados pela exposição a estes produtos, principalmente os chamados efeitos crônicos.

Ressalte-se, ainda, que o não-cumprimento das normas de segurança na comercialização, armazenamento, utilização e descarte de embalagens expõe não só os trabalhadores como a população em geral a riscos de intoxicação por agrotóxicos.

O diagnóstico baseia-se na avaliação clínico-ocupacional, na investigação das condições de trabalho, no exame físico e em exames complementares. Os exames toxicológicos, como do-



sagem de acetilcolinesterase, deverão ser realizados em função dos produtos aos quais o trabalhador está exposto.

### **Chumbo - saturnismo**

O chumbo é um dos metais mais presentes na Terra, podendo ser encontrado, praticamente, em qualquer ambiente ou sistema biológico, inclusive no homem. As principais fontes de contaminação ocupacional e/ou ambiental são as atividades de mineração e indústria, especialmente fundição e refino.

A doença causada pelo chumbo é chamada de saturnismo. A exposição ocupacional ao chumbo inorgânico provoca, em sua grande maioria, intoxicação a longo prazo, podendo ser de variada intensidade. A contaminação do organismo pelo chumbo depende das propriedades físico-químicas do composto, da concentração no ambiente do tempo de exposição, das condições de trabalho (ventilação, umidade, esforço físico, presença de vapores, etc.) e dos fatores individuais do trabalhador (idade, condições físicas, hábitos, etc.).

As principais atividades profissionais nas quais ocorrem exposição ao chumbo são: fabricação e reforma de baterias; indústria de plásticos; fabricação de tintas; pintura a pistola/pulverização com tintas à base de pigmentos de chumbo; fundição de chumbo, latão, cobre e bronze; reforma de radiadores; manipulação de sucatas; demolição de pontes e navios; trabalhos com solda; manufatura de vidros e cristais; lixamento de tintas antigas; envernizamento de cerâmica; fabricação de material bélico à base de chumbo; usinagem de peças de chumbo; manufatura de cabos de chumbo; trabalho em joalheria. dentre outros.

**Observação: em gráficas que possuem equipamentos obsoletos (linotipos), também pode ocorrer a contaminação.**

As intoxicações por chumbo podem causar danos aos sistemas sanguíneo, digestivo, renal, nervoso central e, em menor extensão, ao sistema nervoso periférico. O contato com os compostos de chumbo pode ocasionar dermatites e úlceras na epiderme.

Sinais e sintomas na intoxicação crônica: cefaléia, astenia, cansaço fácil, alterações do comportamento (irritabilidade, hostilidade, agressividade, redução da capacidade de controle racional), alterações do estado mental (apatia, obtusidade, hipoexcitabilidade, redução da memória), alteração da habilidade psicomotora, redução da força muscular, dor e parestesia nos membros. São comuns as queixas de impotência sexual e diminuição da libido. Hiporexia, epigastralgia, dispepsia, pirose, eructação e orla gengival de Burton, dor abdominal aguda, às vezes confundida com abdômen agudo, podem ser sintomas de intoxicação crônica por chumbo, bem como modificação da frequência e do volume urinário, das características da urina, aparecimento de edema e hipertensão arterial.

As intoxicações agudas por sais de chumbo são raras e, em geral, acidentais. Caracterizam-se por náuseas, vômitos, às vezes de aspecto leitoso, dores abdominais, gosto metálico na boca e fezes escuras.

### **Mercúrio - hidrargirismo**

O mercúrio e seus compostos tóxicos (mercúrio metálico ou elementar, mercúrio inorgânico e os compostos orgânicos) ingressa no organismo por inalação, por absorção cutânea e por via



digestiva. As três formas são tóxicas, sendo que cada uma delas possui características toxicológicas próprias.

O mercúrio metálico é utilizado principalmente em garimpos, na extração do ouro e da prata, em células eletrolíticas para produção de cloro e soda, na fabricação de termômetros, barômetros, aparelhos elétricos e em amálgamas para uso odontológico. Os compostos inorgânicos são utilizados principalmente em indústrias de compostos elétricos, eletrodos, polímeros sintéticos e como agentes antissépticos. Já os compostos orgânicos são utilizados como fungicidas, fumigantes e inseticidas.

Assim, os trabalhadores expostos são aqueles ligados à extração e fabricação do mineral, fabricação de tintas, barômetros, manômetros, termômetros, lâmpadas, garimpo, recuperação do mercúrio por destilação de resíduos industriais, e outras.

Vale o registro de casos de intoxicação no setor saúde, especificamente na esterilização de material utilizado em cirurgia cardíaca, e também no setor odontológico.

Os vapores de mercúrio e seus sais inorgânicos são absorvidos principalmente pela via inalatória, sendo que a absorção cutânea tem importância limitada.

Volatilidade e transformação biológica fazem do mercúrio um dos mais importantes tóxicos ambientais. Ou seja, o mercúrio lançado na atmosfera pode precipitar-se nos rios e, através da cadeia biológica, transformar-se em metilmercúrio, que irá contaminar os peixes.

O mercúrio é um metal que se une a grupos sulfidrilos – SH. Assim, várias são as enzimas

que podem ser inibidas por esse metal, resultando em bloqueios em diferentes momentos metabólicos. Sua principal ação tóxica se deve à sua ligação com grupos ativos da enzima monoaminoxidase (MAO), resultando no acúmulo de serotonina endógena e diminuição do ácido 5-hidroxiindolacético, com manifestações de distúrbios neurais.

O mercúrio é irritante para a pele e mucosas, podendo ser sensibilizante. A intoxicação aguda afeta os pulmões em forma de pneumonite intersticial aguda, bronquite e bronquiolite. Tremores e aumento da excitabilidade podem estar presentes, devido à ação sobre o sistema nervoso central. Em exposições prolongadas, em baixas concentrações, produz sintomas complexos, incluindo cefaléia, redução da memória, instabilidade emocional, parestesias, diminuição da atenção, tremores, fadiga, debilidade, perda de apetite, perda de peso, insônia, diarreia, distúrbios de digestão, sabor metálico, sialorréia, irritação na garganta e afrouxamento dos dentes. Pode ocorrer proteinúria e síndrome nefrótica. De maneira geral, a exposição crônica apresenta quatro sinais, que se destacam entre outros: gengivite, sialorréia, irritabilidade, tremores.

Havendo suspeita de intoxicação por mercúrio, os trabalhadores devem ser encaminhados ao serviço especializado em Saúde do Trabalhador, para monitoramento e tratamento especializado.

### **Solventes orgânicos**

Solvente orgânico é o nome genérico atribuído a um grupo de substâncias químicas líquidas à temperatura ambiente, com características fi-



sico-químicas (volatilidade, lipossolubilidade) que tornam o seu risco tóxico bastante variável. Os solventes orgânicos são empregados como solubilizantes, dispersantes ou diluentes, de modo amplo em diferentes processos industriais (pequenas, médias e grandes empresas), no meio rural e em laboratórios químicos, como substâncias puras ou misturas. Neste grupo químico estão os hidrocarbonetos alifáticos (n-hexano e benzina), os hidrocarbonetos aromáticos (benzeno, tolueno, xileno), os hidrocarbonetos halogenados (di/ tri/ tetracloroetileno, monoclorobenzeno, cloreto de metileno), os álcoois (metanol, etanol, isopropanol, butanol, álcool amílico), as cetonas (metil isobutilcetona, ciclohexanona, acetona) e os ésteres (éter isopropílico, éter etílico). Ocupacionalmente, as vias de penetração são a pulmonar e a cutânea. A primeira é a mais importante, pois, ao volatilizar-se, os solventes podem ser inalados pelos trabalhadores expostos e atingir os alvéolos pulmonares e o sangue capilar. Havendo penetração e, conseqüentemente, biotransformação e excreção, os efeitos tóxicos dessas substâncias no nível hepático, pulmonar, renal, hemático e do sistema nervoso podem manifestar-se, favorecidos por fatores de ordem ambiental (temperatura), individual (dieta, tabagismo, etilismo, enzimáticos, peso, idade, genéticos, etc.), além da comum interação dos diversos solventes na maioria dos processos industriais.

