

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL**

CÁTIA SILVA

**O ACIDENTE DO TRABALHO NA CONSTRUÇÃO CIVIL EM UBERABA /MG:
UM ESPAÇO DE “(DES)CONSTRUÇÃO” DO HUMANO**

FRANCA

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CÁTIA SILVA

**O ACIDENTE DO TRABALHO NA CONSTRUÇÃO CIVIL EM UBERABA /MG:
UM ESPAÇO DE “(DES) CONSTRUÇÃO” DO HUMANO**

**Dissertação apresentada à Faculdade de História,
Direito e Serviço Social, da Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção
do Título de Mestre em Serviço Social. Área de
Concentração: Serviço Social: Trabalho e
Sociedade.**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Helen Barbosa Raiz Engler

FRANCA

2008

Silva, Cátia

O acidente do trabalho na construção civil em Uberaba/MG :
um espaço de “des(construção)” do humano / Cátia Silva.

–Franca : UNESP, 2008.

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de
História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1. Acidentes do trabalho – Construção civil – Uberaba (MG).
2. Direitos dos trabalhadores. 3. Serviço Social – Trabalho profis-
sional.

CDD – 362.8503

CÁTIA SILVA

**O ACIDENTE DO TRABALHO NA CONSTRUÇÃO CIVIL EM UBERABA /MG:
UM ESPAÇO DE “(DES) CONSTRUÇÃO” DO HUMANO**

Dissertação apresentada à Faculdade de História, Direito e Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente : _____
Dr.^a. Helen Barbosa Raiz Engler – UNESP/FHDSS

1º Examinador : _____
Dr.^a. Íris Fenner Bertani – UNESP/FHDSS

2º Examinador: _____
Dr.^a. Cláudia Regina Haponzuck de Lemos – INCOR/SP

Franca , _____ de _____ de 2008.

Dedico este trabalho a meu marido Edmundo, a meus filhos Geovana, Edmundo Júnior e Ana Luiza, que me apoiaram e incentivaram durante a realização deste trabalho. Aos meus pais (in memoriam) Aparecido e Edith, que mesmo distantes, tenho a certeza que torceram por mim e me iluminaram.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e a oportunidade de chegar até aqui.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP.

Com especial carinho e afeto, à orientadora Prof^a Helen, por acreditar em mim, entender minhas dificuldades, compreender os problemas pessoais, que enfrentei e superei, durante esta caminhada. Obrigada, pelo ombro, entendimento, amizade, apoio e incentivo sempre presentes. Obrigado por ter aberto as portas de sua casa para mim, e por diversas vezes ajudar a encontrar um direcionamento na construção desta dissertação.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em especial e com carinho, à Prof^a Sandra de Azevedo Pinheiro, pelo apoio e incentivo à realização do mestrado, pelas contribuições em discussões de saberes sobre a saúde do trabalhador, e também pelos livros indicados e emprestados. À Prof^a Maria Isabel Borges Saúde pelas oportunidades vivenciadas no cotidiano de trabalho, no Núcleo de Vigilância Epidemiológica, e contribuições para este trabalho.

Aos sujeitos colaboradores da pesquisa, que tanto colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho, aos quais desejamos retorno dessa produção do conhecimento.

Ao meu esposo Edmundo pelo companheirismo e compreensão, principalmente nos momentos mais difíceis, e pelo apoio sempre presente durante a realização deste trabalho.

Aos meus filhos Geovana, Edmundo Júnior e Ana Luiza, pela paciência, compreensão e apoio durante toda essa caminhada.

Aos meus pais Aparecido e Edith, que mesmo do outro lado da vida, sempre incentivaram pelos meus estudos. Às minhas irmãs Sidimar, Elaine e Cláudia que apesar da distância, sempre deram incentivo. Ao meu sogro Aguinaldo e sogra Eni pela compreensão, constante apoio e incentivo.

À amiga e secretária Denise, que sempre segurou as pontas em casa, principalmente, com meus filhos, na minha ausência.

À Laura (biblioteca UNESP) pelas correções da ABNT e pela dedicação e atenção no desempenho de seu trabalho.

Ao Curso de Graduação em Serviço Social da UNIUBE, e colegas docentes e discentes, pela oportunidade do exercício da docência, onde muito aprendi e amadureci, contribuindo significativamente para este trabalho.

Aos amigos sempre tão importantes em todos os momentos da vida.

A todos que, de forma direta ou não, contribuíram na minha formação, meu muito obrigada!

*“Semeie um ato, e você colhe um hábito,
Semeie um hábito, e você colhe um caráter,
Semeie um caráter, e você colhe um destino.”*

(Charles Reade)

SILVA, Cátia. **O acidente do trabalho na construção civil em Uberaba/MG: um espaço de “(des)construção” do humano.** 2008. 234 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.

RESUMO

O presente estudo tem, por objeto, o acidente do trabalho na Construção Civil em Uberaba/MG: um espaço de “(des)construção” do humano, atendido e registrado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A pesquisa contextualiza a trajetória histórica de Uberaba, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e do Setor de Serviço Social na referida Universidade. Aborda a totalidade das políticas públicas brasileiras, com ênfase na política de saúde, saúde do trabalhador e acidentes do trabalho, bem como as demandas da população usuária no Programa de Acidentes do Trabalho. Portanto, tem como objetivo geral conhecer os acidentes do trabalho registrados entre os trabalhadores da construção civil, com vínculo empregatício, usuários de um hospital universitário. A partir dos objetivos específicos, pôde-se identificar o número de usuários trabalhadores acidentados, conhecer as causas registradas dos acidentes e compreender a relação trabalho/acidente dos referidos trabalhadores, revelando o que é proposto pela política de saúde, como também pelos programas de saúde do trabalhador e especificamente o Programa de Acidentes do Trabalho. O método utilizado para a realização do presente estudo foi o hermenêutico-dialético. Na pesquisa de campo, utilizou-se, tanto a abordagem quantitativa, quanto a qualitativa, visto que elas se complementam na busca do entendimento da problemática pesquisada. Na abordagem quantitativa, utilizou-se como material as bases de dados coletadas junto às Comunicações de Acidente do Trabalho (CATs). Já na abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas com os sujeitos colaboradores. Foi realizada pesquisa documental na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, na Agência da Previdência Social, na Delegacia Regional do Trabalho e no Sindicato de Trabalhadores da Construção Civil. Verificou-se que, para haver maior efetivação do trabalho nesse segmento, há necessidade de integralidade de ações entre as instituições públicas que atendem a esta demanda. As intervenções realizadas pelo assistente social, diante dos usuários atendidos no programa, estão voltadas ao projeto ético-político da profissão, numa dimensão de universalidade, particularidade e integralidade. Há muito o que fazer, visto que os trabalhadores estão distantes de conhecer plenamente seus direitos enquanto sujeitos sociais e históricos.

Palavras-chave: Acidentes do trabalho. direitos sociais. serviço social. trabalho profissional. Trabalho.

SILVA, Cátia. **Work accident at the civil construction in Uberaba/MG: a space of “(de)construction” of the human being.** 2008. 234 p. Dissertation (Social Work Mastership) - Faculty of History, Law and Social Work, State University São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008

ABSTRACT

This work aims at describing the work accident at the Civil Construction in Uberaba/Minas Gerais: a space of “(de)construction” of the human being, seen and recorded at Universidade Federal do Triângulo Mineiro. This research contextualizes the historical trajectory of Uberaba, the Universidade Federal do Triângulo Mineiro and the Social Work Department at this University. It approaches the totality of the public Brazilian politics, focusing Health Politics, worker health and work accidents, as well as the demands of the user population in the Program of Work Accidents. Therefore, it has as a goal to know the work accidents recorded among the workers of the Civil Construction, with permanent employment, users of a university hospital. From the specific objectives, it was possible to identify the number of work users who had had accident, know the accident causes recorded and understand the relation work/accident of the mentioned workers, concluding what is proposed by the health politics, as well as the worker health programs and, specifically, the Work Accidents Program. Method used to carry this study on was the hermeneutic-dialectic. At field research it was used both quantitative and qualitative analyses, since they complement each other when searching for the understanding of the problem researched. At quantitative analysis it was used the database collected in the Communication of Work Accident (CATs). At quantitative ones, we carried on interviews with collaborating subjects. A documental research was carried out at Universidade Federal do Triângulo Mineiro, at the Social Welfare Agency, Regional Labour Department and Labours Syndicate of Civil Construction. It was verified that, in order to have more validation of the work in this segment, there is the need for action integration among the public institutions, which assist this demand. Interventions carried out by the social worker, for the users assisted on the program, are faced to the ethical-political project of the profession, in the dimension of the universality, particularity and integrality. There is a lot to do, since the workers are far away from entirely knowing their rights as social and historical subjects.

Key words: work accidents. Social rights. Social Work. Professional work. Labour.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Municípios que compõem a Macrorregião do Triângulo Sul.....	44
Quadro 2 - Atendimentos / Procedimentos da UFTM em 2006 e 2007	61
Quadro 3 - Modelos de Gestão Plena de Saúde	111
Quadro 4 - Relação de NOB e NOAS/SUS de 1991 a 2002.....	114
Quadro 5 - Acidentes do trabalho registrados no Brasil e Minas Gerais.....	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição Segundo a Emissão da CAT	135
Tabela 2 - Distribuição dos Acidentados por Faixa Etária.....	136
Tabela 3 - Distribuição dos Acidentados por Estado Civil.....	136
Tabela 4 - Distribuição dos Acidentados por Escolaridade.....	136
Tabela 5 - Distribuição dos Acidentados Segundo Remuneração Recebida.....	137
Tabela 6 - Distribuição Segundo o Local de Ocorrência do Acidente	138
Tabela 7 - Distribuição Segundo os Municípios de Ocorrência dos Acidentes.....	138
Tabela 8 - Distribuição segundo a ocupação dos acidentados.....	139
Tabela 9 - Distribuição dos Acidentados Segundo Necessidade Internação.....	139
Tabela 10 - Distribuição Segundo o Agente Causador do Acidente	140
Tabela 11 - Distribuição Segundo a Parte do Corpo Atingida na Ocorrência do Acidente do Trabalho.....	141

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Acidentes do Trabalho Registrados no Brasil em 2004	128
Gráfico 2 - Acidentes do Trabalho Registrados na Região Sudeste e em Minas Gerais em 2004.....	128
Gráfico 3 - Distribuição Segundo Número de Atendimentos de Acidentados em 2006.....	134
Gráfico 4 - Distribuição Segundo o Tipo de CAT	134
Gráfico 5 - Distribuição de Trabalhadores Segundo o Sexo.....	135
Gráfico 6 - Distribuição segundo o tipo de ocorrência de acidente	137

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Região Sudeste – Estado de Minas Gerais em 2000.....	27
Ilustração 2 - Centro da cidade de Uberaba em 1890	30
Ilustração 3 - Praça Rui Barbosa em 1905 (Inauguração da Luz Elétrica)	31
Ilustração 4 - Praça Rui Barbosa em 1926	31
Ilustração 5 - Rua do Comércio, atual Rua Artur Machado, de 1885 a 1899.....	32
Ilustração 6 - Praça Rui Barbosa, em 1908	33
Ilustração 7 - Grupo Escolar Brasil em 1909 / Primeira escola do município.....	34
Ilustração 8 - Rua Segismundo Mendes, em 1929	34
Ilustração 9 - Estação Férrea de Uberaba em 1930.....	35
Ilustração 10 - Hotel do Comércio em 1930	35
Ilustração 11 - Praça Rui Barbosa em 1932	36
Ilustração 12 - Centro da Cidade em 1958	36
Ilustração 13 - Vista Parcial de Uberaba em fevereiro de 2008	37
Ilustração 14 - Igreja de Santa Rita, em 2006.....	38
Ilustração 15 - Igreja Catedral de Uberaba em 2000	39
Ilustração 16 - Igreja Nossa Senhora da Abadia em 1996	39
Ilustração 17 - Igreja Medalha Milagrosa em 1996.....	40
Ilustração 18 - Colégio Marista Diocesano, em 1960.....	41
Ilustração 19 - Parque de Exposição Fernando Costa em maio de 2008.....	41
Ilustração 20 - Peirópolis – Sítio Paleontológico.....	42
Ilustração 21 - Parque de Exposição Fernando Costa durante a Expozebu 2008.....	42
Ilustração 22 - Santa Casa de Misericórdia na década de 1970	49
Ilustração 23 - Assinatura da Federalização da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba na década de 1960.....	51
Ilustração 24 - Vista aérea da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em 2004.....	52
Ilustração 25 - Antiga Santa Casa de Misericórdia em Uberaba.....	54
Ilustração 26 - Central de Idiomas Modernos (CIM) da UFTM	56
Ilustração 27 - Clínica Civil	57
Ilustração 28 - Hemocentro Regional de Uberaba	57
Ilustração 29 - Biblioteca Frei Eugênio	58
Ilustração 30 - Centro de Reabilitação Dr. Fausto da Cunha de Oliveira	59

Ilustração 31 - Centro Educacional e Administrativo da UFTM.....	59
Ilustração 32 - Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da UFTM, em 2008.....	60
Ilustração 33 - Complexo Hospitalar e Ambulatorial da UFTM / Biblioteca e Centro Educacional e Administrativo.....	62
Ilustração 34 - Ambulatório Central “Maria da Glória”	65
Ilustração 35 - Oswaldo Cruz.....	84
Ilustração 36 - Charge sobre a revolta da vacina	85
Ilustração 37 - Carlos Chagas	86
Ilustração 38 - Getúlio Vargas.....	92

LISTA DE SIGLAS

ABCZ	Associação Brasileira de Criadores de Zebu
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMIGO	Ambulatório de Moléstias Infecciosas de Ginecologia e Obstetrícia
AT	Acidente do trabalho
CANASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAP's	Centro de Atenção Psicossocial
CAP's	Centro de Atenção Psicossocial ao dependente químico
CARESAMI	Centro de Atendimento e Reeducação Social do Adolescente e Menor Infrator
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEA	Centro Educacional e Administrativo
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEFORES	Centro de Formação Especial em Saúde
CEJU	Centro de Estudos da Juventude
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CGT	Comando Geral dos Trabalhadores
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIM	Central de Idiomas Modernos
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho

CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CNAE	Cadastro Nacional de Atividade Econômica
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores de Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CR	Central de Regulação
CRIA	Centro de Referência a Infância e Adolescência
CRIJU	Centro de Referência à Infância e Juventude
CTA	Centro de Testagem Anônima
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho.
DOU	Diário Oficial da União
DRTE	Delegacia Regional do Trabalho e Emprego
DSST	Divisão de Segurança e Saúde do Trabalhador
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EPAMIG	Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAZU	Faculdade de Agronomia e Zootecnia de Uberaba
FMC	Food Machinery Corporation
FMTM	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde

FUNEP	Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba
FUNRURAL	Fundação de Assistência ao Trabalhador Rural
GEISAT	Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
HE	Hospital Escola
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPETEL	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores e Transportadores de Carga
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões de Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPC	Índice de Potencial de Consumo
JCJ	Junta de Conciliação e Julgamento
JK	Juscelino Kubitschek de Oliveira
LBA	Legião da Boa Vontade
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MP	Ministério Público
MPF	Ministério Público Federal
MPS	Ministério da Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora

NUVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PAB	Piso da Atenção Básica
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIAT	Programa Integrado de Assistência ao Acidente do Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PLANO SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROEXTE/MEC	Programa de Extensão do Ministério da Educação e Cultura
PSF	Programa de Saúde da Família
PUA	Pacto de Unidade e Ação
SAA	Serviço de Admissão e Alta
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SBMT	Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAM	Sistema de Informação dos Agravos Notificados
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UIH	Unidade de Infecção Hospitalar
UNIUBE	Universidade de Uberaba
URS	Unidade Regional de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTR	Unidade de Terapia Renal
VT	Vara do Trabalho

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 UNIVERSO DA PESQUISA	26
1.1 O município de Uberaba/MG	26
1.1.1 <i>Origem e trajetória histórica de Uberaba.....</i>	26
1.1.2 <i>Uberaba na Atualidade</i>	37
1.2 Universidade Federal do Triângulo Mineiro – trajetória história até a atualidade... 48	
1.2.1 <i>Santa Casa de Misericórdia de Uberaba – o marco inicial da saúde</i>	48
1.2.2 <i>Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro</i>	51
1.3 Hospital Escola: ênfase no Ambulatório	62
1.3.1 <i>Setor de Serviço Social – da implantação até a atualidade</i>	66
CAPÍTULO 2 POLÍTICA DE SAÚDE – O APORTE TEÓRICO	82
2.1 Política de Saúde: contextualização histórica	82
2.2 Lei Orgânica da Previdência Social e trajetória da saúde no Brasil até atualidade..... 98	
2.3 Programa de Acidentes do Trabalho..... 119	
2.4 Caracterização dos sujeitos da pesquisa..... 127	
CAPÍTULO 3 ACIDENTES DO TRABALHO – O OBJETO DA PESQUISA..... 143	
3.1 Definições e teorias explicativas dos Acidentes do Trabalho..... 143	
3.2 Contextualização Histórica dos Acidentes do Trabalho	152
3.3 Dimensões da Saúde do Trabalhador e instâncias responsáveis – efetivação de direitos	177
3.3.1 <i>Ministério da Saúde / Sistema Único de Saúde – saúde direito de todos</i>	181
3.3.2 <i>Ministério da Previdência Social – direitos sociais.....</i>	186
3.3.3 <i>Ministério do Trabalho e Emprego – o emprego formal.....</i>	189
3.3.4 <i>O Sindicato Profissional do trabalhador</i>	191
3.4 Instâncias de defesa e de garantia dos direitos dos trabalhadores	194
3.4.1 <i>Justiça do Trabalho</i>	194
3.4.2 <i>Ministério Público</i>	195
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 198	
REFERÊNCIAS	206
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de esclarecimento..... 216	
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre, após esclarecimento	217
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista..... 218	
APÊNDICE D – Súmula Curricular..... 219	
ANEXOS	
ANEXO A – Unidades de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde - Uberaba... 223	
ANEXO B – IDH-M de cidades do Estado de Minas Gerais..... 224	
ANEXO C – Normas Regulamentadoras – NR	225
ANEXO D – Lei Eloy Chaves	227
ANEXO E – Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT	233

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo deste trabalho foi o acidente do trabalho na construção civil, em Uberaba/MG. Estudos teóricos realizados mostram que os acidentes do trabalho, na construção civil, têm índices alarmantes em todo o Brasil. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em média cinco mil pessoas morrem, por dia, em decorrência da negligência das empresas capitalistas, que abusam na exploração e não investem na segurança nos ambientes de trabalho. Neste sentido,

"Na atualidade, as rápidas mudanças tecnológicas e uma economia que se globaliza a passos gigantescos apresentam novos desafios e geram pressões sem precedentes em todos os âmbitos do mundo do trabalho", avalia o diretor-geral da OIT, Juan Somavia. O órgão ligado a Organizações das Nações Unidas (ONU) estima que o custo direto e indireto de acidentes e doenças do trabalho possa chegar a 4% do Produto Interno Bruto (PIB) do mundo, ou seja, US\$ 1,25 bilhão. (HASHIZUME, 2008, online, destaque do autor).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), cerca de 500 mil trabalhadores foram vítimas de acidentes do trabalho em 2007, resultando em 2.708 mortes. No entanto, estes números não refletem a realidade, uma vez que o próprio INSS estima que somente 20% dos casos são notificados através da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT).