### **Benzeno – benzenismo**

Benzenismo é o nome dado às manifestações clínicas ou alterações hematológicas compatíveis com a exposição ao benzeno. Os processos de trabalho que expõem trabalhadores ao benzeno estão presentes no setor siderúrgico, nas refinarias de petróleo, nas indústrias de trans-

formação que utilizam o benzeno como solvente ou nas atividades onde se utilizem tintas, verniz, selador, thinner, etc.

Os sintomas clínicos são pobres, mas pode haver queixas relacionadas às alterações hematológicas, como fadiga, palidez cutânea e de mucosas, infecções freqüentes, sangramentos gengivais e epistaxe. Podem também encontrar-se sinais neuropsíquicos como astenia, irritabilidade, cefaléia e alterações da memória.

O benzeno é considerado uma substância mielotóxica, pois nas exposições crônicas atua sobre a medula óssea, produzindo quadros de hipoplasia ou de displasia. Laboratorialmente, esses quadros poderão se manifestar através de mono, bi ou pancitopenia, caracterizando, nesta última situação, quadros de anemia aplástica. Ou seja, poderá haver redução do número de hemácias e/ou leucócitos e/ou plaquetas.

Vários estudos epidemiológicos demonstram a relação do benzeno com a leucemia mielóide aguda, com a leucemia mielóide crônica, com a leucemia linfocítica crônica, com a doença de Hodking e com a hemoglobinúria paroxística noturna.

O diagnóstico baseia-se na história clínico-ocupacional, na investigação do local de trabalho, no exame físico e em exames laboratoriais. Fazer no mínimo dois hemogramas com contagem de plaquetas e reticulócitos em intervalo de 15 dias, dosar ferro sérico, capacidade de ligação e saturação do ferro e, ainda, duas amostras de fenol urinário, uma ao final da jornada e outra antes da jornada (no momento da consulta).



## Cromo

As maiores fontes da contaminação com cromo no ambiente de trabalho são as névoas ácidas. A exposição acontece principalmente nas galvanoplastias (cromagem) ; indústria do cimento; produção de ligas metálicas; soldagem de aço inoxidável; produção e utilização de pigmentos na indústria têxtil, de cerâmica, vidro e borracha; indústria fotográfica e curtumes.

Os compostos de cromo podem ser irritantes e alérgenos para a pele e irritantes para as vias aéreas superiores. Os sintomas associados à intoxicação são: prurido nasal, rinorréia, epistaxe, que evoluem com ulceração e perfuração de septo nasal; irritação de conjuntiva com lacrimejamento e irritação de garganta; na pele, observa-se prurido cutâneo nas regiões de contato, erupções eritematosas ou vesiculares e ulcerações de aspecto circular com dupla borda, a externa rósea e a interna escura (necrose), o que lhe dá um aspecto característico de “olho-de-pombo”; a irritação das vias aéreas superiores também pode manifestar-se com dispnéia, tosse, expectoração e dor no peito. O câncer pulmonar é, porém, o efeito mais importante sobre a saúde do trabalhador.

Havendo suspeita de intoxicação por cromo, os trabalhadores devem ser encaminhados ao serviço especializado em Saúde do Trabalhador para monitoramento biológico – pesquisa do cromo no sangue e tecidos - e tratamento especializado. Os trabalhadores com intoxicação devem ser acompanhados por longos períodos, uma vez que o câncer pulmonar desenvolve-se entre 20 e 30 anos após a exposição.

### **Picadas por animais peçonhentos**

Verificar se ocorreu no exercício de atividades laborais, notificar e investigar a situação.

## Dermatoses ocupacionais

As dermatoses ocupacionais, embora benignas em sua maioria, constituem problema de avaliação difícil e complexa. Referem-se a toda alteração da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causada, condicionada, mantida ou agravada pela atividade de trabalho.

São causadas por agentes biológicos, físicos e, principalmente, por agentes químicos. Aproximadamente, 80% das dermatoses ocupacionais são provocadas por substâncias químicas presentes nos locais de trabalho, ocasionando quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

O diagnóstico é realizado a partir da anamnese clínico-ocupacional e do exame físico. O teste de contato deve ser realizado quando se suspeita de quadro do tipo sensibilizante, visando identificar o(s) agente(s) alérgico(s).

### **Distúrbios mentais e trabalho**

O trabalho tem sido reconhecido como importante fator de adoecimento, de desencadeamento e de crescente aumento de distúrbios psíquicos.

Os determinantes do trabalho que desencadeiam ou agravam distúrbios psíquicos irão, geralmente, se articular a modos individuais de responder, interagir e adoecer, ou seja, as cargas do trabalho vão incidir sobre um sujeito particular portador de uma história singular preexistente ao seu encontro com o trabalho.

O processo de sofrimento psíquico não é, muitas vezes, imediatamente visível. Seu desenvolvimento acontece de forma “silenciosa” ou “invisível”, embora também possa eclodir de forma aguda por desencadeantes diretamente ocasionados pelo trabalho.



Alguns sinais de presença de distúrbios psíquicos se manifestam como “perturbadores” do trabalho, e a percepção destes indica que o empregado deve ser encaminhado para avaliação clínica. Incide em erro a empresa que, reconhecendo a sintomatologia, a encare como demonstração de “negligência”, “indisciplina”, “irresponsabilidade” ou “falta de preparo por parte do trabalhador”, o que ocasiona demissões.

Alguns sinais e sintomas de distúrbios psíquicos são: modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono (falta ou excesso), ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, alcoolismo, absenteísmo. Alguns desses quadros podem vir acompanhados ou não de sintomas físicos como dores (de cabeça ou no corpo todo), perda do apetite, mal-estar geral, tonturas, náuseas, sudorese, taquicardia, somatizações, conversões (queixas de sintomas físicos que não são encontrados em nível de intervenções médicas) e sintomas neurovegetativos diversos.

Fatores do trabalho que podem gerar ou desencadear distúrbios psíquicos:

- ◆ Condições de trabalho: físicas, químicas e biológicas, vinculadas à execução do trabalho.
- ◆ A organização do trabalho: estruturação hierárquica, divisão de tarefa, jornada, ritmo, trabalho em turno, intensidade, monotonia, repetitividade, responsabilidade excessiva, entre outros.
- ◆ O trabalhador com suspeita de distúrbio psíquico relacionado ao trabalho deverá ser encaminhado para atendimento especializado em Saúde do Trabalhador e para assistência médico-psicológica.

### **Procedimentos a serem adotados frente a diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho pelo nível local de saúde**

- ◆ Afastar o trabalhador imediatamente da exposição – o afastamento deverá ser definitivo para as doenças de caráter progressivo.
- ◆ Realizar o tratamento nos casos de menor complexidade.
- ◆ Encaminhar os casos de maior complexidade para a rede de referência, acompanhá-los e estabelecer a contra-referência.
- ◆ Notificar o caso nos instrumentos do SUS.
- ◆ Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre a doença sob investigação e os fatores de risco presentes no local de trabalho.
- ◆ Desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho.

Para trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, acrescentar:

- ◆ Acompanhar a emissão da CAT pelo empregador.
- ◆ Preencher o item II da CAT, referente a informações sobre diagnóstico, laudo e atendimento.
- ◆ Encaminhar o trabalhador para perícia do INSS, fornecendo-lhe o atestado médico referente ao afastamento do trabalho dos primeiros quinze dias.
- ◆ Orientar sobre direitos trabalhistas e previdenciários.



# Instrumentos de Coleta de Informações para a Vigilância em Saúde do Trabalhador

A assistência à saúde do trabalhador deve desenvolver-se integrada às ações de vigilância epidemiológica e sanitária neste campo, pois, dessa forma, a dinâmica do processo saúde/doença decorrente do trabalho poderá adquirir contornos mais definidos.

Havendo informações resumidas, analisadas, interpretadas e divulgadas, pelos níveis de atenção, como fruto de uma atuação integrada assistência/vigilância, certamente o papel atribuído ao sistema de vigilância, que é o de orientar as ações, será cumprido.