A temática surgiu do interesse em aprofundar o conhecimento profissional, pelo fato de o trabalho profissional da pesquisadora desenvolver-se no Programa de Acidentes do Trabalho, o qual atende os trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no município de Uberaba, no estado de Minas Gerais, onde é acolhido e são veiculadas informações sobre os direitos sociais: trabalhistas e previdenciários, assim como é realizado o preenchimento do laudo médico da Comunicação de Acidente do Trabalho e se faz o procedimento do encaminhamento do trabalhador para registro e cadastro da CAT na Agência da Previdência Social, ao Ministério do Trabalho e ao Sindicato Profissional da categoria correspondente. O atendimento também é extensivo aos familiares, empregadores e outros representantes do trabalhador.

O recorte da pesquisa é decorrente de dados coletados através de pesquisas quantitativas realizadas, nas quais ficou evidente a prevalência de acidentes com trabalhadores que desempenham suas funções na área da construção civil, atendidos no complexo hospitalar da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Dentro dessa perspectiva, a política nacional de saúde do trabalhador, enquanto parte da política para o setor de saúde, está submetida a um ciclo real e concreto de forças sociais, cuja expressão se intensifica na dinâmica de vários acontecimentos presentes na relação Estado e sociedade civil.

Através dos dados obtidos pela pesquisa quantitativa realizada no Ambulatório “Maria da Glória”, despertou o interesse em desvelar a realidade social vivenciada, a política de saúde e sua relação com a política de saúde do trabalhador e com os princípios e diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com o que explicita a Constituição Federal de 1988 (CF/88) que prevê a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização e a melhoria da qualidade dos serviços, com a efetivação do modelo assistencial pautado na integralidade, resolutividade e equidade das ações.

Nesta perspectiva, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu § 3º, expressa:

[...] entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância 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, abrangendo:

I – Assistência ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.

Na mesma direção, a Lei n. 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, inclusive usuários da saúde e trabalhadores, criando as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, conforme o art. 1º.

Para garantir os direitos do trabalhador quando acidentado, em 24 de junho de 1991, entrou em vigor a Lei n. 8.213 que, inicialmente, foi regulamentada pelo Decreto n. 357, de 7 de dezembro de 1991, posteriormente revogado pelo Decreto n. 611, de 21/07/1992 (Plano de Benefícios da Previdência Social). Com fundamentação legal, na Portaria GM, n. 5051/1999, considera acidente do trabalho os seguintes eventos:

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Essa Lei n. 8.213/91 determina, no seu artigo 22, que:

A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

A empresa é obrigada a informar, à Previdência Social, acidentes de trabalho ocorridos com seus funcionários, mesmo que não haja afastamento das atividades, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Em caso de morte, a comunicação deve ser imediata. A empresa que não informar acidentes de trabalho está sujeita a multa.

Na mesma direção, o SUS foi institucionalizado objetivando uma integralização de ações e serviços públicos de saúde, constituindo um sistema único e integrado, regionalizado e hierarquizado, para descentralização de políticas. Sendo assim, é de suma importância conhecer tais políticas setoriais e analisar cada segmento com uma visão de totalidade, sem esquecer de suas especificidades, visando alcançar o atendimento integralizado e universal.

Portanto, buscou-se conhecer e compreender a amplitude da política de saúde do trabalhador em todas as suas instâncias, o que apresentou, como característica marcante, a fragmentação das responsabilidades e a ausência de integralidade de ações.

No que se refere à formulação e execução de políticas econômicas e sociais, o Estado deve ser capaz de prover a redução do risco de doença e de outros agravos, principalmente à saúde do trabalhador e o acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Buscando rebater, na presente pesquisa, os questionamentos referente ao trabalho profissional no Ambulatório “Maria da Glória” é que se direcionou como objetivo geral, conhecer os acidentes do trabalho registrados, entre os trabalhadores da construção civil, com vínculo empregatício, usuários de um hospital universitário. Tais questionamentos remontaram aos seguintes objetivos específicos: verificar o número de usuários trabalhadores acidentados; identificar as causas registradas nas CATs, compreender e identificar a relação trabalho/acidente.

Nesta pesquisa, o método foi respaldado na hermenêutica-dialética que, no âmbito do Serviço Social, possibilita uma análise crítico-reflexiva das falas e dos textos escritos, buscando elementos conflitantes entre os fatos, explicando uma nova situação decorrente desse conflito, através do que pode ser explicado e interpretado diante da compreensão humana. Tal método proporcionou uma visão da totalidade vislumbrando as relações sociais e

os atores sociais inseridos, contraposição e contradição de idéias, que culminaram com outras idéias. Entendendo o homem como um agente social que influencia e é influenciado pela estrutura social, dotado de percepções peculiares da realidade que permitem uma interpretação própria da sua realidade.

Frente ao exposto, para (MINAYO, 2004),

Uma análise hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, levando em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter, simultaneamente, interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das idéias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações.

Dessa forma, o trabalhador é considerado dentro do contexto de suas relações sociais, onde são contraditórios os fatos e as situações apresentadas na relação capital-trabalho. Dentro dessa perspectiva é que se vislumbrou pesquisar os trabalhadores acidentados, atendidos no Programa de Acidentes do Trabalho da UFTM.

Para tanto, o cenário em que se desenvolveu a pesquisa foi Uberaba, e o seu universo referiu-se ao Programa de Acidentes do Trabalho da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, na cidade de Uberaba, estado de Minas Gerais.

Para atingir os objetivos da pesquisa de forma mais completa, além da pesquisa quantitativa que apresentou informações provenientes das Comunicações de Acidentes do Trabalho, para conhecimento da realidade dos acidentes do trabalho atendidos neste contexto, utilizou-se da pesquisa qualitativa que, para (CHIZZOTTI, 1991, p. 104), “[...] pesquisa qualitativa objetiva, em geral, provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar os meios e estratégias de resolvê-los.”

Portanto, a construção desta pesquisa teve uma abordagem quantitativa e qualitativa que poderá mostrar uma relação entre a qualidade no desenvolver dos atendimentos e a exatidão dos dados objetivados pela instituição.

Para Goldenberg (2005, p. 62): “A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular.”

Dentro dessa perspectiva, buscou-se integrar os dados obtidos na pesquisa quantitativa, com os obtidos na qualitativa, aprofundando os seus significados e o seu entendimento.

Ao contrário do que parece, nada têm de opostas, pois, como afirmou Martinelli (1999, p. 27), “[...] a relação entre pesquisa quantitativa e qualitativa não é o de oposição, mas, de complementaridade e de articulação.”

Nesta perspectiva, buscou-se integrar ou complementar os dados obtidos da pesquisa quantitativa com o cruzamento ou reiteração dos dados da pesquisa qualitativa, garantido a sua cientificidade.

Utilizou-se a pesquisa bibliográfica, e, como instrumental, a revisão literária que possibilitou uma visão de totalidade dos fenômenos pesquisados.

Trabalhos de revisão, são estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da-arte sobre um tópico específico, evidenciando novas idéias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada. Assim, a consulta de um trabalho de revisão propicia ao pesquisador tomar consciência, em uma única fonte, do que ocorreu ou está ocorrendo periodicamente no campo estudado, podendo substituir uma série de outros trabalhos. As revisões podem também contribuir com sugestões de idéias para o desenvolvimento de novos projetos de pesquisa. Ao lado de bibliografias especializadas, índices e *abstracts* servem como fontes na identificação de trabalho de interesse do pesquisador (NORONHA; FERREIRA, 2000 apud BOAVENTURA, 2004, p. 46).

Em um segundo momento, utilizou-se de pesquisa documental, que possibilitou a análise de documentos os quais apontaram informações diretas sobre o objeto pesquisado, que, segundo Pádua (2004, p. 68):

É aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não-fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências; além das fontes primárias, os documentos propriamente ditos, utilizam-se as fontes chamadas secundárias, como dados estatísticos, elaborados por institutos especializados e considerados confiáveis para a realização da pesquisa.

Posteriormente, realizou-se a pesquisa de campo, o que, segundo Marsiglia (2001, p. 31), “[...] além de registrar as informações obtidas através de entrevistas, questionários, observações e até mesmo documentos e produção bibliográfica, devem fazer anotações de tudo o que acontece no trabalho de campo.” Optando-se em utilizar um instrumental que valorizasse os sentimentos,

as emoções, as experiências realmente vivenciadas, as expectativas, os medos, os anseios, permitindo aprofundar o universo dos significados.

Nesta perspectiva, a pesquisa teve como amostragem dois sujeitos, os quais no presente estudo serão tratados como colaboradores, escolhidos por meio de amostra intencional, que, segundo Marsiglia (2001, p. 25), são “[...] usadas quando o pesquisador quer obter a opinião de certas pessoas, não necessariamente representativas do universo todo, mas de parte dele.”, entre trabalhadores da construção civil atendidos no programa, sendo um deles com mais de vinte (20) anos de trabalho, e outro, com menos de um (1) ano de trabalho nesta área. Eles foram identificados como sujeitos colaboradores, com nomes fictícios, para preservar as identidades dos mesmos, conforme preconiza as normas éticas descritas na Resolução 196/96. Os nomes escolhidos foram dos equipamentos de trabalho com os quais se acidentaram, sendo eles: maquina e serra circular, que simbolicamente desconstruíram seu trabalho.

Ainda atendendo ao que determina a Resolução 196/96, foram explicados para os sujeitos colaboradores os objetivos da pesquisa e esclarecidas as dúvidas que surgiram. Foram também utilizados os termos de esclarecimento e consentimento livre, com assinaturas de autorização para participação, assim como consentidas as gravações de suas falas.

Para a coleta dos dados, utilizou-se, como instrumento, a entrevista, que, segundo Minayo (2004, p. 107), se for “[...] tomada no sentido restrito de comunicação verbal, e no sentido restrito, de colheita de informações sobre determinado tema científico – é a mais usada no processo de trabalho de campo.”, como forma de conhecer e aproximar da realidade vista pelo sujeito em relação à instituição, colaborando para uma visão de totalidade diante dos limites desta instituição, como, também, a expectativa dos usuários colaboradores.

O tipo de entrevista realizada foi a de forma semi-estruturada, a qual, segundo Minayo (2004, p. 108), “[...] combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.” As entrevistas foram realizadas em locais que asseguraram o sigilo das informações e de acordo com a disponibilidade e consentimento dos sujeitos - colaboradores. Utilizou-se, para realização das entrevistas, a técnica do gravador, devido à necessidade de registrar as falas dos colaboradores na íntegra, com todas as suas expressões e significados ocultos. Posteriormente, as falas dos sujeitos foram transcritas e divididas em categorias para análise das falas. Ao ser realizada a análise e transcrição da fala dos entrevistados, garantiu-se maior fidelidade aos depoimentos.

Para a concretização dessa pesquisa, o referido trabalho foi pensado e construído da seguinte forma estética: a princípio, a “Introdução”, que caracteriza-se como considerações iniciais, em que se realiza a apresentação do estudo para melhor compreensão do leitor diante do conteúdo do trabalho.

Logo após, encontra-se o lócus da pesquisa propriamente dita, dividido em três capítulos. No Capítulo um (1), Universo da Pesquisa, apresenta-se o município de Uberaba, discorrendo sobre a origem e a trajetória histórica da cidade, até a atualidade; sobre a Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sua trajetória histórica; a Santa Casa de Misericórdia, sendo o marco inicial da saúde, em Uberaba, e sua transformação em Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, o Hospital Escola (HE), com ênfase para o Ambulatório Maria da Glória e sobre o Setor de Serviço Social.

No Capítulo dois (2), descreve-se sobre a política de saúde – o aporte teórico, com sua contextualização histórica, a realidade brasileira no contexto da política de saúde, o processo histórico da saúde no Brasil, dando ênfase ao movimento da reforma sanitária, e, por conseguinte, abordando o SUS, a política de saúde no atual contexto, abrangendo o neoliberalismo, o pacto pela saúde, que caracteriza o atual modelo de saúde pública vigente. Finalmente, apresenta-se o Programa de Acidentes do Trabalho.

No Capítulo três (3), aborda-se o objeto da pesquisa – acidentes do trabalho com suas definições, teorias explicativas e sua contextualização histórica. Aborda, também, as dimensões da saúde do trabalhador e instâncias responsáveis, com destaque para o Ministério da Saúde/ SUS, que é o primeiro local de atendimento do trabalhador acidentado, em seguida, Ministério da Previdência Social, e Agências da Previdência Social, através do INSS, Ministério do Trabalho e Emprego, através das Delegacias Regionais do Trabalho e os Sindicatos Profissionais dos trabalhadores, de acordo com a categoria correspondente. Ainda coloca-se sobre as instâncias de defesa e de garantia dos direitos dos trabalhadores, e para tanto é apresentada a Justiça do Trabalho e o Ministério Público.

Logo após, encontram-se as “Considerações Finais” acerca do estudo proposto, expondo a análise crítico-reflexiva em conformidade com os objetivos propostos.

Nesta perspectiva, pretende-se mostrar, para início desta pesquisa, o espaço/ cenário, ou seja, o Universo em que se desenvolveu a mesma, passando pela contextualização histórica do município de Uberaba até a conjuntura da instituição Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

CAPÍTULO 1 UNIVERSO DA PESQUISA

1.1 O município de Uberaba / MG

1.1.1 Origem e trajetória histórica de Uberaba

Para a apresentação desta pesquisa, faz-se necessário descrever o cenário de pesquisa, a cidade de Uberaba localizada no estado de Minas Gerais e tecer algumas considerações sobre sua trajetória histórica.

Para conhecer uma cidade, não basta ter acesso às suas estatísticas socioeconômicas. Torna-se relevante que se contextualize o espaço onde se realizou o estudo, há necessidade de compreender sua história, cultura, tradições, a descrição de seu caminho percorrido, seus aspectos políticos, econômicos e sociais. É o que se pretende apresentar, contextualizando o Município desde o seu surgimento.

O município de Uberaba situa-se na microrregião do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais¹, com latitude sul 19° 45'27", em posição estratégica, equidistante 500 km de Belo Horizonte, São Paulo, Brasília e Goiânia, principais centros consumidores do Brasil, tornando-se importante pólo. De acordo com dados fornecidos pelo IBGE, referentes ao censo de 2006, a cidade ocupa 256 km² de área urbana, 4.284,51 km² de área rural e o total da área física é de 4.540,51 Km².

A localização do município, do ponto de vista geo-econômico, é altamente estratégica em função da equidistância dos grandes centros, posicionando-se como um dos mais importantes mercados consumidores do país. O município é composto pelos bairros rurais: Capelinha do Barreiro, Baixa, Peirópolis, Santa Rosa, Ponte Alta, Barreiro do Eli, Palestina, Itiguapira, São Basílio e Serrinha.

¹ Censo de 2006.



Ilustração 1 – Região Sudeste - Estado de Minas Gerais em 2000

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano (PNDU, [2003], online).

Segundo o IBGE, a população de Uberaba é de 285.094 habitantes. A taxa média de crescimento anual da população é de 1,96% (está em 7º lugar na classificação de municípios mais populosos de Minas Gerais), 96,9% da população encontra-se alocada no perímetro urbano e 3,1 % na zona rural.

Historicamente, o povoado de Uberaba teve início em 1812, com a migração de famílias de fazendeiros do Arraial² do Desemboque, vindos à procura de novas pastagens e terras férteis. Estes primeiros colonizadores estavam fugindo da decadência da exploração aurífera³ no Desemboque⁴.