O dimensionamento da problemática dos efeitos à saúde, relacionados ao trabalho, nos diversos coletivos populacionais, depende da qualidade das informações coletadas relativas à: documentação da distribuição de agravos segundo variáveis demográficas; detecção de situações para relacioná-las às suas causas; identificação de necessidades de investigações, estudos ou pesquisas e, finalmente, organização de banco de dados para o planejamento de ações e serviços. Decorre daí a importância de definirem-se instrumentos de coleta de dados a partir do nível local, que alimentem e retro-alimentem as diversas instâncias do sistema de saúde para as ações em Saúde do Trabalhador.

Em anexo, os instrumentos que deverão ser utilizados nas ações do Saúde do Trabalhador, produzidos por diversos grupos técnicos, e que poderão receber complementações (não reduções) pelas instâncias que queiram adequá-los às suas necessidades assistenciais e de vigilância.





# Anexos

---

**ANEXO I.** Ficha de Notificações de Acidentes de Trabalho Graves de Doenças Relacionadas ao Trabalho do SINAM

**ANEXO II.** Fica para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações do SIAB

**ANEXO III.** Ficha de Atendimento no Serviço

**ANEXO IV.** Ficha de Vigilância em Ambientes de Trabalho

**ANEXO V.** Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST – SUS/98

**ANEXO VI.** Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador

**ANEXO VII.** Modelo de Comunicações de Acidente de Trabalho/CAT – MPAS/INSS

**ANEXO VIII.** Relação das Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego



**Ficha de Notificação  
Acidentes de Trabalho Graves e Doenças Relacionadas ao Trabalho**
 N.º

DADOS GERAIS

**1** TIPO DE NOTIFICAÇÃO 1-INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO; 2-INTOXICAÇÃO POR OUTROS AGENTES QUÍMICOS; 3-OUTROS ACIDENTES / DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

**3** MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_

**4** UNIDADE DE SAÚDE (ou outra fonte notificadora) \_\_\_\_\_

**2** DATA DA NOTIFICAÇÃO  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
CÓDIGO (IBGE)  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
CÓDIGO  
\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

**5** AGRAVO / DOENÇA \_\_\_\_\_ **6** CID 10 \_\_\_\_\_ **7** CAUSA EXTERNA \_\_\_\_\_

**8** CAUSA EXTERNA (CID 10) \_\_\_\_\_ **9** DATA DO ACIDENTE / DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

**10** NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ **11** DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

**12** IDADE (ANOS) \_\_\_\_\_ **13** SEXO  **14** RAÇA / COR  **15** ESCOLARIDADE (em anos de estudos concluídos)

M - MASCULINO  
F - FEMININO  
I - IGNORADO 1 - BRANCA 2 - PRETA  
3 - AMARELA 4 - PARDAS  
5 - INDÍGENA 1 - NENHUMA 2-DE 1-3;  
3-DE 4-7; 4-DE 8-11;  
5-DE 12 ou mais; 9-IGN

**16** CNAE \_\_\_\_\_ **17** OCUPAÇÃO (CBO) \_\_\_\_\_ **18** TIPO DE ACIDENTE  **19** AFASTAMENTO DO TRABALHO

1 - TÍPICO  
2 - TRAJETO  
3 - DOENÇA 1 - SIM  
2 - NÃO

**20** SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

1- EMPREGADOR; 2-EMPREGADO COM CARTEIRA; 3 - EMPREGADO SEM CARTEIRA; 4-TRABALHO TEMPORÁRIO;  
5-TRABALHO AUTÔNOMO; 6-TRABALHO AVULSO; 7-DESEMPREGADO; 8- APOSENTADO/INATIVO; 9-IGNORADO/OUTROS

**21** N.º CARTÃO SUS \_\_\_\_\_ **22** NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA

**23** LOGRADOURO e N.º (RUA, AVENIDA, ...) \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ **24** COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ **25** CEP - RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

**26** BAIRRO \_\_\_\_\_ **27** MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ **28** CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE) \_\_\_\_\_

**29** ZONA  **30** (DDD) TELEFONE \_\_\_\_\_ **31** CÓDIGO DO PAÍS (IBGE) \_\_\_\_\_

1 - URBANA 2 - RURAL  
3 - URBANA/RURAL  
9 - IGNORADO

DADOS COMPLEMENTARES

**32** NOME DA EMPRESA (RAZÃO SOCIAL) \_\_\_\_\_ **33** CGC \_\_\_\_\_

**34** LOGRADOURO e N.º (RUA, AVENIDA, ...) \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ **35** COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ **36** CEP - EMPRESA \_\_\_\_\_

**37** NOME DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE / DOENÇA (NOME DA EMPRESA / LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS) \_\_\_\_\_

**38** LOGRADOURO e N.º (LOCAL ONDE OCORREU O ACIDENTE / DOENÇA) \_\_\_\_\_ **39** CNAE \_\_\_\_\_ **40** CEP - LOCAL DE OCORRÊNCIA \_\_\_\_\_

**41** BAIRRO - LOCAL OCORRÊNCIA \_\_\_\_\_ **42** MUNICÍPIO DA OCORRÊNCIA \_\_\_\_\_ **43** CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE) \_\_\_\_\_

1. Tipo de Notificação: 1=(Intoxicação por agrotóxico), 2=(Intoxicação por outros agentes químicos) e 3=(Outros acidentes / doenças relacionadas ao trabalho). Este campo abrirá (?) a ficha de investigação de intoxicação por agrotóxicos ou a de intoxicação por outros agentes químicos, caso seja digitado o código 1 ou 2 respectivamente.
2. Data da Notificação: Data da notificação do caso.
3. Município de Atendimento: Nome e Código IBGE do Município que prestou o atendimento e definiu o caso.
4. Unidade de Saúde: Nome do Código SINAN (?) da Unidade de Saúde.
5. Agravado/Doença: Nome do agravo/doença.
6. CID 10: Código CID 10 do agravo/doença.
7. Causa Externa: Nome da causa externa.
8. Causa Externa: Código de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade – CID 10.
9. Data do Acidente / Data do Diagnóstico: Data em que ocorreu o acidente ou data em que foi definido o diagnóstico da doença relacionada ao trabalho.
10. Nome do Paciente: Nome completo do trabalhador.
11. Data de Nascimento: Data de nascimento.
12. Idade: Idade do trabalhador, em anos.
13. Sexo: M=(Masculino), F=(Feminino), I=(Ignorado).
14. Raça/Cor: 1=(Branca), 2=(Preta), 3=(Amarela), 4=(Parda), 5=(Indígena).
15. Escolaridade (em anos completos de estudo): 1=(Nenhuma), 2=(1-3); 3=(4-7 anos); 4=(8-11 anos); 5=(12 ou mais anos); 9=(Não informado).
16. CNAE: Código da Classificação Nacional de Atividades Econômicas referente ao setor de atividade econômica da empresa (se houver) ou do próprio trabalho exercido (se autônomo, mercado informal, etc.).
17. Ocupação: Código da ocupação (função, profissão) exercida pelo trabalhador. Utilizar o Código Brasileiro de Ocupações.
18. Tipo de Acidente: 1=(Tipo/Típico), 2=(doença), 3=(trajeto)
19. Afastamento do Trabalho: 1=(Sim), 2=(Não)
20. Situação no Mercado de Trabalho: 1=(Empregador), 2=(Empregado com Carteira), 3=(Empregado sem Carteira), 4=(Trabalho Temporário), 5=(Trabalho Autônomo), 6=(Trabalho Avulso), 7=(Desempregado), 8=(Aposentado/Inativo), 9=(Ignorado/Outros)
21. Número do Cartão do SUS : Número do Cartão do SUS do trabalhador.
22. Nome da Mãe: Nome completo da mãe.
23. Logradouro e Número: Nome e Número do local de residência do trabalhador (Rua, Avenida, ...e N° ...)
24. Complemento: Dados complementares para identificação da residência do trabalhador (apto., casa, ...)