Uberaba teve sua origem na ocupação do Triângulo Mineiro, que ficou sob a jurisdição de Goiás até 1816, quando a região começou a ter importância por consistir em uma das metas administrativas da Coroa Portuguesa a abertura de uma estrada que ligasse as Capitanias de São Paulo e Minas Gerais. A missão ficou a cargo de Bartolomeu Bueno da Silva Filho (filho de Anhanguera). A Expedição⁵ tinha 62 componentes, dentre os quais 20 índios carregadores, três religiosos e 39 cavalos. Ela partiu de São Paulo pelos rios Atibaia, Camanducaia, Moji-Guaçu, Rio Grande, Rio das Velhas, penetrando em Goiás pelo Corumbá (LOPES, 1987).

Segundo alguns relatos da época, a expedição passou por terras de Uberaba. Esta rota ficou conhecida como Estrada Real ou Anhanguera que consistia em um importante caminho

² Aldeia, acampamento, povoado, vilarejo

³ Que contém ou produz ouro.

⁴ Local em que o rio desemboca .

⁵ Campanha, empreitada

para que as autoridades portuguesas implementassem a colonização, a produção e escoamento dos minerais preciosos. Na verdade, a maioria das riquezas do Brasil foi levada para Portugal e utilizadas para o pagamento de suas dívidas com a Inglaterra (COUTINHO, 2000).

Com a colonização da região de Uberaba, no século XIX, os garimpeiros do Desemboque começaram a se expandir pelos sertões devido ao esgotamento das minas de ouro.

O lugar escolhido foi as margens da estrada do Anhanguera, onde as primeiras atividades econômicas se caracterizaram pela agricultura de subsistência da sua população e o abastecimento das tropas que ali passavam. Segundo Sampaio (2001, p. 137):

A mineralogia era pouco conhecida e menos explorada no primeiro Século, no Sertão da Farinha Podre; a não ser a aurífera do julgado do Desemboque, onde se extraíam, mesmo pelos processos ordinários rudimentares, muitas arrobas de ouro. De 1850 em diante, a mineração dos diamantes na Bagagem e Água Suja, bem como em Uberaba, Conceição das Alagoas e Sacramento, tomou grande incremento, principalmente na Bagagem, onde apareceu o célebre diamante Estrela do Sul, fazendo-se dali exportação, considerável dessas pedras preciosas.

A colonização da região aumentou, quando os garimpeiros começaram a se espalhar pelos sertões, em razão do esgotamento do ouro que exploravam. Acrescentava-se ao fato, também, que outros fazendeiros e aventureiros passaram a produzir e comercializar com as caravanas que ligavam Goiás a São Paulo.

Neste contexto, outra estrada mais a Oeste foi aberta em 1736, passando por terras de Araxá em direção à Vila Boa, denominada Picada de Goiás. Diante disso, o governo de Goiás viabilizou a segurança das estradas e por isso, nomeou, em 1742, o Coronel Antônio Pires de Campos para policiar, amansar e até mesmo exterminar os homens considerados selvagens, rebeldes: fato constatado com a matança dos Caiapós.

Em 1766, foi criado o Julgado de Nossa Senhora do Desterro do Desemboque, sob a administração de Goiás, local rico em minas auríferas e de intensa exploração. A posse desse Arraial, por Goiás, foi vantajosa para os moradores, pois estavam livres do pagamento de impostos sobre minerais, denominado "derrama", cobrado em Minas Gerais. Desemboque viveu seu esplendor até 1781, quando as minas auríferas se esgotaram.

Prosseguindo a exploração das terras, o governo de Goiás, para dinamizar a administração dos Sertões, nomeou, pela Portaria de 1809, Antônio Eustáquio da Silva Oliveira (natural de Ouro Preto), para a função de Comandante Regente dos Sertões da Farinha Podre (Triângulo Mineiro) que, em 1810, liderou uma Bandeira até o Rio da Prata,

passando por terras de Uberaba, nomeado, em 1811, por Ato Governamental, Curador de Índios.

Os moradores logo ergueram uma Capela, tendo como oragos⁶, Santo Antônio e São Sebastião, benzida em 1818, pelo padre Hermógenes Cassimiro de Araújo Brunswick, do Desemboque. Assim, foi estabelecido o reconhecimento do povoado pela Igreja. Esta instituição representava prestígios decisórios junto aos governos. Ainda neste período, Uberaba recebeu o nome de Arraial de Santo Antônio da Farinha Podre.

O historiador Sampaio (2001) relata que, no dia dois de março de 1820, foi instalada a Freguesia⁷ de Santo Antônio e São Sebastião de Uberaba, por Decreto de Dom João VI, rei de Portugal, então, residente no Brasil. O ato representou o reconhecimento oficial do povoado perante o Estado e Igreja, definindo os limites de seu território e a abrangência do Cartório Eclesiástico nele instalado.

A elevação de um povoado a freguesia implica, portanto, na sua ascensão a uma condição em que o povoamento e o desenvolvimento social, com a criação do cartório eclesiástico se intensificam; e esta organização irá complementar-se administrativamente quando de elevação à Vila e instalação da Câmara Municipal (CANASSA, 1995, p. 5).

No ano de 1836, o arraial foi elevado a Vila, criando-se o Município de Santo Antônio de Uberaba, passando a ser município independente.

O município cresceu e as terras foram ocupadas, formando-se extensas propriedades, devido ao baixo valor da terra e isenção de impostos sobre elas. Em pouco tempo, reuniu-se seleta população de agricultores, pecuaristas, comerciantes e outros profissionais, o que favoreceu a expansão do município.

Nesta trajetória, em 1840, Uberaba passou a sediar uma Comarca para discutir os processos jurídicos da região. A exploração e o povoamento de todo o Triângulo Mineiro, de modo geral, se fez como em todo o Brasil – Colônia: pelo amansamento e extermínio das populações indígenas e dos negros nos quilombos.

O crescimento populacional de Uberaba, entre 1821 e 1826, foi considerável passando de 1300 para mais de 4000 habitantes. Nesta perspectiva, em 1897, a população era de 8040 habitantes e, em 1908, era de 9186 habitantes (BILHARINHO, 1995, p. 58).

⁶ Santos padroeiros da época.

⁷ Povoação, sob o aspecto eclesiástico.

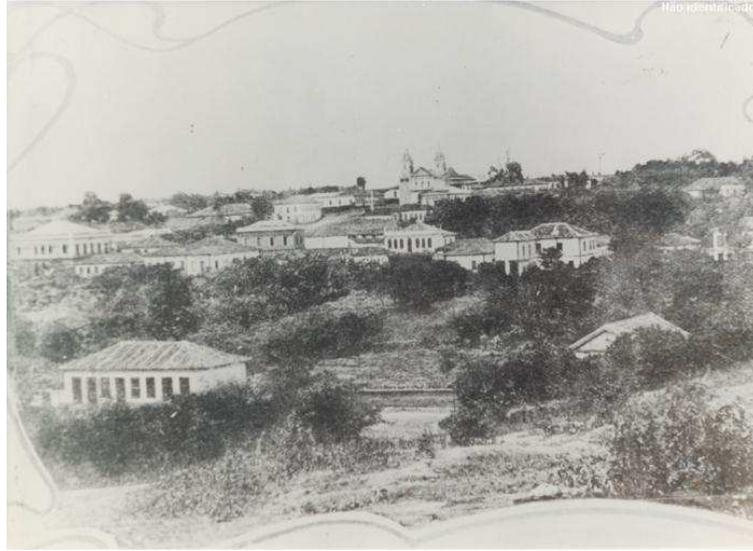


Ilustração 2 – Centro da Cidade de Uberaba em 1890
Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba.

As estradas para Goiás tornaram-se palco de batalhas entre os exploradores dos sertões e os nativos. Outra expedição, chefiada por José Francisco Azevedo, atingiu a cabeceira do Ribeirão Lajeado, fundando o Arraial da Capelinha, a aproximadamente 15 km do Rio Uberaba. Entretanto, este local não se desenvolveu por falta de água e terras férteis, conforme já havia constatado o Major Eustáquio, em visita ao Arraial. Conseqüentemente, o Regente dos Sertões comandou outra Bandeira com 30 homens à procura de novas terras para se estabelecerem. Atingiram o Rio Uberaba e fixaram-se na margem esquerda do Córrego das Lages, onde foi edificada a Chácara da Boa Vista (hoje, Fazenda Experimental da Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais - EPAMIG). Junto com Major Eustáquio, vieram fazendeiros e aventureiros que passaram a produzir e comercializar com as caravanas que ligavam Goiás a São Paulo. Algum tempo depois, Major Eustáquio construiu sua residência na **Praça Rui Barbosa**. As fotos apresentadas, que foram conseguidas no Arquivo Público Municipal estão, em sua maioria, em preto e branco.

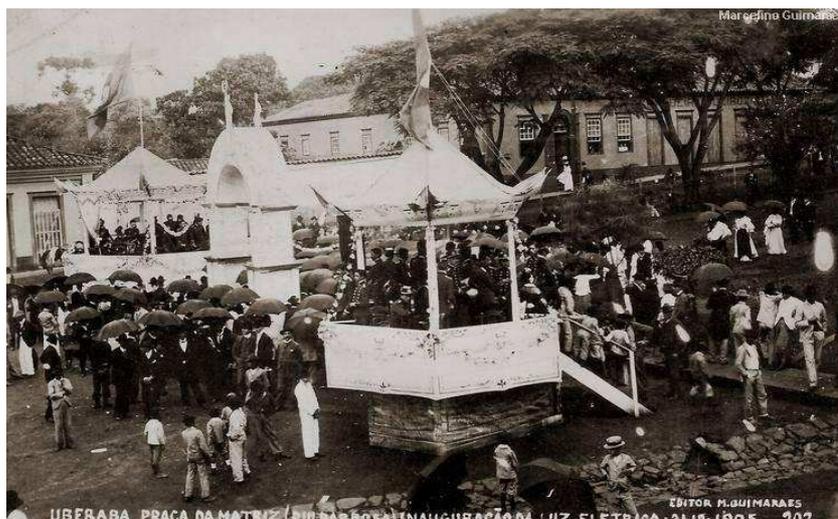


Ilustração 3 – Praça Rui Barbosa, em 1905 (Inauguração da Luz Elétrica)

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba.

Foto: Marcelino Guimarães



Ilustração 4 – Praça Rui Barbosa em 1926

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Sabendo das condições propícias de Uberaba e do prestígio e segurança que o comandante Major Eustáquio oferecia, grande número de pessoas imigraram para o novo Arraial: boiadeiros, mascates, comerciantes, criadores de gado, ferreiros, entre outros.

O Decreto Real de 1820 constituiu um grande avanço para a comunidade. Significou a emancipação e gerência própria em assuntos de ordem civil, militar e religiosa, sendo reconhecida, oficialmente, tanto pela Igreja como pelo Governo Real. A importância regional da Vila de Santo Antônio de Uberaba recebeu o título de Cidade em 1856, tornando-se um importante centro comercial que se expandiu com a inauguração da Estrada de Ferro em 1889,

um acontecimento facilitador da imigração européia para a cidade e do desenvolvimento da pecuária zebuína. Caracterizando a riqueza econômica, na estrutura urbana surgiram requintadas construções no estilo eclético.

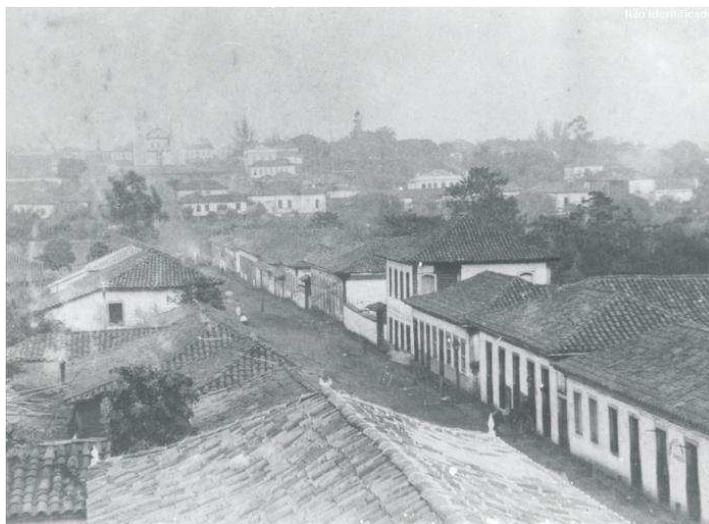


Ilustração 5 – Rua do Comércio, atual Rua Artur Machado, de 1885 a 1899

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Neste sentido, serão abordadas as datas históricas de Uberaba, conforme descritas no Guia Sei de Serviços, Endereços e Informações da cidade, de 2008.

- 01/12/1818 – Criação da Capela
- 02/03/1820 – Criação da Freguesia (data de referência para celebrar “o dia do aniversário da cidade”)
- 22/02/1836 – Criação do Município (emancipação política e administrativa)
- 07/01/1837 – Instalação da Câmara Municipal
- 02/05/1856 – Elevação à Categoria de Cidade (título de honra)

No século XX, a cidade demonstrou um crescimento da agricultura, da pecuária, da indústria e do comércio, atendendo às demandas nos aspectos econômicos, culturais e de serviços essenciais à população. Com o advento da Guerra do Paraguai, Uberaba vê sua atividade comercial ampliada, o município se dedicou à agricultura e à pecuária. Com a pecuária seletiva, importaram reprodutores e matrizes, fazendo surgir a tão famosa pecuária zebuína, até hoje a principal atividade econômica responsável por quase todo o abastecimento de produtos de origem bovina. O investimento na pecuária zebuína possibilitou o desenvolvimento da cidade, incrementando a atividade comercial.

Segundo Coutinho⁸ (2000, p. 5, destaque do autor),

[...] essa rápida ascensão se deu principalmente aos povoadores, “todos geralistas de boas famílias entre os quais não se encontram ociosos” e a posição estratégica de porta de entrada para o sertão do Brasil Central. Uberaba, ao longo de sua história soube desempenhar o papel de centro comercial articulador dos negócios feitos entre o litoral e o sertão; centro irradiador do povoamento de todo triângulo Mineiro e Sul de Goiás; centro cultural do Brasil central; centro defensor do criatório zebuíno e, hoje grande centro produtor de fertilizantes e defensivos agrícolas do país. O pioneirismo de sua gente é reconhecido por quantos analisam sua história, cheia de acontecimentos [...].

Dada a importância histórica de dois de março de 1820, quando a cidade foi elevada a Freguesia, o Município se instituiu oficialmente, comemorando-se, nessa data, o aniversário de Uberaba, hoje com 188 anos.

Na virada do século, com os trilhos do trem atingindo Araguari, com a construção da Ferrovia Oeste Paulista e a construção do Porto Antônio Prado, em Frutal, Uberaba deixou de ser o pólo comercial expressivo que desenvolvera. Os uberabenses partiram, então, para a pecuária seletiva. Importou reprodutores e matrizes da Índia, fazendo surgir a pecuária zebuína do Brasil, atividade econômica que, atualmente, é responsável pela quase totalidade do abastecimento de produtos de origem bovina consumidos e exportados pelo país.

Juntamente com a introdução do Zebu, vieram os imigrantes europeus e asiáticos e, com eles, o desenvolvimento das atividades industriais, agrícolas e comerciais. Uberaba passou a ter boas escolas, boa estrutura urbana e muito progresso.



Ilustração 6 - Praça Rui Barbosa, em 1908

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Foto: Marcelino Guimarães

⁸ Pedro dos Reis Coutinho é pesquisador e historiador do Arquivo Público de Uberaba. Informações obtidas no Boletim Informativo 180 anos de história.

Em 1916, fundou-se o Banco do Brasil. Na década de 1950, implantaram-se as Faculdades de Filosofia, Medicina, Odontologia, Direito, Enfermagem e Engenharia. Mais tarde as Ciências Econômicas, a Zootecnia, seguindo-se a criação da Universidade de Uberaba.



Ilustração 7 – Grupo Escolar Brasil em 1909 / Primeira escola do município
Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba
Foto na forma original sem retoques



Ilustração 8 - Rua Segismundo Mendes, em 1929
Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba



Ilustração 9 – Estação Férrea de Uberaba, em 1930

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba



Ilustração 10 – Hotel do Comércio em 1930

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba



Ilustração 11 – Praça Rui Barbosa, em 1932
Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba



Ilustração 12 – Centro da Cidade em 1958
Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

A partir do ano de 1970, Uberaba, sem diminuir sua importante produção agrícola e pecuária, sem deixar de ter um comércio dinâmico, mantendo seu status de grande centro cultural, parte para a ampliação de seu parque industrial, inclinando-se, particularmente, para a área dos fertilizantes e defensivos agrícolas.

1.1.2 Uberaba na Atualidade

Situada na Micro-Região do Triângulo Mineiro, Estado de Minas Gerais, Uberaba é composta por bairros rurais (Capelinha do Barreiro, Ponte Alta, Baixa, Peirópolis, Santa Rosa, Palestina, entre outros). Sendo sede da região administrativa do Vale do Rio Grande representa um centro comercial dinâmico, uma agricultura produtiva, um parque industrial diversificado e uma planejada estrutura urbana.

O município é responsável por 25% da produção de fertilizantes, contribuindo, assim, para manter e ampliar a instalação de novas empresas, inclusive multinacionais. Devido ao desenvolvimento urbano, é considerada como grande centro regional, com mais de 290.000 habitantes, que promovem o crescimento e o desenvolvimento da cidade.