25. CEP – Residência: Código de Endereçamento Postal da residência do trabalhador.
26. Bairro: Nome do bairro de residência do trabalhador.
27. Município de Residência: Nome do município de residência do trabalhador.
28. Código do Município (IBGE): Código IBGE do município de residência do trabalhador.
29. Zona: 1=(Urbana), 2=(rural), 3=(urbana/rural), 9=(Ignorado).
30. (DDD) Telefone: Número do telefone próprio ou de contato do trabalhador.
31. Código do País (IBGE): (se o trabalhador residir fora do Brasil) Código IBGE do país de residência do trabalhador.
32. Nome da Empresa (Razão Social): Nome completo da empresa responsável pelo vínculo empregatício, se houver.
33. CGC: Número completo do Cadastro Geral de Contribuintes da empresa responsável pelo vínculo empregatício do trabalhador (número, ordem e DV).
34. Logradouro e N.º (Rua, Avenida,...): Nome completo do logradouro da empresa.
35. Complemento: Dados complementares para identificação do endereço da empresa.
36. CEP – Empresa: Código de Endereçamento Postal da empresa.
37. Nome do Local de Ocorrência do Agravado / Doença (nome da empresa / local da prestação de serviços): Nome do local onde ocorreu o acidente ou local onde o trabalhador adquiriu a doença.
38. reu o acidente ou local onde o trabalhador adquiriu a doença.
39. (ATENÇÃO: identificar a empresa ou o local onde o trabalhador adquiriu a doença, mesmo que não seja a empresa/local de trabalho atual, assim como identificar o local da prestação de serviços, em caso de terceirização)
40. Logradouro e N.º (local onde ocorreu o acidente/doença): Nome completo do logradouro, referente ao item 37.
41. CNAE: Código da Classificação Nacional de Atividades Econômicas referente ao item 37.
42. CEP - Local de Ocorrência: Local da Ocorrência: Código de Endereçamento Postal, referente ao item 37.
43. BAIRRO - Local de Ocorrência: Nome completo do Bairro, referente ao item 37.
44. Município da Ocorrência: Nome completo do Município, referente ao item 37.
45. Código Município (IBGE): Código IBGE do Município, referente ao item 37.



DIAS ↗		Total				
P	Atendimento específico para AT					
R	Visita de Inspeção Sanitária					
O	Atend. individual prof. nível superior					
C	Curativos					
E	Inalações					
D	Injeções					
I	Retirada de pontos					
M	Terapia da Reidratação Oral					
E	Sutura					
N	Atend. Grupo - Educação em saúde					
T	Procedimentos Coletivos I (PC I)					
O	Reunibões					
S	Visita domiciliar					
A < 2 anos que tiveram diarreia						
N	< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO					
O	< 2anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda					
T	Pneumonia em < 5 anos					
I	Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos					
F	Acidente Vascular Cerebral					
J	Infarto Agudo do Miocárdio					
M	DHEG (forma grave)					
C	Doença Hemolítica Perinatal					
A	Fratura de colo de fêmur em >50 anos					
D	Meningite tuberculosa em < 5 anos					
C	Hanseníase com incapacidade II e III					
O	Chilogia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)					
E						
S						
N						
F						
HOSPITALIZAÇÕES						
DATA	NOME	ENDERECO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL
ÓBITOS						
DATA	NOME	ENDERECO	SEXO	IDADE	CAUSA	

### Ficha de Atendimento no Serviço

#### DADOS PESSOAIS

NOME _____	Nº DO PRONTUÁRIO	□□□□
DATA DA 1ª CONSLTA ____/____/____	MÊS/ANO	□□□□
SEXO            1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado	SEXO	□
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE	□□
ENDEREÇO ( BAIRRO/CIDADE) _____	ENDEREÇO	□□□□
ESCOLARIDADE            1-Analfabeto 3-1ºg incomp. 5-2ºg incomp. 7-Sup. Incomp. 9-Ing. 2-semi-analf. 4-1ºg comp. 6- 2ºg comp. 8-sup. Comp.		□
QUEM ENCAMINHOU        1- Sindicato   3- Empresa   9-Ignorado 2- INSS        4-Outro _____ Encaminhamento		□

#### CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

RESIDÊNCIA	1- Própria 2- Alugada 3- Outro 9-Ignorado	□
NÚMERO DE CÔMODOS		□□
SANEAMENTO BÁSICO	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	□
ENERGIA ELÉTRICA	1- Sim 2- Não 9-Ignorado	□

#### ESTRUTURA FAMILIAR

POSSUI ESPOSA (O) OU COMPANHEIRA(O)	1-Sim 2 -Não 9-Ignorado	□
COMPANHEIRA(O) TRABALHA ?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	□
POSSUI FILHOS?	1-Sim 2-Não 3-Ignorado	□
NÚMERO DE FILHOS		□□
NÚMERO DE FILHOS QUE ESTUDAM		□□
NÚMERO DE FILHOS QUE TRABALHAM		□□

#### DADOS PROFISSIONAIS E CARACTERÍSTICAS DA EMPRESA

SITUAÇÃO TRABALHISTA	1-Empregado 3-Autônomo 5-Outro _____ S TRAB. 2-Desempregado 4-Aposentado 9-Ignorado	□
TIPO DE ESTABELECIMENTO	1- Empresa    3-S.Público    5-Outros _____ TIPO 2-Empreiteira 4- Trabalho Rural 9-Ignorado	□
NOME DA EMPRESA _____	EMPRESA	
□□		
(em que trabalha ou presta serviços de empreiteira)		

NOME DA EMPREITEIRA _____	EMPREITEIRA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RAMO DE ATIVIDADE (Empresa em que trabalha ou presta serviço)	RAMO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PÓLO/CIDADE (Empresa em que trabalha ou presta serviço)	LOCAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FUNÇÃO	PROFISSÃO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SETOR: DA ECONOMIA-1ºDÍGITO 1-Agricultura 5-Comércio 2-Mineração 6-Outro 3-Indústria 9-Ignorado 4-Serviços	DA EMPRESA-2ºDÍGITO 1-Produção 4-Laboratório 7-Outro 2-Administração 5- Transporte 9-Ignorado 3-Manutenção 6-Apoio	SETOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EMPRESA POSSUI SERVIÇO MÉDICO?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	SERVMED <input type="checkbox"/>
EMPRESA POSSUI ASSISTÊNCIA SOCIAL?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	ASSOCIAL <input type="checkbox"/>
EMPRESA POSSUI CONVÊNIO MÉDICO?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	CONVÊNIO <input type="checkbox"/>
SALÁRIOS EM UNIDADE DE SALÁRIOS MÍNIMOS		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RENDA FAMILIAR EM UNIDADE DE SALÁRIOS MÍNIMOS		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RITMO DE TRABALHO 1-Turno 2-Administrativo 9-Ignorado	RITMO	<input type="checkbox"/>
SINDICALIZAÇÃO 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	SINDICALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA 1-CAT 2-Processo de Nexo 3-Processo da Transformação 4-Aux.Doença	5-Não Afastado 6-Demissional 7- Outro 9-Ignorado	S.PREVID. <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO SERVIÇO 1-Não Obteve Alta 3-Abandono 5-Alta Em Acomp. 2-Já Obteve Alta 4-Óbito 9-Ignorado	S.SERV.	<input type="checkbox"/>
DATA DA ALTA ____/____/____	TEMPO DE PERMANÊNCIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Doenças relacionadas ao Trabalho _____	D.REL.TRAB.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	D.REL.TRAB.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	D.REL.TRAB.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	D. REL.TRAB.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Doenças não relacionadas ao Trabalho _____	D.NÃO REL.TRAB.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	D.NÃO REL.TRAB.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SUSPEITA _____	SUSPEITA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES _____		

<b>FICHA DE VIGILÂNCIA EM AMBIENTES DE TRABALHO</b>
---

Motivo da inspeção: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inspeção solicitada por: \_\_\_\_\_

Inspeção realizada por: \_\_\_\_\_

Número registro SUS:		Data da Inspeção:	
Razão Social:		Código empresa:	
CGC:	Nº inscrição INCRA:		
Endereço:			
Bairro:		Município:	
Ponto de Referência:			
UF:	CEP:	Telefone:	Fax:
Nome do responsável pela Empresa:			
Data de início de operação	Código de atividade (CNAE):	Grau de risco:	Setor      Atividade: <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Terciário

**Funcionamento da empresa**

Dias da semana : \_\_\_\_\_

Turnos : \_\_\_\_\_

Horários : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PORTARIA N° 3.908, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998**

Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

O **Ministério de Estado da Saúde**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art; 198, inciso II, combinado com os preceitos da Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080, de 19 de setembro, e da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro, ambas de 1990, e

considerando que a construção do Sistema Único de Saúde é um processo de responsabilidade do poder público, orientado pelas diretrizes e princípios da descentralização das ações e serviços de saúde, da universalidade, equidade e integralidade da ação, da participação e controle social e que pressupõe a efetiva implantação das ações de saúde do trabalhador neste processo;

considerando que cabe ao Ministério da Saúde a coordenação nacional da política de saúde do trabalhador, assim como é de competência do SUS a execução de ações pertinentes a esta área, conforme determina a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde;

considerando que as determinações contidas na NOB-SUS 01/96 incluem a saúde do trabalhador, como campo de atuação da atenção à saúde, necessitando de detalhamento para produzirem efeito de instrumento operacional;

considerando as determinações contidas na Resolução n° 220, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde e na Instrução Normativa n° 1/97, de 15 de maio de 1997, do Ministério da Saúde, que recomendam a publicação desta Norma, resolve:

Art. 1° Aprovar a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, na forma do anexo a esta Portaria, que tem por objetivo definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 2° Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**BARJAS NEGRI**

## NORMA OPERACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOST-SUS

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

I – universalidade e equidade, onde todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas publicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde.

II. integralidade das ações, tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas da vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis;

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

IV – controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas;

V – regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;

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

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

Art. 2º Cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a execução de ações na área de saúde do trabalhador, considerando as diferenças de gênero.

Art. 3º Aos Municípios, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, caberá realizar as ações discriminadas, conforme a condição de gestão em que estejam habilitados, como seguem:

**I – Na Gestão Plena da Atenção Básica**, assumirá as seguintes ações de saúde do trabalhador:

a) garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;

b) realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;

c) notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;

d) estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador;

e) utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional;

**II – Na Gestão Plena do Sistema Municipal**, assumirá, além das já previstas pela condição de Gestão Plena da Atenção Básica, as seguintes ações de saúde do trabalhador:

a) emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados como o trabalho ou limitações (seqüelas) deles resultantes, por meio de recursos próprios ou do apoio de outros serviços de referência;

b) instituição e operacionalização de um sistema de referência para o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, capaz de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde, assim como para a realização dos encaminhamentos necessários que a situação exigir;

c) realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação das situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;

d) instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente e eles expostos;

Parágrafo único. O Município deverá manter unidade especializada de referência em Saúde do Trabalhador, para facilitar a execução das ações previstas neste artigo.

Art. 4º Os Estados, nas condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas, dos Municípios habilitados nas condições de gestão previstas no artigo anterior, assumirão as seguintes ações de saúde do trabalhador:

I – controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios preconizadas nesta Norma, conforme mecanismos de avaliação definidos em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde;

II – definição, juntamente com os Municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, bem como outras medidas necessárias para assegurar o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador;

III – capacitação de recursos humanos para a realização das ações de saúde do trabalhador, no seu âmbito de atuação;

IV – estabelecimento de rotina de sistematização, processamento e análise dos dados sobre saúde do trabalhador, gerados nos Municípios e no seu próprio campo de atuação, e de alimentação regular de bases de dados, estaduais e municipais;

V – elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado, a partir de fontes de informação existentes e, se necessário, por intermédio de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

VI – prestação de cooperação técnica aos Municípios, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador;

VII – instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos.

§ 1º Recomenda-se a criação de unidades especializadas em Saúde do Trabalhador para facilitar as ações previstas neste artigo.

§ 2º A organização de unidades especializadas de referência em Saúde do Trabalhador, o estímulo à implementação de unidades do Município, na região ou em forma de consórcio, e o registro de 100% dos casos atendidos de acidentes de trabalho e agravos decorrentes do processo de trabalho, comporão o Índice de Valorização de Resultados (IVR), de acordo com os critérios a serem definidos pela Comissão Intergestores Tripartite, e a ser estabelecidos em portaria do Ministério da Saúde.

Art. 5º Esta Norma trata de um conjunto de atividades essenciais para a incorporação das ações de saúde do trabalhador no contexto das ações de atenção à saúde, devendo os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que já têm serviços e ações organizados, ou pelas características de seu parque produtivo e perfil epidemiológico, ampliar seu espectro de ação para além do que estabelece esta Norma.

Art. 6º A implementação do financiamento das ações de saúde do trabalhador consiste na garantia do recebimento dos recursos por meio das fontes de transferências, já constituídas legalmente em cada esfera do governo e na definição de mecanismos que garantam que os recursos provenientes destas fontes sejam aplicados no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador estabelecidas nos planos de Saúde.

Art. 7º Recomenda-se ao Estado e ao Município a revisão dos Códigos de Saúde, para contemplar as ações de saúde do trabalhador.

Art. 8º Compete ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município estabelecer normas complementares, no seu âmbito de atuação, com objetivo de assegurar a proteção saúde dos trabalhadores.

Art. 9º A presente Norma deverá ser avaliada permanente, a partir dos resultados de sua implementação, consolidados pelo órgão competente do Ministério da Saúde e amplamente divulgados às instâncias do SUS.

Art. 10. Recomenda-se a instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador.

Publicada no DOU de 10 novembro de 1998.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GABINETE DO MINISTRO**

**PORTARIA Nº 3.120 de 1º de julho de 1998**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87. inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art. 200, inciso II, combinando com os preceitos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e

Considerando que as determinações contidas na NOB-SUS 01/96 incluem a Saúde do Trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde;

Considerando as determinações contidas na Resolução nº 220, de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, e na Instrução Normativa nº 01/97, de 15 maio de 1997 do Ministério da Saúde, resolve;

Art. 1º Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes;

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ SERRA**

## 1 – APRESENTAÇÃO

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objetivo indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

O conjunto de elementos deflagradores do avanço institucional, em relação à questão da Saúde do Trabalhador no SUS, compõe-se do aspecto legislativo, calcado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em diversas Constituições Estaduais e Municipais na luta pela saúde desenvolvida pelos trabalhadores e suas organizações sindicais, passando pelo crescente comprometimento dos técnicos, ao nível dos serviços e universidades.

A presente Instrução Normativa pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem um respectivo às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

As recomendações aqui apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios todo o País.

Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas, também com as estruturas de atenção à Saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária.

A possibilidade de traduzir a capilaridade institucional do setor saúde em instâncias efetoras de mudança dos perfis de morbidade, resultantes da relação trabalho-ambiente-consumo e saúde pressupõe um comprometimento das estruturas de atenção à saúde, em especial as da vigilância e fiscalização em saúde.

O objetivo da Instrução Normativa é, em suma, o de poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma e incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho.

A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Além disso, nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica-se transpor o objeto usual – o produtor/consumidor – de forma considerar, igualmente, como objetivo o processo/trabalhador/ambiente.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos da relação entre trabalho e saúde agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata sobre fatores determinantes dos danos à saúde.

Devido à sua concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção, capaz de lidar com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas adoecer, a vigilância em saúde do trabalhador ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional.

Em razão dessas implicações, a vigilância em saúde do trabalhador pressupõe uma rede de articulações que passa pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

Finalmente, levando-se em consideração o fato de ser uma área ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que esta Instrução Normativa possa ser aprimorada, com a maior brevidade, uma vez utilizada pela rede de serviços, assim como se constitui na primeira de uma série de publicações normativas e orientadoras, relacionadas a temas específicos em saúde do trabalhador.

## 2 – CONCEITUAÇÃO BÁSICA

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

### 3 – PRINCÍPIOS

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do Sistema Único, de Saúde, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Além disso, tendo em vista a complexidade e a abrangência do objeto da vigilância, guarda peculiaridades que transcendem os limites setoriais da saúde, implicando a ampliação de sua abordagem.

Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar.

3.1 – **Universalidade**: todos os trabalhadores, independente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.2 – **Integridade das ações**: o entendimento de atenção à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção de saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente preveníveis.

3.3 – **Pluriinstitucionalidade**: articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

3.4 – **Controle social**: incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente e as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos.

3.5 – **Hierarquização e descentralização**: consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, integrando os níveis estadual e nacional do Sistema Único de Saúde, no espectro da ação, em função de sua complexidade.

3.6 – **Interdisciplinaridade**: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve compreender os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação.