As fotos ilustrativas utilizadas neste trabalho somente apresentarão cores diferentes de preto e branco a partir da foto inserida a seguir.



Ilustração 13 – Vista Parcial de Uberaba em fevereiro de 2008

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Foto: Fernanda Mendonça

Considera-se importante constatar que, em 2008, Uberaba se destaca no cenário brasileiro por ser um dos maiores centros comerciais, além da agricultura produtiva, um parque industrial diversificado e, também, pela representação religiosa através do espiritismo, pela presença de pessoas que contribuíram com essa doutrina, como o Mèdium Francisco Cândido Xavier e a contribuição do trabalho prestado à sociedade, de personalidades como “Dona Aparecida”, como é

conhecida Aparecida Conceição Ferreira (fundadora do Hospital do Pênfigo⁹, em 30 de agosto de 1957). A cidade é visitada, durante todo o ano, por milhares de seguidores de Chico Xavier, grande líder espírita do Brasil, eleito, em 2000, “O Mineiro do século”, e falecido em 30 de junho de 2002. O espiritismo tem grande influência no município pregando a caridade e o assistencialismo como formas de crescimento espiritual. Tal cultura, de certa forma, prejudica o desenvolvimento da política de assistência social municipal na perspectiva dos direitos sociais.

Uberaba, desde o início da sua história, foi uma cidade religiosa. Buscava grandes manifestações de fé e devoções populares, conforme Padre Thomás de Aquino Prata descreve em seu livro “Memória da Arquidiocese de Uberaba”. A cidade ainda mantém a religiosidade popular. Todos os anos, uma grande multidão participa da festa da padroeira, Nossa Senhora da Abadia e das procissões das diversas paróquias da cidade: São Judas, Santa Luzia, São José, Santa Terezinha e Medalha Milagrosa.



Ilustração 14 – Igreja de Santa Rita, em 2006

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Foto: Marise Romano

⁹ Os pênfigos são doenças que causam o aparecimento de bolhas na pele e, algumas vezes, nas mucosas. Eles têm como característica comum a localização das bolhas na camada mais superficial da pele, a epiderme. Um mecanismo imunológico, de auto-agressão, faz com que anticorpos ataquem a pele, provocando a perda da aderência entre as células da epiderme, causando as bolhas. Existem diferentes tipos de pênfigos. Os dois principais são o Pênfigo Vulgar e o Pênfigo Foliáceo. O Pênfigo Foliáceo tem uma variedade que ocorre no Brasil, na região centro-oeste e nos estados de Minas Gerais, Paraná e São Paulo, conhecida como **Fogo Selvagem**, acomete principalmente adultos jovens e crianças. A doença caracteriza-se pelo aparecimento de bolhas superficiais, que confluem e rompem-se facilmente, deixando a pele erodada (em carne viva) e formando regiões avermelhadas recobertas por escamas e crostas. O Pênfigo Vulgar é o tipo mais grave e aparece, na maioria das vezes em indivíduos com idade entre 30 e 60 anos. Em mais da metade dos casos, começa com lesões dolorosas na mucosa oral, semelhante a aftas. Mais tarde, surgem bolhas na pele contendo líquido límpido, turvo ou sanguíneo, que confluem e rompem-se deixando áreas erodadas, semelhantes a queimaduras, mais profundas que as observadas no Pênfigo Foliáceo.

A população de Uberaba possui uma cultura popular herdada de outras gerações com valores e crenças tradicionais, como: folclore, medicina popular, artesanato, danças, comidas típicas, comemorações religiosas peculiares como as Folias de Reis, do Divino Espírito Santo, Divino Pai Eterno e de São Sebastião.



Ilustração 15 - Igreja Catedral de Uberaba em 2000

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

A arte, nesta região, é bastante diversificada, estando representada através do artesanato e, como cultura popular, destaca-se a capoeira, presente na maioria dos bairros, assim como, o axé, carnaval, festas juninas, e em 15 de agosto, a tradicional Festa da Padroeira Nossa Senhora da Abadia, que é comemorada, anualmente, pela população católica.



Ilustração 16 – Igreja de Nossa Senhora da Abadia, em 1996

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Foto: Fernanda Mendonça

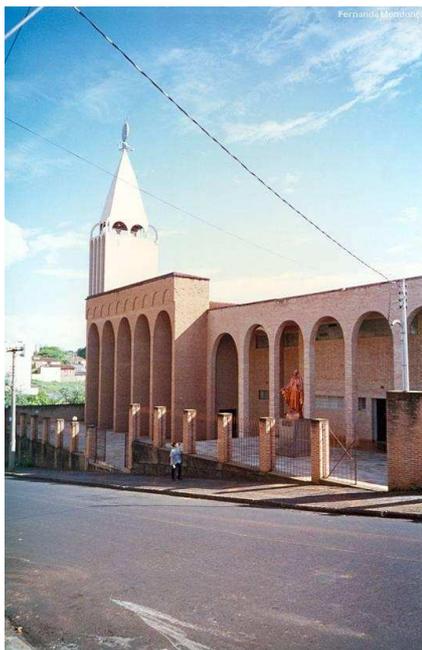


Ilustração 17 – Igreja Medalha Milagrosa em 1996

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Foto: Fernanda Mendonça

Na área da educação, Uberaba é privilegiada. A rede municipal de ensino possui 34 escolas, sendo 9 rurais; 40 escolas estaduais, política educacional pública esta que oferece ensino fundamental e médio. A rede particular conta com 60 escolas, em que são ministrados desde o ensino fundamental, até o ensino médio. A cidade se destaca quanto ao nível superior, pois dispõe de duas Universidades; destacando o reconhecimento da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e da Universidade de Uberaba (UNIUBE); e sete outras faculdades; oferecendo 94 cursos de graduação e 49 cursos de pós-graduação, com cerca de 6.500 alunos matriculados. O nível superior, na cidade, influencia, consideravelmente, na dinâmica do desenvolvimento cultural sócio-econômico da cidade e região por ser um pólo de pesquisa e extensão.



Ilustração 18 – Colégio Marista Diocesano, em 1960
Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Atualmente, a região caracteriza-se por agricultura intensiva, pecuária de elite, de corte e leiteira, agroindústria em franco desenvolvimento, uma ampla rede de comércio e serviços e parque industrial amplo e diversificado. Assim, historicamente, o berço da pecuária do Zebu, Uberaba, hoje com 188 anos, é um pólo industrial com 1005 indústrias, dispondo de 3 (três) Distritos Industriais. Neste sentido, Uberaba ficou reconhecida, nacional e internacionalmente, como a “Capital do Zebu”.

Segundo Mendonça (1974, p.151), “[...] inaugurou-se, estrondosamente em Uberaba em 03 de maio de 1891 a primeira Exportação Agro-Pecuária. Neste contexto, aparecem em público as primeiras raças indianas puras e alguns já cruzados com outros da mesma procedência [...]”



Ilustração 19 - Parque de Exposição Fernando Costa em maio de 2008
Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba
Foto: Fernanda Mendonça

Em relação ao setor turístico, Uberaba tem recebido um número expressivo e crescente de visitantes e turistas com interesse pelo Sítio Paleontológico¹⁰ de Peirópolis, onde são encontrados fósseis de mais de 88 milhões de anos, um museu e várias outras atrações.



Ilustração 20 – Peirópolis – Sítio Paleontológico

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Uma das principais atrações turísticas é a Expozebu¹¹ (maior exposição de gado zebu do mundo), que se realiza, anualmente, no mês de maio, atraindo pessoas e expositores de várias partes do país e do exterior.



Ilustração 21 – Parque de Exposição Fernando Costa durante a Expozebu 2008

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

Foto: Fernanda Mendonça

¹⁰ Paleontologia é a ciência natural que estuda a vida do passado da Terra e o seu desenvolvimento ao longo do tempo geológico, bem como os processos de integração da informação biológica no registro geológico, isto é, a formação dos fósseis. O objeto imediato de estudo da Paleontologia são os fósseis, pois são eles que na atualidade, encerram a informação sobre a vida do passado do Planeta.

¹¹ A Expozebu é a maior feira de pecuária zebuína do mundo, local onde são escolhidos os grandes campeões nacionais das raças zebuínas criadas no Brasil. Há 74 anos são realizadas as feiras nacional e internacional no mês de maio de cada ano.

Neste sentido, por sua importância histórica e toda a conjuntura estrutural, hoje, Uberaba é considerada um dos pólos regionais do Estado nos setores da saúde, sendo referência para 27 municípios credenciados à Gerência Regional de Saúde de Uberaba.

A Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais, em seu Plano Diretor de Regionalização¹² (PDR) 2003/2006, define a macro e micro região e seus respectivos pólos regionais.

Macrorregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde, ambulatoriais e Hospitalares de maior tecnologia: a Alta Complexidade nos termos da Tabela do Ministério da Saúde (MS) – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Pólo Macrorregional: Município da macrorregião que oferecem os serviços de saúde de maior nível de tecnologia e polariza, sobretudo micro regiões de saúde circunvizinhas. Apresenta um nível tecnológico de Alta Complexidade e do Nível do Elenco de Procedimentos Médicos (EPM3) e abrangência macrorregional.

Microrregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção básica e atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e Hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de Alta Complexidade, Caso da Terapia Renal Substitutiva (TRS), conforme tabela MS. Deve ser constituída por uma população de cerca de 150.000 habitantes e mais de um município e apresentarem pelo menos um município com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro, ou seja, de nível tecnológico de média complexidade e abrangência intermunicipal.

Pólo Microrregional: Município que pelo seu nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza os municípios da micro região. Apresenta o nível tecnológico de complexidade do EPM2 e cobertura para a maioria dos municípios circunvizinhos (DUTRA; FACHINELLI, 2003, p. 17).

Assim, podemos destacar Uberaba como cidade pólo da microrregião e cidade pólo da macrorregião do Triângulo Sul, que comporta 27 municípios, conforme PDR 2003/2006, responsável pela divisão do estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões e 75 microrregiões. Para facilitar a compreensão, será especificado, no quadro abaixo, os municípios que compõem a Macrorregião do Triângulo Sul:

¹² O PDR estabelece a divisão do Estado em macrorregiões e microrregiões, com objetivo de levar atendimento ao usuário do SUS o mais próximo possível de sua residência. Uma das metas é disponibilizar 90% dos atendimentos de saúde nas microrregiões.

Microrregião de Araxá	Microrregião de Frutal	Microrregião de Uberaba
Araxá Campos Altos Ibiá Pedrinópolis Perdizes Pratinha Santa Juliana Itapira	Carneirinho Comendador Gomes Fronteira Frutal Itapagipe Iturama Limeira do Oeste Pirajuba Planura São Francisco de Sales União de Minas	Água Comprida Campo Florido Conceição das Alagoas Conquista Delta Sacramento Uberaba Veríssimo

Quadro 1 - Municípios que compõem a Macrorregião do Triângulo Sul

Fonte: Dutra e Fachinelli (2003).

A Gerência Regional de Saúde (GRS) tem exercido um importante papel na definição da macro e microrregional, sendo responsável pela intermediação entre as cidades, facilitando o acesso dos usuários dos serviços públicos de saúde regionais, em que se implantou as Centrais de Regulação (CR) Regionais, para organização, integração e controle dos encaminhamentos de pacientes nos vários níveis de atenção à saúde. Para tanto, estão sendo implantadas as Centrais de Regulação (CR) Regionais, a fim de organizar e integrar os vários níveis de atenção á saúde.

Voltando para a esfera municipal, a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo o serviço público através do Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo ¹³de 42 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), 28 Unidades Básicas de Saúde e 07 na Zona Rural, 02 Unidades Regionais de Saúde, 01 Centro de Referência da Ortopedia Municipal, Centro de Reabilitação; 02 Unidades de Pronto Atendimento; Unidade Regional de Saúde (URS); 02 Ambulatórios Específicos e Ambulatório Odontológico. (Conforme Anexo A).

Nesta perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde está em situação de gestão plena¹⁴, isto é, o município recebe os recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FUNASA), independentemente de termos convênios, estabelecido na Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 e Norma Operacional de Assistência Social (NOAS), 2001.

Vale destacar que Uberaba ainda dispõe de Centro de Atenção Psicossocial (CAP'S) – Paciente Psiquiátrico; Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico (CAP'S D); Centro de Saúde da Mulher; Centro de Testagem Anônima (CTA); de um Sanatório Espírita;

¹³ Informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba – Departamento de Controle e Avaliação.

¹⁴ A rede de unidades prestadoras de serviços estão vinculadas ao gestor municipal, em termos de criar concretude ou por em prática os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde o da descentralização/municipalização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, online)

06 Hospitais Privados com alguns serviços de credenciamento oferecidos pelo SUS, contando com 06 Hospitais integralmente credenciados.

Dentre os hospitais que prestam serviços através do SUS, é o Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, considerado o de maior complexidade e que conta com 264 leitos de internação operacionais e 28 de outros convênios, que o torna referência para os 27 municípios de abrangência da Gerência Regional de Saúde¹⁵.

Referindo-se aos avanços no campo da saúde, Uberaba está prosperando muito nestes aspectos. Já foi implantado o Programa “SUS Fácil”¹⁶ que conta com equipe capacitada e equipada para atender às demandas de internações por meio informatizado, integralizando os municípios e toda a região de Minas Gerais. O Estado será, a partir desta implementação, o regulador e auditor responsável por toda essa estrutura, esse papel deixa de ser desempenhado pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/MG. Foi recentemente implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)¹⁷ que conta com 05 veículos de ambulância, sendo 02 UTI’s móveis de suporte a vida, com todos os equipamentos necessários, e ambulâncias de transporte social¹⁸.

De acordo com o trabalho de Pochmann e Amorim (2003), Uberaba tem mantido níveis de desenvolvimento urbano, econômico, social e humano acima das médias nacionais. As dificuldades enfrentadas pela economia brasileira não pararam o Município. Nos últimos 25 anos, foram feitas, na cidade, várias obras importantes que atenderam antigas reivindicações, geraram empregos e movimentaram a economia.

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento (2004) divulga que a cidade cresce com qualidade de vida. Infra-estrutura básica como água encanada, rede de esgoto, iluminação pública e pavimentação asfáltica atinge quase 100% da população, como se

¹⁵ Gerência Regional de Saúde de Uberaba é o órgão estadual que representa a Secretaria Estadual de Saúde na macroregião de Uberaba, estando constituída por 27 municípios: Água Comprida, Araxá, Carneirinho, Campos Altos, Campo Florido, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Planura, Pratinha, São Francisco de Sales, Sacramento, Santa Juliana, Tapira, Uberaba, União de Minas, Veríssimo.

¹⁶ A Central de Regulação Assistencial pode ser definida como uma estrutura operacional que interposta entre o conjunto da demanda por determinada atenção às ofertas disponíveis, sendo capaz de dar a melhor resposta possível em um dado momento, para um problema assistencial específico. Para cumprir adequadamente o seu papel, o conjunto de Centrais de Regulação Assistencial deve ser organizado em rede informatizada, regionalizada, hierarquizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade deste processo.

¹⁷ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) é um programa que tem por finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. A atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) no Brasil é acompanhada pelo Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

¹⁸ Transporte Social, este serviço disponibiliza modernas ambulâncias pelo 0800.940.0606 para o transporte de pacientes com necessidades especiais, pacientes de hemodiálise, fisioterapia entre outros.

constata nos seguintes dados: água encanada em 99% das residências; rede de esgoto em 98 % das residências; energia elétrica em 99,86% das residências urbanas e 98% das residências rurais; coleta de lixo em 99% dos logradouros urbanos, com 65% dos resíduos sólidos encaminhados para reciclagem; pavimentação asfáltica, no perímetro urbano, em 98% das ruas, praças e avenidas; telefonia, 01 (um) aparelho para cada 2,4 habitantes; automóveis, 01 (um) veículo para cada 3,3 habitantes.

Ainda segundo a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento (2004), a economia da cidade contava, no último levantamento realizado no segundo semestre de 2004, com 925 indústrias, 3.631 estabelecimentos comerciais, 2.136 produtores rurais, 2.542 propriedades rurais e 6.931 prestadores de serviços.

As empresas do pólo químico de Uberaba são as maiores produtoras de adubos fosfatados da América Latina. O pólo abriga a Fosfértil, a Food Machinery Corporation - FMC, a Sipeam Agro e a DuPont, além das maiores misturadoras de fertilizantes do Brasil.

A cidade é a maior produtora de soja e milho de Minas Gerais e representa 50% de toda a produção nacional de sêmen de raças bovinas selecionadas. O setor pecuário é favorecido pelas condições econômicas e pelo elevado nível das pesquisas acadêmicas desenvolvidas pela Faculdade de Agronomia e Zootecnia de Uberaba (FAZU), Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais (EPAMIG) e Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA).

Uberaba aplicou, nos últimos anos, 8% do seu orçamento em habitação, um dos setores que mais receberam investimentos na última década; sendo que o Orçamento do município, em 2007 foi de 442,6 milhões. O fato contribuiu para o surgimento de vários novos bairros, aumentando, significativamente, o emprego no Setor da Construção Civil, que é o objeto de nossa pesquisa.

Segundo dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil¹⁹, referindo-se ao município de Uberaba, no que se refere à caracterização do seu perfil na demografia, quanto à população por situação de domicílio, no período de 1991 a 2000, a população teve uma taxa média de crescimento anual de 2,21%, passando de 208.585, em 1991, para 252.051, em 2000. No contexto estadual, a população do município representava 1,41 % e 0,15% da população do País.