3.7 – **Pesquisa-intervenção:** o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

**O caráter transformador:** a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuados pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive superando a própria legislação.

#### 4 – OBJETIVOS

De forma esquemática pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem como objetivos:

a – conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista, considerando:

a1 – a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;

a2 – o levantamento histórico dos perfis de mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;

a3 – a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos, ergonômicos e organizacionais já conhecidos;

a4 – a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;

b – intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

b1 – a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;

b2 – a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente;

c – avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde, considerando:

c1 – a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;

c2 – o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;

d – subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas do governo, considerando:

d1 – estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;

d2 – a interveniência, junto às instâncias do estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;

d3 – o planejamento das ações e do estabelecimento de suas estratégias;

d4 – a participação na estruturação de serviços de atenção á saúde dos trabalhadores;

d5 – a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e – estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto ás estruturas existentes no setor de saúde, considerando:

e1 – a criação de base de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2 – a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

## 5 – ESTRATÉGIAS

A vigilância em saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas sanitárias contínuas calcada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, na pluriinstitucionalidade, no controle social, balisada na configuração do Sistema Único de Saúde, e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-la.

Embora cada Estado, Região ou Município, guardadas suas características, deva buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS. Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica seqüencial de consolidação da vigilância, pode-se destacar:

5.1 – Onde já existam as estruturas, Estaduais e Municipais, de saúde do trabalhador – Programas, Coordenações, Divisões, Gerências, Centros, Núcleos – promover e /ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação

da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Com este intuito, recomenda-se, a constituição de equipes multiprofissionais para execução de ações interdisciplinares e pluriinstitucionais.

5.2 – Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

5.3 -Dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implantarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho, em um dado Município ou Região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com estabelecimento de prioridades, visando a intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

**Base Sindical:** Uma vez que determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores.

O investimento da ação, nesta base de considerar a capacidade de reprodutibilidade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.

**Ramo Produtivo:** Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa a mudança de processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

**Território:** Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar danos à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.

**Epidemiológico:** (evento-sentinela) : Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um

problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos eventos-sentinela.

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

5.4 – Como estratégia de consolidação das ações de vigilância em saúde do trabalhador é fundamental que os Estados e Municípios contemplem o tema na revisão de seus códigos de saúde.

## 6- Metodologia

Considerando os objetivos da Vigilância em Saúde do Trabalhador – conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho – é necessário que se adotem metodologias capazes de estabelecer um diagnóstico situacional, dentro do princípio da pesquisa-intervenção e capazes, ainda, de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas

Nesta linha podem-se observar alguns pressupostos de caráter metodológico, compreendendo

### 6.1 - Fase preparatória

Uma vez identificada a demanda, com base nas estratégias relacionadas, o planejamento da ação pressupõe uma fase preparatória, em que a equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível o(s) processo(s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação.

A preparação deve ser efetuada por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s) – objeto da vigilância e dos representantes sindicais daquela(s) categoria(s), tendo por objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, através de seu saber operário, mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação.

Deve-se lançar mão, ainda nesta fase, de consulta bibliográfica especializada e das informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

### 6.2 – A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)

A intervenção realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil.

Além disso, é preciso considerar os aspectos passíveis de causar dano à saúde, mesmo que não estejam previstos nas legislações, considerando-se não só a observação direta por parte da equipe de

situações de risco à saúde como, também, as questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado.

Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.

### **6.3 - Análise dos processos**

Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer, no ambiente ou em decorrência das condições em que o trabalho se realiza, é utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Os instrumentos metodológicos, a ser estabelecidos no âmbito do SUS, devem ser entregues no ato da inspeção, para serem preenchidos pela empresa, e o Roteiro de Vigilância, construído e aplicado pela equipe, no momento da ação, é outra forma de conhecer os processos.

### **6.4 – Inquéritos**

Como proposta metodológica de investigação, no mesmo tempo da intervenção, podem-se organizar inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.

### **6.5 – Mapeamento de riscos**

Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa à medida que a intervenção se consolide e as mudanças vão ocorrendo, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.

Uma das técnicas que deve ser utilizada, especialmente em casos de acidentes graves e fatais, é a metodologia de árvore de causa para investigação dos fatores determinantes do evento, que será objeto de publicação posterior.

Com a concorrência interdisciplinar, na equipe, de profissionais de áreas diversas e à medida que os trabalhadores se apropriem de novos conhecimentos acerca do tema, aprofunda-se a investigação, por intermédio da utilização de técnicas mais sofisticadas.

É importante mapear, além dos riscos tradicionalmente reconhecidos, as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador.

## 6.6 – Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos clássicos, tais como os seccionais, de coorte e caso-controle, podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa, como assessores da equipe.

## 6.7 – Acompanhamento do processo

A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Em razão do ritmo de implementação das medidas, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas.

Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação, ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

## 7- Informações básicas

As informações de interesse para as ações em saúde do trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbi-mortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinantes.

É pensando na necessidade de se avançar neste conhecimento para fins de intervenção e prevenção efetiva dos agravos relacionados ao trabalho, que foi definido o elenco de informações aqui apresentadas, sem perder a perspectiva de ser acrescentadas outras de interesse local, regional ou mesmo nacional, à medida que o sistema de informações em saúde do trabalhador se estruture e se consolide.

### 7.1- Informações acerca da mortalidade

As informações de mortalidade serão coletadas principalmente a partir da Declaração de Óbito, por intermédio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Cada Município deverá investir na melhoria da qualidade dos dados da Declaração de óbito e, sempre que possível, cruzar com outras informações disponíveis, principalmente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Previdência Social.

## 7.2 – Informações acerca da mortalidade

As informações de morbidade podem ser obtidas de diversas fontes, tais como a Ficha Individual de Notificação de Agravos, referentes às doenças incluídas no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN) ; e a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), normalmente utilizada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ; as fichas, prontuários e outros documentos oriundos dos atendimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e internações (SIH/SUS) na rede de serviços de saúde.

Os Estados e os Municípios poderão definir eventos-sentinela a ser notificados, incluindo-os no SINAN. Essa definição deverá ter por referência a análise do parque produtivo local ou a suspeita da existência de um agravo não diagnosticado como relacionado ao trabalho. A análise dos eventos-sentinelas constituir-se-á em atividade complementar ao sistema de informações, particularmente neste momento em que o diagnóstico de doenças é muito reduzido. Observar, por exemplo, excessos de mortes ou morbidade por alguns tipos de cânceres ou de achados laboratoriais (leucopenias, anemias) que possam estar ocorrendo em grupos específicos de trabalhadores.

## 7.3 – Informações relativas às atividades e aos processos produtivos

Essas informações deverão ser obtidas à medida que os Estados e os Municípios executem e implantem as ações de vigilância.

Consideram-se, neste caso, Cadastro de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação e Fichas de Vigilância.

Outras informações, utilizando os bancos de dados da RAIS e do IBGE, também poderão ser incorporadas devendo ser desagregadas, por Município, para que possam ser adequadas aos níveis locais.

Outras fontes de informação que deverão ser utilizadas, à medida que o sistema se capacite para tal, são as dos serviços médicos e de segurança e higiene industrial de empresas, do Anexo I da CIPA (Norma Regulamentadora Nº 5, Portaria Nº 3.214/78, Mtb), dos sindicatos, das associações patronais, dos serviços/institutos de medicina legal, de associações e entidades civis (associação de moradores, grupos ecológicos, culturais), de outros órgãos da administração pública (DETRAN, secretarias de proteção ambiental, de indústria e comércio, do trabalho etc). Devem ser considerados ainda estudos epidemiológicos e resultados de pesquisas de interesse da área de saúde do trabalhador, como fonte de informações.

Um maior detalhamento acerca da criação de bancos de dados e adequação das informações em saúde do trabalhador aos Sistemas de Informação existentes, considerando, entre outros, a coleta, o fluxo, o processamento, a análise e a divulgação das informações, será efetuado em publicação posterior.

Os Estados e os Municípios poderão acrescentar outras informações e metodologias que julgarem pertinentes, inclusive sugerindo sua incorporação em âmbito nacional nas publicações subsequentes.

## 8 - Considerações finais

A construção do Sistema Único de Saúde pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada.