No mesmo período, de 1991 a 2000, a taxa de mortalidade infantil do município diminuiu 33,09%, passando de 26,87 (por mil nascidos vivos) em 1991, para 17,96, em 2000

¹⁹ O Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil é um programa que gera tabelas, gráficos, mapas e relatórios a partir de 125 indicadores sociais e econômicos. (PNUD, [2003], online).

e a esperança de vida, ao nascer, cresceu em 4,96 anos, passando de 68,97, em 1991, para 73,93 anos, em 2000.

Dentro da perspectiva em análise, considerando o hiato do desenvolvimento humano [a distância entre o – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH²⁰) - do município e o limite máximo de IDH, ou seja, 1 – IDH] foi reduzido em 30,0%, no mesmo período.

Referindo-se ao ano de 2000, o IDH de Uberaba é 0,834. Segundo a classificação do PNUD²¹, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8). Em relação aos outros municípios do Brasil, Uberaba apresenta uma situação privilegiada: ocupa a 95ª posição, sendo que 94 municípios (1,7%) estão em situação melhor e 5412 municípios (98,3%), estão em situação pior ou igual. Em relação aos outros municípios do Estado de Minas Gerais, Uberaba apresenta uma situação de destaque: ocupa a 4ª posição, sendo que três municípios (0,4%) estão em situação melhor: o primeiro lugar, para Poços de Caldas, o município mineiro com melhor IDH-M (0,841); a segunda posição, para São Lourenço, com IDH-M (0,839) e a terceira posição, para Belo Horizonte, com IDH-M (0,839). Finalmente, 849 municípios (99,6%) estão em pior situação. (conforme Anexo B)

Quanto aos indicadores de renda, pobreza e desigualdade, de 1991 a 2000, a renda per capita média do município cresceu 43,35%, passando de R\$ 279,32, em 1991, para R\$ 400,00, em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas e /renda familiar per capita inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 37,19%, passando de 19,2%, em 1991, para 12,1%, em 2000. A desigualdade cresceu: o Índice de GINI²² passou de 0,54, em 1991, para 0,57, em 2000.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano, no mesmo período de 1991-2000, o IDH-M de Uberaba cresceu 9,31%, passando de 0,763, em 1991, para 0,834, em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a longevidade, com 38,5%, seguida da educação, com 33,3% e pela renda, com 28,2%.

Neste sentido, outros dados importantes para a análise da qualidade de vida da cidade são os indicadores sociais que integram o Índice de Desenvolvimento Humano, como

²⁰ O IDH é um índice-síntese que procura captar o nível de desenvolvimento humano alcançado por uma localidade, levando em consideração três dimensões básicas: renda, escolaridade e esperança de vida ao nascer. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa de pobreza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros fatores.

²¹ Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento.

²² Índice de GINI, mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. mede o grau de distribuição da renda (ou em alguns casos os gastos com o consumo) entre os indivíduos em uma economia. Medido com referência ao desvio de uma distribuição perfeita, um índice de GINI zero implica em uma perfeita equanimidade na distribuição da renda, enquanto que um índice de 100 implica na perfeita desigualdade.

alfabetização de 95 % da população; 130 estabelecimentos de ensino; 1/318 (1 médico para 318 habitantes); 1/200 (1 leito hospitalar para 200 habitantes) e mortalidade infantil da ordem de 14,9 para 1000 nascimentos. (Secretaria Municipal de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento, 2004).

Uberaba se destaca, no Estado de Minas Gerais, como um dos maiores Índices de Potencial de Consumo (IPCs) e Produto Interno Bruto (PIB) per capita. Segundo a Fundação João Pinheiro (IBGE, 2006). O PIB de Uberaba foi o que mais cresceu em Minas Gerais – 89% - no período de 2000 a 2003, passando de R\$ 2,94 bilhões para R\$ 3,97 bilhões.

Está posta a história de uma terra, desde o Desemboque, a freguesia, até constituir-se uma grande cidade do Estado de Minas Gerais: a notável Uberaba que se projetou com a criação do zebu por um lado e, por outro, com a espiritualidade de Chico Xavier. Hoje, apresenta maior destaque para o comércio e a indústria.

Considerando o objeto de estudo proposto, torna-se imprescindível a apresentação da trajetória histórica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, desde sua fundação até a atualidade para melhor contextualização desta pesquisa.

1.2 Universidade Federal do Triângulo Mineiro - sua trajetória histórica até a atualidade

1.2.1 Santa Casa de Misericórdia de Uberaba – o marco inicial da saúde

A Lei Provincial Mineira n. 148, de 06 de abril de 1839, autorizou as Câmaras Municipais a construirem hospitais de caridade em seus municípios. Baseado nessa autorização, Frei Eugênio Maria de Gênova dirigiu-se à Câmara Municipal, em 1859, com o propósito de criar um hospício de caridade na cidade, para amparo dos doentes desvalidos. Em 1º de fevereiro de 1859, a Câmara Municipal concede a autorização da demarcação do terreno indicado. Frei Eugênio era conhecido, também, pelo expressivo cognome de Padre Mestre foi o maior benfeitor de Uberaba. Seu nome de batismo era João Batista Maberiano, nascido em Onégliã, cidade situada na província de Gênova, a 04 de novembro de 1812.

Frei Eugênio era um reverendo Franciscano. Construiu uma sólida casa, ao lado do hospital, na esquina da Praça Thomaz Ulhoa com a Rua Frei Paulino. Essa construção,

destinada aos serviços administrativos da Santa Casa, serviu-lhe de residência. Esse benemérito Frei faleceu, vítima de angina, aos 59 anos de idade, no dia 15 de junho de 1871. Em março de 1896, tinha início a luta em prol da reconstrução do hospital.

No dia 24 de abril de 1898, soube-se que um dos vereadores viajaria para o Rio de Janeiro, com a finalidade única de conseguir a vinda de algumas irmãs de caridade, indispensáveis ao funcionamento do hospital. Exatamente 27 anos depois da morte de Frei Eugênio, foi, finalmente, aberta a Santa Casa de Misericórdia de Uberaba, no dia 14 de junho de 1898.



Ilustração 22 – Santa Casa de Misericórdia na década de 1970

Fonte: Arquivo Público Municipal de Uberaba

O primeiro estatuto registrado, de autoria do Dr. José de Oliveira Ferreira, com poucas emendas apresentadas pelo tenente coronel Antônio Cesário da Silva e Oliveira, foi aprovado na reunião do dia 27 de julho de 1899. O capítulo primeiro referia-se aos fins da Instituição:

- Art. 1º - “Fica criada nesta cidade uma associação de beneficência pública, que se intitulará Irmandade de Misericórdia.”
- Art. 2º - “É sua missão exclusiva receber e medicar os enfermos de ambos os sexos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, sem distinção de religião ou nacionalidade.”

Neste sentido, naquela época, com base na sua missão, verificou-se que começou a se pensar no assistencialismo e na assistência à saúde de forma universal, sem distinção.

Em 1919, a Diretoria da Santa Casa decidiu construir um novo edifício e, a partir do dia 19 de janeiro, as Irmãs Dominicanas passaram a dirigir os serviços internos do velho hospital, até o dia 19 de fevereiro de 1921, quando o fogo reduziu a cinzas o casarão. O precioso arquivo e quase todo o mobiliário foram destruídos. Salvou-se muito estragado, o retrato de Frei Eugênio. O Provedor, Dr. José Ferreira, havia tomado a iniciativa de promover a construção de uma nova sede para serviços médicos da Santa Casa. Em 17 de outubro de 1922, na residência do coronel Raul Terra, reuniram-se algumas pessoas interessadas, as quais traçaram um plano de ação. O resultado disso foi que, sob a presidência de Leopoldino de Oliveira, a Câmara Municipal promulgou a Lei nº 483, de 06 de março de 1924, concedendo subvenção para a construção do edifício da Santa Casa.

O Dr. José Ferreira, sucessor de Frei Eugênio, na empreitada da consolidação dos trabalhos como coordenador, não mensurava esforços. Solicitou a colaboração de Sociedade de Medicina e das demais entidades de classe. O lançamento da pedra fundamental do novo edifício ocorreu no dia 12 de setembro de 1926.

No dia 25 de março de 1935, inaugurou-se, festivamente, o novo prédio da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba, sendo o segundo prédio do Hospital. Em meados dos anos 1952, já se achava em reforma o prédio da Cadeia Pública. Nele, seria instalada a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. A Santa Casa haveria de tornar-se o hospital da Faculdade. Este fato se concretizou em 1954.

Em 08 de junho de 1967, consumou-se a federalização da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba, tornando-se, assim Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. O ato de criação foi o decreto nº 60.837, de 09 de junho de 1967. O Presidente da República era Artur da Costa e Silva, o Chefe da Casa Civil, Rondon Pacheco, o Ministro da Educação, Tarso Dutra; o Diretor da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro era Alfredo Sabino e o Presidente do Centro Acadêmico “Gaspar Viana”, Mário Guido da Silva Miranda.



Ilustração 23 – Assinatura da Federalização da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba na década de 1960

Fonte: Assessoria de Imprensa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Nessa trajetória, termina a história da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba e toda sua contribuição como marco do surgimento e os avanços da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro.

1.2.2 Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

Visando aproximar do universo da pesquisa, torna-se relevante o conhecimento da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), que é uma Instituição Federal de Ensino Superior, constituída sob a forma de Autarquia em Regime Especial, vinculada ao Ministério da Educação. Foi fundada no dia 27 de abril de 1953, por médicos, um professor e um advogado que se organizaram e fundaram-na, incentivados e apoiados pelas lideranças de Uberaba. Tem sede na Rua Frei Paulino, nº 30 – Bairro Abadia, em Uberaba/MG.

A FMTM possui uma área total de 59.261,21m², com uma área construída de 46.773,39m², sendo 28.828,14m² a do seu Hospital Escola.



Ilustração 24 – Vista aérea da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em 2004

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Foto: Sergio Teixeira

Seus fundadores²³ tiveram naquele momento histórico, a perspicácia de perceber que a cidade estava amadurecida para ampliar a sua contribuição ao desenvolvimento educacional de toda a região Centro-Oeste do Brasil.

Segundo Maria Antonieta Borges Lopes, houve várias versões para explicar a criação da FMTM. Diante dessa gama de divergências, em algumas há certo consenso. O primeiro é que a população uberabense não estava satisfeita com a política do Estado de Minas Gerais, sobretudo a tributária, durante o governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira (JK), que declarou ser candidato à sucessão de Getúlio Vargas na presidência do país. Diante desse descontentamento, JK resolveu fazer um levantamento para conhecer as necessidades da população do Estado de Minas Gerais, e detectou-se que os uberabenses tinham o sonho de ter, na cidade, uma Faculdade de Medicina. Diante dessa necessidade, o então governador JK fez a proposta ao deputado Mário Palmério e a Lauro Fontoura, dando, ainda, apoio a um grupo de 18 profissionais, que seriam os fundadores. Na época, Dr. Lauro Fontoura e o diretor da Faculdade, Dr. Mozart Furtado Nunes, o Presidente da República, Getúlio Vargas, e o Ministro da Educação, Antônio Balbino, assinaram a autorização de funcionamento, como

²³ Alfredo Sebastião Sabino de Freitas, Allyrio Furtado Nunes, Antonio Sabino de Freitas Júnior, Carlos Smith, Fausto da Cunha de Oliveira, Hélio Angotti, Hélio Luiz da Costa, João Henrique Sampaio Vieira da Silva, Jorge Abrahão Azor, João Henrique Márquez Furtado, José de Paiva Abreu, José Soares Bilharinho, Lauro Savastano Fontoura, Mário de Ascensão Palmério, Mozart Furtado Nunes, Odon Tormin, Paulo Pontes e Randolpho Borges Júnior. Os fundadores supracitados possuíam graduação em Medicina, exceto Mário de Ascensão Palmério, professor formado pela Escola Superior de Guerra e Lauro Savastano Fontoura, Graduado em Direito. Os dados foram obtidos na Assessoria de Imprensa da UFTM.

constava do Decreto n. 249, de 24 de março de 1954, com base em projeto técnico-pedagógico elaborado segundo a legislação educacional vigente.

Para que a faculdade pudesse funcionar, o governo de Minas Gerais doou o prédio onde funcionava a penitenciária de Uberaba. Naquele ano, o governador de Minas Gerais era Juscelino Kubitschek de Oliveira que afirmara: “[...] ainda transformarei esta cadeia numa grande Faculdade de Medicina.” Juscelino Kubitschek foi um dos articuladores na fundação da faculdade.

Conforme consta na bibliografia²⁴ História e Médicos da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO, 1996, p. 6):

Em 24 de março de 1954 o Presidente da República Getúlio Vargas assinou o decreto autorizando o funcionamento do curso de Medicina. Dizem os professores mais antigos que ainda nos dão alegria pela sua presença dentro da FMTM, que o Presidente Getúlio, ao assinar o decreto, perguntou se era “Faculdade de Medicina Veterinária”, pois Uberaba era conhecida pela sua vocação pecuária.

A FMTM²⁵ se consolidou, legalmente, através do Decreto de Reconhecimento n. 47844, de 24 de dezembro de 1959. Mediante a necessidade de cumprir exigências legais e, sobretudo, da criação de condições para o aprendizado do prático e do estágio supervisionado dos acadêmicos dentro das disciplinas profissionalizantes, a faculdade firmou convênio com a Santa Casa de Misericórdia.

Neste sentido, sua federalização ocorreu através da Lei n. 3.856, de 18 de dezembro de 1960, e, posteriormente, sua transformação em Autarquia Federal, pelo decreto n. 70.686, de 07 de julho de 1972. Em abril de 1968, graças ao empenho dos professores, alunos e demais colaboradores da FMTM, o Hospital da Santa Casa e todo o terreno com uma área de 19 mil metros quadrados foram incorporados ao patrimônio da União.

A partir de então, os diretores concentraram todos os esforços no sentido de construir o Hospital Escola da FMTM, cuja inauguração ocorreu em agosto de 1982. Aos poucos, o antigo prédio foi sendo desativado com a transferência dos leitos e salas de cirurgia para o novo prédio.

Em 1972, oficializaram-se os cursos de Pós-Graduação Lato Sensu: dezenove Programas de Residência Médica – Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria, Anestesiologia, Radiologia, Neurologia, Urologia, Gastroenterologia, Cirurgia Plástica, Ortopedia e Traumatologia, Endocrinologia e Metabolismo, Anatomia Patológica,

²⁴ A bibliografia foi elaborada pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, por isso não consta o nome do autor.

²⁵ Informações contidas nos folders 50 anos FMTM 1953-2003, Importantes Momentos de sua Vida e UFTM gestão 2001-2005.

Hematologia e Hemoterapia, Oftalmologia, Reumatologia, Cirurgia Gastroenterológica e Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Devido a sua importância arquitetônica e histórica, o prédio da antiga Santa Casa de Misericórdia foi tombado em 19 de maio de 1994, pelo Poder Executivo Municipal. Nele, atualmente, estão instalados alguns laboratórios de pesquisa, salas de aula, a administração relacionada a esses serviços e a secretaria da Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.



Ilustração 25 - Antiga Santa Casa de Misericórdia em Uberaba

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Com a construção do Hospital Escola, foi possível oferecer aos alunos da FMTM um local mais adequado à qualidade do ensino e da aprendizagem que se almejava. Até então, o ensino era praticado em Instituições e outros hospitais da cidade através de convênios com: Asilo São Vicente de Paula, Hospital da Criança, Instituto dos Cegos do Brasil Central, Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central, Sanatório Espírita, Hospital do Pênfigo.

Desde sua fundação, a FMTM desenvolveu-se nos aspectos quantitativo e qualitativo criando, além do Curso de Medicina, a partir de 1989, o Curso de Graduação em Enfermagem, e, a partir de 2000, o Curso de Graduação em Biomedicina, bacharelado.

Assim, conforme a Lei n. 11.152, de 29 de julho de 2005, do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, a FMTM é transformada em Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), decorrente de um sonho alimentado por muitas décadas. Em setembro de 2005, ocorre a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), da transformação da FUNEPU (fundação de apoio à UFTM/HE) em entidade filantrópica.

Nesta perspectiva, em 2006, foram implantados os Cursos de Graduação em Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Licenciatura em Letras Português/Espanhol e Português/Inglês. Em 2008, foi implantado o Curso de Psicologia.

Dentre os cursos de Especialização (Lato Sensu), oferece os cursos: de Saúde Coletiva, Saúde da Família, Enfermagem Obstetrícia, e implantados, a partir de 2007, os cursos de: Docência na Educação Superior e Crítica Literária – Ensino de Literatura.

Em nível de Pós-Graduação Strito Sensu criou, em 1987, o curso de Pós-Graduação em nível de Mestrado em Patologia Humana e, hoje, oferece Mestrado e Doutorado em Patologia (com 05 áreas de concentração) e em Medicina Tropical e Infectologia (com 02 áreas de concentração). Em 2007, foi autorizado o mestrado em Atenção à Saúde. Desde 1987, é oferecido o Curso de Aperfeiçoamento em Medicina Tropical, com 10 vagas anuais, no qual são recebidos alunos de toda a América Latina.