Dentro do SUS, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais, no sentido de se proverem os meios necessários para atender com primazia o que, a partir de 1988, com a Constituição Federal, passou a ser atribuição precípua das Secretarias de Saúde de Estados e Municípios: a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas, não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei e, mesmo, ansiadas pela sociedade.

Com este intuito, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador pretende ser um instrumento capaz de ser um móvel de sensibilização e de ampliação das redes solidárias de construção da área específica e do próprio Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, pretende-se, ainda, com esta Instrução Normativa, iniciar uma série de publicações temáticas afins, entre as quais se destacam as questões dos Agrotóxicos, dos Sistemas de Informações, da Investigação de Acidentes de Trabalho, das Intoxicações por Metais Pesados, dos Agravos de Caráter Ergonômico, das Pneumopatias de Origem Ocupacional.

**(\*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O de 02.07.98, Seção 1, pag. 36.**



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO – CAT**

(Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)

1 - Emitente	<input type="checkbox"/>
1 - Empregador	2 - Sindicato
3 - Médico	4 - Segurado ou dependente
5 - Autoridade pública	
2 - Tipo de CAT	<input type="checkbox"/>
1 - Inicial	2 - Reabertura
3 - Comunicação de Óbito em:	

<b>I - EMITENTE</b>	<b>Empregador</b>	3 - Razão Social / Nome										
		4 - Tipo	<input type="checkbox"/>	1 - CGC/CNPJ	2 - CEI	3 - CPF	4 - NIT	5 - CNAE	6 - Endereço	Rua/Av./Nº/Complemento		
			Rua/Av./Nº/Complemento (continuação)			Bairro	CEP	7 - Município	8 - UF	9 - Telefone		
		<b>Acidentado</b>	10 - Nome									
			11 - Nome da mãe									
			12 - Data de nasc.	13 - Sexo	<input type="checkbox"/>	14 - Estado civil	<input type="checkbox"/>	15 - CTPS	Série	Data da emissão	16 - UF	17 - Remuneração mensal
			18 - Carteira de identidade	Data da emissão	Orgão Exp.	19 - UF	20 - PIS/PASEP/NIT	21 - Endereço	Rua/Av./Nº/Comp.			
			Rua/Av./Nº/Complemento (continuação)			Bairro	CEP	22 - Município	23 - UF	24 - Telefone		
			25 - Nome da ocupação	26 - CBO	27 - Filiação à Previdência Social	<input type="checkbox"/>	28 - Aposentado?	<input type="checkbox"/>	29 - Área	<input type="checkbox"/>		
			1 - Empregado 2 - Trab. avulso 7 - Seg. especial 8 - Médico resid.			1 - Sim	2 - Não	1 - Urbana	2 - Rural			
<b>Acidente ou Doença</b>		30 - Data do acidente	31 - Hora do acidente	32 - Após quantas horas de trabalho?	33 - Tipo	<input type="checkbox"/>	34 - Houve afastamento?	<input type="checkbox"/>				
		35 - Último dia trabalhado	36 - Local do acidente	<input type="checkbox"/>	37 - Especif. do local do acidente	38 - CGC/CNPJ	39 - UF					
		40 - Município do local do acidente	41 - Parte(s) do corpo atingida(s)	42 - Agente causador								
		43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença							44 - Houve registro policial?	<input type="checkbox"/>		
									45 - Houve morte?	<input type="checkbox"/>		
									1 - Sim 2 - Não			
<b>Testemunhas</b>		46 - Nome										
		47 - Endereço	Rua/Av./Nº/Comp.	Bairro	CEP	48 - Município	49 - UF	Telefone				
		50 - Nome										
	51 - Endereço	Rua/Av./Nº/Comp.	Bairro	CEP	52 - Município	53 - UF	Telefone					

Local e data

Assinatura e carimbo do emitente

<b>II - ATESTADO MÉDICO</b>	<b>Atendimento</b>	54 - Unidade de atendimento médico	55 - Data	56 - Hora	
		57 - Houve internação?	<input type="checkbox"/>	58 - Duração provável do tratamento	dias
		59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?	<input type="checkbox"/>	1 - Sim 2 - Não	
	<b>Lesão</b>	60 - Descrição e natureza da lesão			
<b>Diagnóstico</b>	61 - Diagnóstico provável	62 - CID - 10			
	63 - Observações				

Local e data

Assinatura e carimbo do médico com CRM

<b>III - INSS</b>	64 - Recebida em	65 - Código da Unidade	66 - Número da CAT	<b>Notas:</b> 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
	67 - Matrícula do servidor	Matrícula	Assinatura do servidor	

**A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.**

## VERSO DA CAT

## ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO CAT

Obs.: A CAT deverá ser emitida para todo acidente ou doença relacionados com o trabalho ainda que não haja afastamento ou incapacidade. As datas informadas, deverão ser completas, o ano com quatro dígitos. ( Ex. 15/12/1999), a hora com quatro dígitos (ex.: 10:45). Telefone, quando houver, informar inclusive DDD (Ex.: (0XX61)7654321).

A comunicação, os conceitos e a caracterização do acidente são regidos pelo Decreto nº 3.048/99.

**Quadro I - Emitente**

**Campo 1. Emitente**- informar no campo demarcado o dígito que especifica o responsável pela emissão da CAT. Ex.: (1) empregador.

**Campo 2. Tipo de CAT**- informar no campo demarcado o dígito que especifica o tipo de CAT, sendo: (1 > Inicial, refere-se à primeira comunicação do acidente ou doença quando estes ocorrerem; (2) Reabertura - quando houver reinício da tratamento ou afastamento por agravamento da lesão por acidente ou doença comunicado anteriormente ao INSS;

(3) Comunicação do Óbito- refere-se a comunicação da óbito, em decorrência de acidente de trabalho ocorrida após a emissão do CAT inicial.

Obs.: Os acidentes com morte imediata deverão ser comunicadas na CAT inicial.

**Informações relativas ao Empregador.**

**Campo 3. Razão Social/Nome** - informar a denominação da empresa, cooperativa, associação, autônomo ou equiparado quando empregador (ver artigo 12 do Decreto nº 3.048/99). Obs.: Informar o nome do acidentado quando segurado especial.

**Campo 4. Tipo e nº de documento** - informar o código que especifica o tipo de documentação, cuja numeração será inserida nesta, sendo: {1} CGC/CNPJ - informar o número da matrícula no Cadastro Geral de Contribuintes ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da empresa quando empregadora; (2) CEI - informar o número de inscrição no Cadastro Específico do INSS quando empregador for pessoa jurídica desobrigada de inscrição na CGC; (3) CPF - informar o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física quando empregador for pessoa física; (4) NIT - informar o número da identificação do Trabalhador no INSS quando for segurado especial.

**Campo 5. CNAE**- informar o código relativo a atividade principal do estabelecimento em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para os benefícios decorrentes de acidente de trabalho. O código CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) encontra-se no documento de CGC da empresa ou no anexo V do Decreto nº 3.048/99.

**Campo 6 a 9. Endereço** - informar o endereço completo referente ao Campo 3.

**Informações relativas ao Acidentado.**

**Campo 10. Nome** - informar a nome completo do acidentado sem abreviaturas.

**Campo 11. Nome de mãe** - informar o nome completo da mãe do acidentado sem abreviaturas.

**Campo 12. Data de nascimento** - informar a data completa de nascimento do acidentado.

**Campo 14. Estado Civil** - informar (6) Ignorado quando o estado civil for desconhecido ou não informado.

**Campo 15 e 16 CTPS** - informar o número, série, data da emissão e UF de emissão da Carteira de Trabalho e Previdência Social. Obs.: No caso de segurado empregado é obrigatória a especificação do número da CTPS,

**Campo 17. Remuneração mensal** - informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente, da data do acidente.

**Campo 20. PIS/PASEP/NIT** - informar o número de inscrição PIS/PASEP. No caso de segurado especial ou médico residente informar o número de inscrição de Contribuinte Individual no INSS.

**Campo 21 a 24. Endereço do acidentado** - informar o endereço completo referente ao acidentado.

**Campo 25 e 26. Nome da ocupação/ CBO** - informar o nome da ocupação exercida pelo acidentado a época do acidente / doença e o respectivo código constante do Código Brasileiro de Ocupação.