Constitui-se, portanto, de conceituados pesquisadores junto à comunidade científica nacional e internacional, os quais têm prestado relevantes contribuições para o desenvolvimento da ciência. Merecem destaque as linhas de pesquisa voltadas para as doenças tropicais, com ênfase para a doença de Chagas, endêmica na região. Conforme afirmou Diniz²⁶, “Em Uberaba, na Faculdade de Medicina, pesquisadores de primeira linha são reconhecidos internacionalmente e pelos centros de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) em pesquisa das Moléstias Tropicais.” Relevantes também, são as pesquisas em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Imunologia, Bioquímica, Ortopedia, Oncológica e Cirurgia Cardíaca. Neste sentido, está inserida na comunidade científica nacional e internacional (CAPES, CNPq; FAPEMIG, INSERM-França), mantendo intercâmbio com entidades nacionais e internacionais, sediando a Secretaria e a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT).

Em função da alta demanda e buscando a concretização da sua proposta de ampliação das atividades de ensino na área de saúde, em 1990, a FMTM obteve autorização para criar o Centro de Formação Especial em Saúde (CEFORES), com o objetivo de formar técnicos para atuar nos serviços de saúde, oferecendo, atualmente, seis cursos técnicos (técnico em Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Dietética, Patologia Clínica, Radiologia Médica e Saúde Bucal). Segundo Bilharinho (1995, p.13) a FMTM está classificada entre as dez melhores Faculdades de Medicina do Brasil.

²⁶ Carlos Ribeiro Diniz é pesquisador da Universidade Federal de Minas Gerais. (FACULDADE DE MEDICINA DO TRIANGULO MINEIRO, 2003, online).

As atividades de extensão de serviços à população são realizadas por todas as áreas da FMTM. As disciplinas da área básica focalizam-se na educação em saúde, enquanto as de áreas clínicas são desenvolvidas em projetos especiais de atendimento ambulatorial e hospitalar. Os cursos realizam eventos como congressos, simpósios, e jornadas científicas, cuja população alvo abrange desde o municipal até o internacional.

No mesmo sentido, as atividades de extensão desenvolvidas por todo complexo, constituem-se em um processo educativo, cultural e científico. Visando ampliar e aperfeiçoar estas atividades, mantêm-se a Rádio e a TV Universitária, o Centro Cultural e a Central de Idiomas Modernos (CIM).



Ilustração 26 – Central de Idiomas Modernos (CIM) da UFTM
Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

A instituição conta, ainda, com a Clínica Civil, que funciona em prédio anexo, atendendo somente a convênios e particulares. A Clínica Civil tem capacidade para treze leitos nas áreas clínicas e sete leitos de pediatria e obstetrícia, com uma área para neonatologia e uma sala para pronto atendimento.



Ilustração 27 – Clínica Civil

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Em sua estrutura, funciona, lado do Hospital, o Hemocentro Regional de Uberaba / Serviço de Hemoterapia do Hospital Escola que foi construído pela Fundação Hemominas. Hoje, 95% do sangue colhido e processado e 100% da sorologia realizada em Uberaba são executados pelo Hemocentro Regional. Ele atende a 12 Hospitais de Uberaba e às cidades de Ibiá, Sacramento, Monte Carmelo e Frutal.



Ilustração 28 – Hemocentro Regional de Uberaba

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Conta com uma Biblioteca²⁷ que teve sua nova sede inaugurada em 1981. Seu acervo bibliográfico é constituído de livros, teses, monografias, periódicos e obras de referência.



Ilustração 29 - Biblioteca Frei Eugênio

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Na sua composição estrutural, funciona o Centro de Reabilitação “Dr. Fausto da Cunha de Oliveira”, inaugurado em 04 de agosto de 1987 com a finalidade de reabilitar pacientes com restrições ou alterações físicas temporárias ou até mesmo permanentes e, ainda, reintegrar os usuários ao meio social e profissional. O Centro de Reabilitação está classificado como Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação. Em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, desenvolve o Programa de Órteses e Próteses, concedendo aparelhos ortopédicos, assegurando os direitos básicos dos que necessitam dos mesmos para sua reabilitação. Neste programa, exige-se uma equipe mínima multidisciplinar que atua em todas as fases do tratamento e reabilitação do paciente.

²⁷ Biblioteca Frei Eugênio



Ilustração 30 – Centro de Reabilitação Dr. Fausto da Cunha de Oliveira
Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Na FMTM, atual UFTM, sempre foi crescente o interesse de levar a sua missão de forma integrada, sendo ela, a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Nesta sua trajetória, tem-se destacado na área de Pesquisa, com suas preocupações voltadas para a solução dos problemas locais, regionais e nacionais. Nesse sentido, tem-se dedicado especial atenção à doença de Chagas, à Esquistossomose e outras doenças tropicais comuns na região.

Em sua estrutura física conta com moderno Centro Educacional e Administrativo (CEA), em quatro andares, onde funcionam a Reitoria, todas as Pró-Reitorias, os Departamentos de Recursos Humanos, Orçamento e Finanças, Material e Atividades Gerais, Registro Acadêmico, dois anfiteatros, salas de aula, dentre outros.



Ilustração 31 – Centro Educacional e Administrativo da UFTM
Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Portanto, de forma retrospectiva, convém demonstrar, cronologicamente, fatos que antecederam e sucederam a trajetória²⁸ da instituição, hoje UFTM. Ao mesmo tempo, destaca-se que o complexo hospitalar, na sua área física, é constituído de 28.864,42 m² com 242 leitos credenciados ao SUS, Pronto Socorro Adulto e Pediátrico, três Ambulatórios (Central Maria da Glória, Pediatria e Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba – FUNEPU), um Centro de Reabilitação (Dr. Fausto da Cunha de Oliveira), uma CTI modelar, centralizada, com a mais moderna arquitetura e aparelhagem.

Todo este complexo atende, em média, 35.000 pacientes/mês, oriundos de mais de quatrocentos municípios de Minas Gerais, Norte de São Paulo, Sul de Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e outros quatorze estados. Em 2004, o Hospital de Clínicas foi Certificado através da Portaria Interministerial nº 1.704 como Hospital de Ensino e possui todas as condições para um crescimento planejado no número de leitos, exames realizados e atendimentos.



Ilustração 32 - Pronto Socorro do Hospital de Clínicas, em 2008

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Foto: Edmundo Gomide

É o maior hospital geral de Uberaba e região em atendimento público de média e alta

²⁸ Em 1953 – Fundação com autorização para funcionar o Curso de Graduação em Medicina; 1960 – Federalização; em 1972 – Início oficial da Pós-Graduação Lato-Sensu; 1980 – Início oficial da Residência Médica; 1982 – Inauguração do Hospital Escola; 1987 – Início da Pós-Graduação Strito-Sensu; 1989 – Criação do Curso de Graduação em Enfermagem; 1990 – Implantação do Centro de Formação Especial (CEFORES) em Saúde); 1999 – Criação do Curso de Graduação em Biomedicina; 2005 – Transformação FMTM em Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2006 – Implantação de cinco novos cursos (Graduação em Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Licenciatura em Letras Português/ Espanhol e Português / Inglês) ; 2008 – Implantação do curso de Psicologia.

complexidade. Os atendimentos são, na sua totalidade, realizados através do convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para o Hospital de Clínicas são referenciados pacientes quando não são encontrados tratamentos em outras instituições de saúde sendo, por isso, classificado como Centro de Referência Hospitalar Regional.

É constituído por um corpo clínico altamente qualificado em diversas especialidades e por equipes profissionais multidisciplinares constituídas por: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, biomédicos e bioquímicos.

Frente a essa realidade, o Hospital de Clínicas atende:

- 27 municípios da regional de Uberaba, com 495.000 habitantes;
- 32 municípios da regional de Patos de Minas, com 375.000 habitantes;
- 10 municípios da regional de Ituiutaba, com 120.000 habitantes;

Totaliza 69 (sessenta e nove) municípios e, aproximadamente, 1.000.000 de habitantes com demanda de atendimento.

A UFTM, em seus atendimentos e procedimentos realizados²⁹ no ano de 2006 e 2007, alcançou o quantitativo de:

Atendimentos / Procedimentos	2006	2007
▪ Internações:	16.486	18.121
▪ Consultas ambulatoriais	217.749	180.897
▪ Consultas de urgência/emergência	36.512	35.818
▪ Exames	26.807	27.168
▪ Cirurgias (bloco cirúrgico)	7.446	7.803
▪ Cirurgias (ambulatoriais)	1.213	1.266
▪ Atendimentos diversos	13.061	10.356

Quadro 2 – Atendimentos / Procedimentos da UFTM em 2006 e 2007

Fonte: Setor de Estatística da UFTM

²⁹ Dados obtidos no Setor de Estatística do Hospital de Clínicas da UFTM



Ilustração 33 – Complexo Hospitalar e Ambulatorial da UFTM / Biblioteca e Centro Educacional e Administrativo

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

É notório o atendimento prestado assim como os avanços alcançados, tanto nacionalmente, quanto internacionalmente. Demonstrando ser um centro de referência e excelência nos serviços ofertados, o que possibilitou ampliações de espaços e, principalmente, reestruturação da demanda e dos serviços prestados em média e alta complexidade para Uberaba e para os vinte e sete municípios que estão sob a jurisdição da Gerência Regional de Saúde, além de municípios de outras regiões que demandam o serviço.

Para elucidar esses aspectos de referência, será abordado, a seguir, sobre o Hospital Escola e sua estrutura atual e será dada uma ênfase ao Ambulatório Maria da Glória que demanda toda a parte de atendimento ambulatorial e local em que se desenvolve a pesquisa proposta: Programa de Acidentes do Trabalho.

1.3 Hospital Escola: ênfase no Ambulatório

Com a construção do Hospital Escola, atual Hospital de Clínicas, foi possível oferecer aos alunos um local mais adequado à qualidade do ensino e da aprendizagem que se almejava. Sua construção teve início em 1973 com término em 1982 sendo que, hoje, abrange uma área física de 28.862,42 m², composto, entre outros, por: um Pronto Socorro Adulto, um Pronto Socorro Pediátrico, três Ambulatórios, um Centro de Reabilitação, Bloco Cirúrgico e Obstétrico, uma CTI modelar, centralizada com a mais moderna arquitetura e aparelhagem.

Os atendimentos do pronto socorro são realizados ininterruptamente, durante 24 horas do dia, e os Ambulatórios funcionam das 07:00 às 17:30 horas, de segunda a sexta-feira . Sua área é de 1.446m². A média de atendimento ambulatorial realizada no ano de 2006 foi de 7.000³⁰ consultas/ mês.

A instituição é referência pólo, participando de forma integrada do SUS, proporcionando atendimento à população de Uberaba e pacientes provenientes de toda a região do Vale do Rio Grande e outras cidades dos Estados de Minas Gerais, Goiás e São Paulo.

O Hospital de Clínicas, na condição de hospital geral e de ensino, atende às mais diversas especialidades médicas, como:

- Clínica médica (alergia, neurologia, cardiologia, clínica de dor, dermatologia, doenças infecciosas e parasitárias, endocrinologia, fisioterapia, genética, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, pneumologia, reumatologia, e outras);
- Clínica cirúrgica (cabeça e pescoço, cardiologia, aparelho digestivo, hérnia, plástica, torácica, proctologia, oftalmologia, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, oncologia, urologia, vascular e outras);
- Clínica ginecologia /obstetrícia;
- Clínica pediátrica e outras especialidades de nível superior, como enfermagem, serviço social, nutrição e dietética, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia.

Nesse sentido, o Hospital de Clínicas, além da estrutura administrativa necessária ao seu funcionamento interno, possui serviços próprios de diagnose e terapia como: Hemodinâmica, Tomografia Computadorizada, Endoscopia, Patologia Clínica e Radiologia. É habilitado pelo Ministério da Saúde para a realização de procedimentos de alta complexidade como:

- Captação, retirada, transplante e acompanhamento pós-transplante de rins e córnea;
- Terapias renais substitutivas;
- Tratamentos ortopédicos;
- Tratamentos oftalmológicos;
- Neurocirurgias;
- Tratamentos oncológicos;

³⁰ Dados obtidos no Setor de Estatística do Hospital Escola da UFTM.

- Procedimentos cardiovasculares (cirurgias cardíacas, implantes de marcapassos definitivos, stents, radiologias intervencionistas);
- Urgências e emergências;
- Tratamento de AIDS;
- Medicina física e reabilitação;
- Terapias Intensivas (neonatal, adulta e especializada);
- Serviços de hemoterapia e combate ao câncer de colo uterino;
- Nutrições enteral e parenteral.

Para funcionamento do Hospital de Clínicas, quanto aos leitos, o planejado é atingir 340 leitos, dos quais 292 estão instalados e 242³¹ em operacionalização, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 28, à rede particular e de convênios, situados na Clínica Civil, anexa ao Hospital Escola.

Reportando-se à história do Ambulatório Central Maria da Glória (AMG), que recebeu esse nome em homenagem a Maria da Glória Leão Borges³², nascida em 1902, natural de Rio Verde, Estado de Goiás, pertencente à alta sociedade uberabense, na época, a qual dedicou-se a ajudar aos desprovidos de recursos que não tinham como permanecer em Uberaba, através de uma casa abrigo, de início para tratamento da Hanseníase³³; posteriormente, para doentes acometidos de tuberculose os quais recebiam tratamento na Santa Casa, que era ao lado da casa de apoio. Por ser muito conhecida e respeitada em Uberaba, recebia doações dos fazendeiros e comerciantes da região. Maria da Glória, essa grande benfeitora, acometida pelo Enfisema Pulmonar, veio a falecer em 29 de setembro de 1961.

³¹ Dados obtidos na Diretoria de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

³² Batista e Ribeiro (2007, p. 36-37).

³³ A hanseníase é uma doença crônica, infecto-contagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae*, que ataca normalmente a pele, os olhos e os nervos. É uma doença transmissível de evolução lenta e curável.



Ilustração 34 – Ambulatório Central “Maria da Glória”

Fonte: Serviço de Fotografia da UFTM

Neste sentido, o Ambulatório Maria da Glória, em 1980, teve seu projeto de ampliação elaborado dentro das normas aprovadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES). Mudou-se para o novo prédio em 2000.

Na atualidade, o AMG funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:30 horas, atendendo a várias especialidades. Possui 18 consultórios, sala de pequena cirurgia, de curativos, triagem, seção de eletroencefalografia, de eletrocardiograma, laboratório de citologia, colposcopia e um anfiteatro.

Além das consultas médicas de especialidades, são desenvolvidos vários Programas Ambulatoriais, nos quais está inserido o trabalho do assistente social na equipe, dentre eles, o Programa de Acidentes do Trabalho, **objeto desta Pesquisa** (constituído do trabalho do médico do trabalho e assistente social), o Programa de atendimento multidisciplinar ao paciente com Esclerose Múltipla (constituindo a equipe: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, neurologistas, e residentes de medicina), a Clínica de Dor (integrando a equipe: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fisiatra, dentista, neurologistas, enfermeiro, residentes de medicina), o Programa de Atendimento Multiprofissional ao Paciente Ostomizado (PAMPO)³⁴ (compondo a equipe: assistente social, enfermeiro, médico proctologista e residentes de medicina), Programa de Planejamento Familiar (equipe: assistente social, psicólogo, enfermeiro, médicos, ginecologistas, e residentes de medicina), Programa do Atenção em Moléstias Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia

³⁴ O que é um “Ostomizado”. São pessoas de utilizam um dispositivo, geralmente uma bolsa, que permite recolher o conteúdo a ser eliminado através do ostoma. ... Geralmente são coletadas fezes e urina.

(AMIGO), Programa com Adolescentes, Programa do Climatério³⁵ (sendo estes últimos três programas compostos pela mesma equipe do Programa de Planejamento Familiar), e Programa de Neurocirurgia (médico neurocirurgião e assistente social).

Assim, apresentou-se uma visão geral do Hospital Escola, sua estrutura, funcionamento, dando um enfoque especial no Ambulatório Maria da Glória, lócus da pesquisa, sendo apresentada sua estrutura, potencialidades e programas. Entretanto, se faz importante contextualizar, também, a história do Setor de Serviço Social na UFTM, que se faz presente desde o trabalho no Pronto Socorro, até nas diversas clínicas, integrando-se aos programas, projetos, comitês, grupos de pesquisa, comissões e em atendimentos nos programas ambulatoriais.

1.3.1 Setor de Serviço Social – da implantação até a atualidade

A implantação do Serviço Social³⁶, no Hospital Escola, ocorreu em 1982, ocasião em que era identificado por Serviço Social Médico, iniciando seu trabalho com quatro (4) assistentes sociais³⁷ que, através de Concurso Público Federal, foram efetivadas, dentre as quais somente uma possuía experiência no âmbito hospitalar, duas foram trabalhar na Unidade de Internação e duas foram para o Ambulatório. Suas atuações eram direcionadas para prestação de serviço, como objetivo o levantamento de dados, tendo em vista colaborar com a parte administrativa da instituição.

No início, o setor era desprovido de recursos materiais, como salas específicas de atendimentos, telefone, veículos para atendimento em domicílio, etc. Sua identidade profissional era definida pelas atividades que outros profissionais atribuíam e que não eram específicas do Serviço Social, como: ligações telefônicas, avisos de alta e de óbitos, telegramas, etc. Desta forma, os atendimentos eram realizados mediante solicitação, sem participação nos programas específicos e cujos atendimentos ocorriam no leito.

³⁵ O Climatério é a fase da vida em que ocorre a transição do período reprodutivo ou fértil para o não reprodutivo, devido à diminuição dos hormônios sexuais.

³⁶ Informações obtidas em documentação interna do Setor de Serviço Social.

³⁷ Assistentes Sociais fundadoras em 1982: Encarnação Murcia Prieto, Maria Aparecida Santos, Maria Auxiliadora Cipriano de Oliveira, Maria José Ferreira. Chefia do Serviço Social na época: Maria José Ferreira (1982-1985). Informações obtidas através de entrevista com a Assistente Social da UFTM Maria Auxiliadora Cipriano de Oliveira, em Junho de 2007.

Neste sentido, de acordo com Martinelli (2003, p. 130):

Como a identidade profissional e a consciência social só se constroem em movimento, na complexa trama de relações e processo que compõem a totalidade, para o Serviço Social tornava-se muito remota a possibilidade de realizar essa tarefa. O próprio Estado capitalista que o criara havia lhe atribuído uma identidade e, coerentemente com esta, reservava-lhe o espaço do controle, da adaptação e do ajustamento para a realização de suas ações profissionais. Sua inserção na divisão social do trabalho tomava também por referência aquela identidade atribuída, situando-o como uma atividade profissional a serviço do ajustamento entre capital e trabalho, um elo intermediário entre o proletariado e a burguesia, entre as classes subalternas e a classe dominante. Mergulhado nessa identidade e possuído pelo fetiche da prática, o Serviço Social não conseguia tomar consciência das contradições que o envolviam e, em consequência, não tinha como superá-las.

Desde a implantação do Serviço Social, tinha-se como objetivo intervir em situações sociais problemáticas ou conflitivas apresentadas pelo paciente, as quais interferiam no diagnóstico, tratamento hospitalar ou ambulatorial, sendo o objetivo final, diminuir ou amenizar as situações que prejudicassem o tratamento.

Reconhecendo a importância da sua trajetória histórica, convém destacar que, as atribuições do assistente social, naquela época, eram relativos à ação sócio-educativa e de apoio psicossocial junto a pacientes, grupo familiar e sua rede de relacionamento. No Hospital Escola da FMTM, o trabalho do assistente social estabelecia-se³⁸ por:

1. Atendimento assistencial, que é a prestação de ajuda material e de encaminhamentos a recursos assistenciais internos e externos;
2. Atendimento preventivo, que é a aplicação de técnicas de clarificação e esclarecimento ao paciente e seus familiares, no sentido de prevenir a eclosão de problemas psicossociais;
3. Atendimento terapêutico, que se constitui em um processo de ajuda ao paciente e sua família, na superação de situações sociais problema, que dificultam a adaptação ao ambiente hospitalar, bem como a reabilitação social do paciente;
4. Atendimento psicossocial, que envolve aspectos psicológicos e sociais trabalhados de acordo com as técnicas específicas do serviço social;
5. Alta problema, que são as altas em que o paciente é portador de problemas sociais que dificultam sua saída do hospital e a carência que é a ausência de condições para fazer as necessidades básicas.

Outra intervenção que era atribuída ao assistente social eram os casos em que fosse necessária a transferência de pacientes a outros hospitais, ou outras cidades. O Serviço Social deveria ser acionado com antecedência para realizar o estudo sócio-econômico, bem como agir no sentido de veicular informações sobre os recursos e serviços existentes, apoiar e orientar a família, utilizando o formulário “Encaminhamento do paciente para tratamento

³⁸ Extraído de documentação interna do Setor de Serviço Social.

externo” o qual, depois de preenchido pelo assistente social, deveria ser encaminhado para a Diretoria Administrativa do Hospital Escola, para conhecimento e providências.

As “altas problemas” eram acompanhadas pelo Serviço Social nas seguintes situações³⁹:

1. O paciente que mora sozinho, não tendo quem se responsabiliza por ele;
2. Pacientes procedentes de outras localidades, sem recursos financeiros para viajar ou para permanecer na cidade até receber alta definitiva;
3. Recém- nascidos com rejeição materna;
4. Pacientes com seqüelas e que, para alta, requerem cuidados específicos, que só poderão ser realizados pela família ou responsáveis;
5. Paciente em fase terminal;
6. Paciente menor desacompanhado;
7. Idoso.

Referindo-se ao comunicado de óbito tratava-se e trata-se de competência médica, conforme o código de ética médico. Para o serviço social, a atuação ocorria junto à família no sentido de acolher, ouvir e veicular informações necessárias diante da morte do paciente, e prestar orientações referentes aos procedimentos e ações burocráticas e legais exigidas para que seja resolvida a situação.

É relevante destacar que, em abril de 1986, foi realizada uma reunião com as chefias dos vários setores da área técnica – como chefes do serviço técnico, chefe do serviço de enfermagem, diretoria administrativa, chefe do Serviço Social - em que ficou definido que o aviso de óbito seria de responsabilidade da enfermagem; aviso de alta simples, ligações urbanas, interurbanas e telegramas seriam responsabilidade do setor de comunicação e do Setor de Admissão e Alta (SAA).

A partir de 1º de julho de 1987, o Serviço Social foi transformando seu trabalho profissional. Neste contexto, houve um novo posicionamento do Serviço Social frente à instituição. Os assistentes sociais se posicionaram e começou, então, um exercício mais voltado para a promoção, educação e emancipação do cidadão. A partir daquele dia, definiram-se rotinas, atribuições e competências do assistente social dentro do HE. Houve muita resistência por parte de alguns supervisores de enfermagem, de escriturários, etc. Foi o primeiro passo para o posicionamento dos assistentes sociais como profissionais com atribuições e competências no contexto hospitalar, voltadas, essencialmente, para a consolidação da saúde como direito.

Neste contexto, na conjuntura nacional, era nítido o movimento da Reforma Sanitária, com propostas de mudanças, após a realização da VIII Conferência Nacional de

³⁹ Extraído de documentação interna do Setor de Serviço Social.

Saúde, em 1986. Avanços sugeridos pelo Movimento de Reconceituação contribuíram para o amadurecimento e novo posicionamento do Serviço Social, frente à instituição e aos usuários.

A partir daí, a visão transformou-se para um profissional que intervinha no nível das necessidades imediatas do paciente, podendo ser até necessidades básicas, mas, também, aquele profissional que poderia encaminhar o paciente, trabalhar na sua promoção, despertar o paciente para os seus direitos enquanto cidadão. Em relação ao paciente, o Serviço Social interveio e colaborou muito, mas ainda, tinha bastante a trabalhar no que dizia respeito a veicular informações sobre os direitos do paciente e na efetivação destes direitos.

Pode-se perceber que, historicamente, o Serviço Social estava recebendo direta e indiretamente, os reflexos além do movimento de Reforma Sanitária que estava eclodindo no Brasil, assim como influências da Constituição Federal de 1988, da Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), Lei n. 8.142/90 e da Lei n. 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), confirmando seu compromisso com os usuários quanto aos direitos garantidos.

Nessa trajetória, de acordo com a Lei n. 8.662, de 07 de junho de 1993, que regulamentou o código de ética do assistente social em seu Título II – “[...] dos direitos e das responsabilidades gerais do assistente social”, art. 4º, letra F -, é vedado ao assistente social: “assumir responsabilidade por atividade para as quais não esteja capacitado pessoal e tecnicamente.”

Nesse sentido, atualmente, os casos de óbito são encaminhados ao assistente social em duas situações: família sem recursos para o funeral e pacientes sem identificação.

Várias foram as chefias⁴⁰ que passaram pelo Serviço Social do Hospital Escola, e várias foram as situações de avanços, retrocessos, acompanhando o próprio movimento de evolução histórica, reconceituação, reconstrução e conquistas do serviço social.

O Serviço Social do Hospital Escola sempre foi referência em Uberaba e região, pois desde a sua implantação, era uma das poucas instituições que tinha em seu quadro o assistente social. Ele colaborou na organização e sediou o I Encontro de Assistentes Sociais de Uberaba, evento realizado nos dias 14 e 15 de maio de 1990. Este encontro teve como objetivo facilitar o intercâmbio profissional de trocas de experiências e serviços, bem como comemorar o dia do assistente social.

⁴⁰ Chefias do Serviço Social da UFTM: Maria José Ferreira (1982 - 1985); Maria Auxiliadora Cipriano de Oliveira (1985-1995); Maria Elisa Di Poi Cruz (07/1995-08/1998); Cátia Silva (03/08/1998-28/09/2000); Mara Lúcia Nunes de Almeida (29/09/2000-31/07/2000) e Gilda Crosara da Silva (31/07/2000 até a presente data em 2008).

É o que consta no documento⁴¹ consolidado do I Encontro de Assistentes Sociais de Uberaba, em maio de 1990:

O trabalho dos Assistentes Sociais baseia-se no atendimento do ser humano individualmente, em grupo, ou em comunidade, visando auxiliá-lo na superação das dificuldades e bloqueios geradores de situações sociais problemas que estejam impedindo sua efetiva participação na sociedade, buscando integrá-lo socialmente e resgatando o direito à cidadania. (ENCONTRO..., 1990).

E ainda, na sua apresentação:

Estamos realizando hoje e amanhã o Iº Encontro dos Assistentes Sociais de Uberaba, visando facilitar o intercâmbio profissional e trocas de experiências e serviços, bem como confraternizar os profissionais da área, culminando com a comemoração do dia do assistente social. Uberaba, conta atualmente com 28 assistentes sociais que atuam nas diversas entidades [...]. (ENCONTRO..., 1990).

Referindo-se ao ano de 1990, no quadro do Serviço Social do Hospital Escola, havia sete (07) assistentes sociais⁴², sendo três (03) contratadas pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU). Nessa época o Serviço Social era chamado de Serviço Social Médico e tinha, como chefe do setor, a Assistente Social Maria Auxiliadora Cipriano de Oliveira, que permaneceu por 10 anos no cargo.

No mesmo ano, em Uberaba, o número total de profissionais do Serviço Social era de 28 assistentes sociais. Considera-se importante relevar as entidades representadas durante o Iº Encontro de Assistentes Sociais de Uberaba: Asilo Santo Antônio, Secretaria Municipal de Ação Social, Diretoria Regional de Saúde, Secretaria da Administração da Prefeitura Municipal de Uberaba, Secretaria Municipal de Saúde, Escola para surdos-mudos Dulce de Oliveira, INSS, Centro de Reabilitação, Sanatório Espírita, Serviço Social da Indústria (SESI), Hospital do Pênfigo, Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Hospital Escola.

Na mesma ocasião, o objetivo do Serviço Social, no HE era o de intervir nas situações sociais problemas ou conflitivas apresentadas pelo paciente, que pudessem intervir no diagnóstico ou no tratamento médico hospitalar ou ambulatorial. As dificuldades apresentadas durante o evento foram: falta de verbas para o Serviço Social Médico, falta de salas nas unidades de atendimento, falta de local adequado para encaminhar os pacientes com seqüelas graves e falta de medicações específicas diversas para pacientes carentes de recursos. E o atendimento era realizado de segunda-feira a sábado, das 07:00 às 18:00 horas.

⁴¹ Documento consolidado do I Encontro de Assistentes Sociais de Uberaba, nos dias 14 e 15 de maio de 1990; disponível no Setor de Serviço Social do Hospital Escola da UFTM.

⁴² Merecendo as sete serem destacadas: Cátia Silva, Eloísa Ribeiro Vilela, Maria Aparecida dos Santos, Maria Auxiliadora Cipriano de Oliveira, Maria Célia Lamounier Delfino, Maria Elisa Di Poi Cruz e Maria Terezinha Cunha.

Neste sentido, “[...] desde a convocação feita em 1986, até a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, é palco de uma intensa luta política na qual as classes sociais atuam organizadamente”. (SILVA, 1995, p. 46). Neste contexto de repressão política, o Estado neoliberal surgiu, tirando sua responsabilidade, transferindo-a para a sociedade.

[...] essa conjuntura se repercute no Serviço Social, estreitando o mercado de trabalho dos assistentes sociais, desvalorizando esses profissionais, no contexto do sucateamento do serviço público, ao mesmo tempo em que demanda uma prática profissional, cada vez mais burocratizada pelas exigências impostas com a ampliação da seletividade dos usuários do serviço público no âmbito de restrição dos programas sociais. Nessa conjuntura, ampliam-se a demanda e a pressão pelo atendimento das necessidades sociais não satisfeitas, em face do quadro conjuntural de desemprego e arrocho salarial [...]. (SILVA, 1995, p. 55-56).

Por conseguinte, são demandas emergentes do Serviço Social, que têm como desafio atuar na direção dos direitos sociais. O exercício profissional está inserido numa conjuntura histórica complexa, sendo importante destacar que foram inúmeros seus avanços no que concerne aos discursos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativos.

Nesta perspectiva, em 10 de março de 1993, através da Resolução nº 002, foi aprovada a estrutura organizacional do Hospital Escola e, no mesmo ano, realizou-se Concurso Público Federal para Assistentes Sociais. E, em setembro de 1994, começaram a serem contratadas assistentes sociais, aprovadas no Concurso Público.

Foram redefinidos e redirecionados vários setores, clínicas e programas ambulatoriais para atuação dos assistentes sociais, que passaram a integrar, de forma mais efetiva e sistemática, equipes interdisciplinares.

Nesta mesma época, no cenário nacional de 1993, foi aprovado o novo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFESS, n. 273/93, de 13/03/93) e Regulamentação da Profissão do Assistente Social (Lei n. 8.662, de 7/6/93), assim como Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 1993).

Diante desta realidade, com mudanças e repercussões nas áreas econômica, política, cultural e social do país, na FMTM, conseqüentemente, vários aspectos foram modificados os procedimentos na gestão institucional, interferindo na sua missão, objetivos e atividades, e com isto, nas intervenções profissionais. A instituição adequou-se à liberação de acompanhantes na internação de crianças, em 1990, devido ao ECA, e acompanhantes na internação de idosos, devido à aprovação do Estatuto do Idoso. Por conseguinte, com as novas legislações, houve necessidade de implantação, reavaliação, implementação e redefinição de

várias rotinas e programas em que o assistente social estava inserido, com uma nova identidade profissional sendo construída.

Em 1999, por determinação da Diretoria Administrativa do Hospital Escola e da Chefia do Pronto Socorro, o Serviço Social passou a atender em regime de 24 horas ininterruptas.

De acordo com documentos do Setor de Serviço Social, verificou-se que, em 2000, o seu objetivo geral era assim definido: atuar no complexo hospitalar seguindo os princípios ético-políticos do Serviço Social, estando sintonizado com os avanços teórico-metodológicos atuais, contribuindo, assim, para a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital Escola.

A partir do ano de 2001, o setor de Serviço Social começou a integrar a Comissão Intra Hospitalar de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos sendo que, anteriormente a essa data, fazia parte do Programa de Doação de Órgãos.

No ano de 2002⁴³, o setor de Serviço Social, representado pela assistente social Dircy da Silva, participou da Coordenação da Comissão Organizadora do II Encontro Mineiro de Aleitamento Materno, quando participaram 32 cidades mineiras.

Na tentativa de apresentar uma retrospectiva da trajetória do setor de Serviço Social, apontando as conquistas e avanços alcançados, destaca-se a importante parceria realizada pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro com a Universidade de Uberaba, para a concessão de estágio supervisionado para discentes do Curso de Graduação em Serviço Social, através do Convênio nº 01/2003, tendo como Fundamentação Legal as Leis nº 8666/93 e 6497/77, Decreto 87.497/82 e Portaria n. 08/2002, MOG, Processo nº 23085.001102/02-18, cuja vigência é de 05 anos a contar da data de 13/01/2003 como representantes das instituições, assinaram, o Profº Dr. Edson Luiz Fernandes e Profº Marcelo Palmério. Na época, foram abertas três vagas⁴⁴ de estágio, sendo uma vaga para a Pediatria do Hospital Escola, uma vaga para o Pronto Socorro do Hospital Escola e uma vaga para o Centro de Reabilitação.

A abertura de campo de estágio supervisionado em Serviço Social, muito contribuiu para o crescimento do setor, além de ser “[...] uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional, objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática” (ABESS, 1997, p. 71); sendo este entendido como espaço de troca entre saberes, consolidando a articulação entre a teoria e a prática, além de promover a articulação da fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e o cotidiano do trabalho profissional.

⁴³ De acordo com Relatório Anual de 2002 do Serviço Social.

⁴⁴ De acordo com ofício nº 44/Serviço Social /2002 – de 03/12/2002, da Chefe do Serviço Social Gilda Crosara.

Na mesma época, apresentaram-se outras importantes participações de profissionais do setor, durante o ano de 2003, como: Coordenação da Comissão de Implantação do Voluntariado no Hospital Escola pela profissional Dircy da Silva, da Rede IBFAN – Uberaba, membro representante da Comissão Multiprofissional de Ética da FMTM, participação em Curso sobre Assistência Humanização do Recém-Nascido de Baixo- Peso (Método Canguru), em Itapeçerica da Serra –SP, Curso da Rede IBFAN⁴⁵, Treinamento técnico de profissionais em atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, participação no VI Encontro Nacional em Aleitamento Materno em Cuiabá- Mato Grosso, participação em Fórum de Assistência à Mulher Vítima de Violência, participação no Simpósio Infante-Puberal em Ribeirão Preto – SP membro da Comissão básica de Implantação do Hospital Amigo da Criança, membro da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania (representando a FMTM) e Comissão de Registro Hospitalar de Câncer; Comissão Intra-Hospitalar de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos do Hospital Escola da FMTM, etc.

Nesse momento, consolida-se a participação do Serviço Social, não só na assistência aos usuários da saúde, como, contribuindo no ensino, extensão e na pesquisa da FMTM, sendo um dos fomentos da criação dos cursos de pós-graduação.