**Campo 28. Aposentado** - Informar (1) Sim, somente se aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

**Campo 29. Área** - Informar a natureza da prestação de serviços, se Urbanas ou Rural

**Informações relativas ao Acidente ou Doença.**

**Campo 30. Data do acidente** - informar a data em que o acidente ocorreu. No caso de doença, informar a data da condução do diagnóstico ou do início da incapacidade laborativa, aquela que ocorrer primeiro.

**Campo 31. Hora do acidente** - No caso de doença, deixar o campo em branco.

**Campo 32. Após quantas horas de trabalho** - informar o número de horas trabalhadas entre o início da jornada e o acidente. No caso da doença, deixar em branco.

**Campo 33. Tipo de acidente** - informar o tipo de acidente sendo (1) Típico, o que ocorrer como segurado a serviço da empregadora; (2) Doença ocupacional; (3) Trajeto, aquele ocorrido no percurso residência/local de trabalho ou vice-versa.

**Campo 35. Último dia trabalhado** - Só campo 34 = (1) Sim, Informar o último dia em que o acidentado trabalhou, mesmo que não tenha cumprido a jornada.

**Campo 36. Local do acidente** - Informar o local onde ocorreu o acidente, sendo: (1) Em estabelecimento da empregadora; (2) Em empresa onde a empregadora presta serviços; (3) Em via pública; (4) Em área rural; (5) Outros.

**Campo 37. Especificação do local do acidente** - informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente. (Ex. pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.)

**Campo 38. CGC/CNPJ** - informar o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente / doença, quando no campo 36 for (2).

**Campo 41. Parte(s) do corpo atingida(s)** - Para o acidente do trabalho, deverá ser informado a parte do corpo diretamente atingida pela agente causador, seja externa ou internamente. Para doenças ocupacionais, informar o órgão ou sistema lesionado. Especificar o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

**Campo 42. Agente causador** - informar o agente diretamente relacionado ao acidente: máquina, equipamento, ferramenta (ex.: prensa ou injetora de plásticos); produtos químicos, agentes físicos biológicos (ex.: benzeno, sílica, ruído, salmonela); situação específicas (ex.: queda, choque elétrico, atropelamento).

**Campo 43. Descrição da situação geradora do acidente** - descrever e situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado, e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando-se de acidente de trajeto especificar o deslocamento e informar se este foi ou não, alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho.

Caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente, ou as condições em que o trabalho era realizado. Obs.: Evitar consignar neste campo o diagnóstico da doença ou lesão (Ex.: indicar a exposição continuada a níveis acentuados de benzeno em função da atividade de pintar motores com tintas mantendo solventes orgânicos e não benzenismo).

**Campo 45. Houve morte** - Responder (1) Sim, se a morte ocorreu antes do preenchimento da CAT, independente de ter ocorrido no local do acidente ou após. Se posterior a emissão de CAT inicial (tipo 1), deverá ser emitida CAT de óbito (tipo 3), anexando Certidão de Óbito.

Informações relativas a Testemunhas.

**Campo 46 a 53. Testemunhas** - informar testemunhas que tenham presenciado o acidente ou aquelas que primeiro tomaram ciência do fato.

Identificação: local, data, assinatura e carimbo do emitente No caso de emissão pelo próprio segurado ou por seus dependentes fica dispensado a carimbo, porém, mencionar o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

**Informações relativas ao Atestado Médico.**

Deverá ser preenchido por profissional médico, no caso de morte é dispensável, devendo ser apresentada a certidão da óbito e quando houver, o laudo da necropsia.

**Campo 58. Duração provável do tratamento** - informar em número de dias a duração provável de tratamento, mesmo que superior a quinze dias.

**Campo 60. Descrição e natureza da lesão** - fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e / ou quadro clínico da doença citando a parte do corpo atingida.

Exemplos: edema, equimose, limitação dos movimentos na articulação tarsal direita; sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor a movimentação da flexão do punho esquerdo,

**Campo 61. Diagnóstico provável** - informar objetivamente o diagnóstico. (ex. a) entorse tornozelo direito; b) tendinite dos flexores do carpo.).

**Campo 62. CID** - 10- classificar conforme CID-10 (Ex. S 93.4 - entorse e distensão do tornozelo; M65.9 - sinovite ou tendinite não especificada).

**Campo 63. Observações** - citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas preexistentes, concussões, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada. Existindo recomendação especial para permanência no trabalho, justificar.

**Relação das normas  
regulamentadoras de segurança e  
saúde do trabalhador do ministério  
do trabalho e emprego**

- ◆ NR 1. Disposições Gerais
- ◆ NR 2. Inspeção Prévia
- ◆ NR 3. Embargo ou Interdição
- ◆ NR 4. Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
- ◆ NR 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- ◆ NR 6. Equipamentos de Proteção Individual - EPI
- ◆ NR 7. Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- ◆ NR 8. Edificações
- ◆ NR 9. Programas de Prevenção de Riscos Ambientais
- ◆ NR10. Instalações e Serviços em Eletricidade
- ◆ NR11. Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais
- ◆ NR 12. Máquinas e Equipamentos
- ◆ NR 13. Caldeiras e Vasos de Pressão
- ◆ NR 14. Fornos
- ◆ NR 15. Atividades e Operações Insalubres
- ◆ NR 16. Atividades e Operações Perigosas
- ◆ NR 17. Ergonomia
- ◆ NR 18. Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção
- ◆ NR 19. Explosivos
- ◆ NR 20. Líquidos Combustíveis e Inflamáveis
- ◆ NR 21. Trabalho a Céu Aberto
- ◆ NR 22. Trabalhos Subterrâneos
- ◆ NR 23. Proteção Contra Incêndio
- ◆ NR 24. Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho
- ◆ NR 25. Resíduos Industriais
- ◆ NR 26. Sinalização de Segurança
- ◆ NR 27. Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no Ministério do Trabalho
- ◆ NR 28. Fiscalização e Penalidades
- ◆ NR 29. Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Portuário
- ◆ NRR1. Disposições Gerais
- ◆ NRR2. Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural – SEPATR
- ◆ NRR3. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho Rural
- ◆ NRR4. Equipamento de Proteção Individual – EPI
- ◆ NRR5. Produtos Químicos



## Bibliografia consultada

---

1. ASSUNÇÃO, Ada Ávila [et al] – Manual de rotinas: ambulatório de doenças profissionais. Belo Horizonte: Imprensa Universitária da UFMG, 1992.
2. BERKOW, Roberto (ED) – Manual Merck de Medicina: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 1990.
3. BRASIL. **Constituição Federal** – Seção II – da Saúde – 5/10/98.
4. BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** – Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.
5. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – **Seguro de Acidente do Trabalho no Brasil**. Brasília: MPAS, 1997.
6. BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde – **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: FNS, 1998.
7. BRASIL. **Ministério da Saúde - Norma Operacional em Saúde do Trabalhador do SUS**. Portaria n.º 3.908, de 30 de outubro de 1998. Brasília, 1998.
8. MENDES, R. – Patologia do Trabalhador. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
9. OGA, S. – Fundamentos de Toxicologia. São Paulo: Atheneu, 1996.
10. RODIA, F. L. (org.) [et al] – Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.
11. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde do Trabalhador – Protocolo para Acolhimento em Saúde do Trabalhador. Belo Horizonte: SMS, 1997. (mimeo).
12. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/ Departamento de Vigilância da Saúde/ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador – Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para Vigilância em Saúde do Trabalhador. Salvador: SESAB, 1996.
13. TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S., VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistências e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, ano VII, n. 2, p. 7 – 28, abr/jun. 1998.
14. XV Congresso Mundial Sobre Segurança e Saúde no Trabalho – Segurança e Saúde no Trabalho – Prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos – LER. Fundacentro – São Paulo, 1999.



15. . Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária - Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – Brasília – OPAS – REPRESENTAÇÃO DO BRASIL, 1997.
16. Legislação de Segurança e Saúde no Trabalho – Brasília : MTE, SSST, 1999.
17. MENDES, EUGENIO VILAÇA, Distrito Sanitário: O processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS. São Paulo – Rio de Janeiro: HICITEC – ABRASCO, 1993.



**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE**