Referindo-se ao ano de 2004, o Setor de Serviço Social do Hospital Escola, juntamente com a Associação dos Assistentes Sociais de Uberaba, promoveu o IV Encontro de Assistentes Sociais de Uberaba, “Projetos e Atuações na área de Serviço Social”, realizado nos dias 19 e 20 de novembro de 2004, com a parceria da Universidade de Uberaba – UNIUBE, para a sua realização.

O evento apresentou, como objetivo geral, conhecer os trabalhos realizados pelo Serviço Social e as Assistentes Sociais que atuavam nas Instituições da cidade de Uberaba e, como objetivos específicos, criar espaço para articulação entre os profissionais da área, proporcionar troca de experiências e conhecimento entre os profissionais e conhecer os diferentes recursos de serviço social na cidade.

No encontro, houve uma palestra inicial sobre o “Trabalho Profissional: dilemas e conquistas na contemporaneidade”, tendo como expositor o Prof^o Dr. João Antônio Rodrigues, Diretor do curso de Serviço Social da UNIUBE e, posteriormente, houve apresentações de projetos de diferentes Instituições e profissionais, cabendo citá-los: Centro de Atendimento Multiprofissional (CAMM) – Hiperdia; Vigilância em Saúde: Programa de Tabagismo; Instituto dos Cegos: Deficiência Visual; Fundação Caminhar: Necessidade Especial; FMTM: Saúde / Recursos Humanos; Ministério da Previdência Social: Previdência Social; Secretaria do Trabalho e Ação

⁴⁵ IBFAN - A Rede Internacional em Defesa do Direito de amamentar. A IBFAN está presente em mais de 70 países.

Social (SETAS): Ação Comunitária; Criança, Adolescente e Família; Casa de Proteção: Criança e Adolescente; Centro de Referência à Criança e ao Adolescente (CRIJU): Criança e Adolescente; Centro de Estudos da Juventude (CEJU): adolescente; Centro de Atendimento e Reeducação Social do Adolescente e Menor Infrator (CARESAMI): adolescente; Programa de Bem Estar do Menor: Adolescente; UNIUBE: Núcleo de Assistência Social; Educandário Menino Jesus de Praga: Criança e Adolescente; Instituto DEGRAF – Desenvolvimento Social: Consultoria / Responsabilidade Social; Fundação Gregório Barenblitt: Saúde Mental; Acolhida Marista: Criança e Adolescente; Seção de Assistência Social e Psicológica do Servidor da Prefeitura de Uberaba: Recursos Humanos; Lar da Caridade: Criança e Adolescente e Recursos Humanos; Casa do Menino: adolescentes; Casa do Adolescente Guadalupe: adolescente; e espaço aberto aos discentes do Curso de Serviço Social da UNIUBE, para apresentação de trabalhos e projetos de pesquisa.

Dentre importantes participações e realizações em 2004, podem ser destacadas as seguintes, as quais tiveram as Comissões Nomeadas⁴⁶ através de portarias:

- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Comissão de Sindicância;
- Comissão Direitos Humanos e Cidadania;
- Comitê de Mortalidade Materno;
- Conselheira Distrital de Saúde;
- Comissão Multiprofissional de Ética;
- Comissão de Levantamento das Necessidades de Implantação do voluntariado no HE;
- Coordenação de Banca examinadora do concurso para Assistente Social do HE/FMTM;
- Treinamento: Gestão em captação de recursos;
- Comissão Intra Hospitalar de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos do Hospital Escola da UFTM;

Neste sentido, durante o ano de 2004, por convocação dos gestores, o Serviço Social participou de Programas Institucionais: Gestão Hospitalar (curso de capacitação e reuniões de discussões e implantação), Humaniza SUS (curso de capacitação e reuniões) e Gestão em captação de recursos.

Referindo-se ao ano de 2005, pode-se, igualmente, destacar, além dos atendimentos em programas, clínicas e pronto socorro, os profissionais do Serviço Social do HE que participaram⁴⁷, diretamente, dos seguintes eventos:

⁴⁶ Conforme consta no Relatório Anual do Serviço Social do ano de 2004.

⁴⁷ Conforme consta no Relatório Anual do Serviço Social do ano de 2005.

- Conselho Municipal de Saúde;
- Conselho das Cidades;
- Conselho dos Direitos Humanos e Cidadania local e de outras cidades;
- Associação dos usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental;
- Comitê de aleitamento materno em Uberaba;
- Comitê de estudo de mortalidade materna do Hospital Escola;
- Associação Uberabense de Amigos e Portadores de Esclerose Múltipla – AUAPEM;
- Coordenação e Acompanhamento da implantação do Voluntariado do Hospital Escola;
- Comissão Intra Hospitalar de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos do Hospital Escola da UFTM;
- Comissão de planejamento familiar;
- Núcleo de vigilância epidemiológica;
- Conferência dos Direitos da Pessoa com Deficiência;
- Participação no projeto de Ouvidoria da UFTM;
- Associação de Assistentes Sociais de Uberaba;
- Rede de proteção e garantia dos direitos da criança e do adolescente;
- Conferência Estadual de Assistência Social;
- Coordenação e Acompanhamento da Implantação do HUMANIZA SUS (grupo de humanização) do Hospital Escola.

Nessa trajetória, referindo-se ao ano de 2006⁴⁸, o Serviço Social do HE, participou do Planejamento Estratégico Institucional, definindo que se tem como missão do Serviço Social: prestar atendimentos sociais aos usuários, incentivando-os a participarem da busca da saúde através do conhecimento de alternativas de mudanças nas situações sociais que possam interferir no processo saúde-doença.

No mesmo sentido, definiu-se como visão: ser referência nacional em prestação de serviços na área de Serviço Social com ênfase na prevenção, promoção e assistência em saúde e na formação de recursos humanos. E como negócio: atendimento ao usuário e suas respectivas famílias embasados nos princípios e diretrizes dos SUS (Lei n. 8080, de 19/09/1990) e no Código de Ética dos Assistentes Sociais (Resolução CFESS n. 273/93, de 13/03/1993).

Enfatizando como objetivo do serviço social a garantia à participação da população na definição dos rumos da atenção prestada pela unidade; acesso às informações relativas aos

⁴⁸ Conforme consta no Relatório Anual do Serviço Social de 2006.

seus direitos, interesses e necessidades na saúde e ao seu papel no tratamento; na promoção da saúde; na prevenção de doenças, agravos, riscos e danos, priorizando ações de promoção e prevenção, como está assegurado na legislação, isto sem prejuízo da orientação, apoio e encaminhamentos necessários na atenção ao usuário.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde – Resolução n. 218, de 06 de março de 1997, o Assistente Social é considerado um profissional da saúde que desenvolve intervenções sócio-educativas, veiculação de informações e esclarecimentos sobre os direitos sociais e recursos de comunidade, sendo que seu trabalho contribui diretamente para que os usuários e seus familiares tenham acesso aos seus direitos garantidos pela Constituição Federal, no art. 196, que reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde, sendo que as Leis Orgânicas da Saúde (n. 8080/90 e n. 8142/90) regulamentam esses princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano.

O Serviço Social está pautado em um Código de Ética aprovado em 1993, que é vinculado a um projeto de transformação da sociedade, atuando no espaço contraditório das classes sociais com reconhecimento de liberdade como valor ético central, e das demandas políticas a ela inerentes, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

É por meio do trabalho junto à equipe multidisciplinar e ou interdisciplinar que se conseguem traçar estratégias de ação, buscando alternativas para atender e suprir as demandas e necessidades dos usuários dos serviços do Hospital Escola da UFTM.

Nesta perspectiva, a cada final de ano, as assistentes sociais do HE, elaboram um relatório final de atividades e participações (que foram utilizados como material de coleta de dados sobre a história do Serviço Social na FMTM, durante a realização desta pesquisa), além das participações em reuniões mensais do setor, com a chefia. Sempre que necessário, de acordo com as avaliações e demandas, há reestruturação do setor.

Reportando à atualidade de 2007, o Serviço Social tem, em seu quadro, quinze profissionais⁴⁹, dentre as quais, duas são contratadas pela FUNEPU, todas lotadas no Hospital de Clínicas e dentre as quais, há uma doutora em Serviço Social, duas mestres, e duas mestrandas. Além de contar com duas destas profissionais lotadas no Núcleo de Assistência

⁴⁹ Assistentes Sociais em 2007: Cátia Silva, Dircy da Silva, Gilda Crosara da Silva, Ivone Aparecida Vieira da Silva, Karen Aguiar da Costa, Mara Lúcia Nunes de Almeida, Maria Célia Lamounier, Maria Auxiliadora Cipriano de Oliveira, Maria Elisa Di Poi Cruz, Miriam Mouzinho Franco, Naide Maria Silvério, Neiva Maria Silva Jacomini, Neusa Batista Vasconcelos Brandólis, Rosane Aparecida de Sousa Martins e Verena Conti. Supervisora do Serviço Social: Gilda Crosara da Silva.

ao Servidor (NASE), e outra, lotada no Centro de Reabilitação. No entanto, este número é insuficiente para atender à demanda posta aos assistentes sociais, sendo esta diversificada e complexa. O setor ainda passa por limitações e dificuldades, buscando-se superá-las com constantes reuniões do setor, (como citado na folha 61) planejamentos e avaliações. O funcionamento do Serviço Social é de 24 horas ininterruptas. Neste sentido, através de suas próprias ações, os assistentes sociais têm conseguido ampliar suas ações e dar maior visibilidade às competências e habilidades na área de saúde.

O Serviço Social do HE, atualmente, tem como missão prestar atendimento social aos usuários, incentivando-os a participarem como sujeitos no processo de busca da saúde, através do conhecimento de alternativas de mudanças nas múltiplas expressões da questão social que possam interferir no processo saúde/doença (como citado na folha 75, referente a participação no Planejamento Estratégico Institucional).

O assistente social tem, como instrumento para ação, a entrevista (inicial ou preliminar, de segmento, colateral, prosseguimento e encerramento), encaminhamentos, registro de intervenções nos prontuários dos usuários, ou nas fichas de atendimento do pronto socorro ou do ambulatório, visitas domiciliares (quando necessário), recursos da comunidade⁵⁰, dinâmica de grupo, elaboração de relatórios, estudos sócio-econômicos e supervisão de estágio. Além de participar e organizar eventos, participar e representar em vários Conselhos: da Saúde, de Assistência Social, das Cidades, dos Direitos da Criança e do Adolescente, dos Direitos Humanos e Cidadania, da Segurança Alimentar, de Congressos, Simpósios, Fóruns e Palestras, participar de Grupos de Pesquisa da UFTM e de Ligas Universitárias.

A proposta de atuação do assistente social, na UFTM, tem como referência o Código de Ética do assistente social, o projeto ético-político do Serviço Social, a Lei n. 8.080 e as legislações específicas de cada especialidade/ diagnóstico e/ou Programa de Saúde.

A atuação do Serviço Social, hoje, ocorre através de ações e intervenções nos programas apresentados a seguir:

- Ambulatório de Moléstia Infecciosa em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO);
- Ambulatório de Neurocirurgia;
- Clínica de Dor;
- Doenças Infecciosas e Parasitárias – Ambulatório de Pediatria;
- Doenças Infecciosas e Parasitárias – Ambulatório da FUNEPU;

⁵⁰ São bens e serviços para o uso coletivo, oferecidos à comunidade por meio das políticas públicas e sociais. São meios de enfrentamento das necessidades e cidadania. Exemplos: casas de apoio, albergue, conselho tutelar, prefeitura, hospitais de outras localidades, outras cidades, dentre outros.

- Grupo de Aleitamento Materno (GAMA);
- Grupo de Sala de Espera no Ambulatório de pré-natal;
- Grupo de Sala de Espera no Ambulatório de puerpério;
- Grupo de Estudo e Pesquisa em Esclerose Múltipla;
- Medicina Fetal (grupo de sala de espera e atendimento individual);
- Programa de Doação de Órgãos;
- Programa de Assistência Multiprofissional ao Paciente Ostomizado (PAMPO);
- Programa de Assistência Multiprofissional à Gestante de Risco;
- Planejamento familiar – Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e Urologia;
- Programa de Humanização;
- Programa Saúde do Trabalhador (acidente do trabalho);
- Programa de Oncologia

Na atualidade, o Serviço Social atende a todas as unidades do Hospital Escola, como:

- Berçário
- Bloco Cirúrgico
- Clínica Cirúrgica
- Coronária
- Ginecologia e Obstetrícia
- Hemodinâmica
- Hematologia
- Clínica Médica
- Neurologia
- Ortopedia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pronto Socorro – adulto e infantil
- UIH (Unidade de Infecção Hospitalar)
- UTI (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal)
- UTI Infantil
- UTI Adulto
- UTI Coronariana
- UTR (Unidade de Terapia Renal)
- Apresenta-se, ainda, o atendimento, pelo setor da demanda do Hemocentro.

O Serviço Social desenvolve suas atividades durante as 24 horas no HE, de segunda-feira a segunda-feira. Apresenta uma média mensal de 625 atendimentos dentro do HE, 401 atendimentos nos programas e 167 em outros atendimentos externos, totalizando uma média de 1193 /mês e 14.316 atendimentos/ ano.

No ano de 2007, o Serviço Social completou 25 anos de sua implantação e para comemorar, o setor realizou, nos dias 8 e 9 de março, a 1ª Jornada de Serviço Social, com o tema “Ética, Qualidade de Vida e Saúde”. Além de comemorar a data, a proposta foi fortalecer os espaços de reflexão e discussão sobre a política de saúde e seu impacto nas ações interdisciplinares e as perspectivas de trabalho, imprescindíveis ao desenvolvimento de ações de qualidade e respeito aos usuários, familiares e equipe de saúde.

A Jornada teve como objetivos específicos⁵¹, estimular a discussão e reflexão sobre a ética, a qualidade de vida, e o papel da política de saúde na realidade da população; fomentar espaço interdisciplinar de reflexão e diálogo sobre as ações estratégias nas diferentes esferas de atenção à saúde; estabelecer a interlocução entre o ensino, a pesquisa e a extensão no ensino superior, através da organização de atividade de extensão que discuta o exercício profissional e a ética na área da saúde, fortalecer a integração entre servidores, docentes e discentes da UFTM e das demais instituições de ensino superior, bem como da comunidade, estimulando a produção de conhecimentos científicos.

Na efetivação da Jornada foi aberta à participação de servidores, docentes e discentes de graduação e pós-graduação, profissionais da saúde e assistentes sociais, pessoas da comunidade envolvidas ou interessadas na temática.

O evento contou com a participação⁵² de 630 pessoas procedentes de Uberaba, Uberlândia, Barretos, Itapagipe, Campo Florido, Campos Altos, Sacramento, Araxá, Delta, Conceição das Alagoas, Franca, União de Minas, Iturama, Conquista, Igarapava, Santa Juliana, Frutal, Fronteira e Água Comprida. Houve, também, a participação de outros cursos de graduação, como o de Pedagogia, Letras, Biologia (Meio Ambiente), Desenvolvimento Social, Biomedicina, Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Dentro da sua programação, o evento contou com a participação de Dr^a. Maria Lúcia Martinelli, que proferiu palestra sobre o tema. Ética e humanização: o exercício profissional na área da saúde. Contou ainda, com a participação da Dr^a Terezinha Azeredo Rios, que proferiu palestra com o tema, Qualidade de Vida: desafio ético.

⁵¹ Consta nos folders do evento e documentação interno do Setor de Serviço Social.

⁵² Documentação interna do Setor de Serviço Social.

Na realização da jornada, foram apresentados 56 trabalhos, na modalidade de resumos; foram apresentados 37 trabalhos, na modalidade de pôsteres, e houve 02 apresentações orais, sendo uma proferida por profissional do Serviço Social e outra, por discente do curso de Graduação de Serviço Social da UNIUBE. Foram entregues certificados de participação a todos os presentes.

A realização da I Jornada representou o resultado de lutas e conquistas ao longo dos 25 anos de sua implantação na área da saúde. Contribuiu ativamente para reflexões, discussões e aprofundamento do conhecimento referente à temática.

Ressalta-se que, ainda no ano de 2007, o Setor de Serviço Social da UFTM, promoveu o III Seminário de Estágio Supervisionado em Serviço Social: Pesquisa e Trabalho Profissional do Assistente Social na Saúde, no dia 28/06/2007, tendo sido realizado com a proposta de fortalecer o espaço de estágio supervisionado no setor e dar visibilidade e atividades, além de ser o término das atividades do estágio semestral. Contou com a participação de 52 pessoas, dentre as quais, 03 professores de outras instituições.

Outro importante avanço do setor para a consolidação do Serviço Social na UFTM foi encaminhado pela chefia do Serviço Social ao Reitor, em ofício datado de 13 de julho de 2006, reiterando sobre a proposta de criação do Curso de Graduação em Serviço Social, uma vez que já fora citado no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) de 2005 - 2015, na página 31, que consta: “avaliar a abertura e implantação do curso de Assistência Social”; solicitando o encaminhamento desta proposta para reunião da Congregação da Universidade, objetivando a discussão para inclusão desse curso entre os novos cursos indicados para abertura. No final do mesmo ano, foi encaminhado pelo Setor de Serviço Social à Reitoria, o Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social, estando como responsáveis pelo mesmo, as assistentes sociais Dr^a Rosane Aparecida de Souza Martins e Ivone Aparecida Vieira da Silva.

Referindo-se ao ano de 2008, realizou-se, no dia 16 de junho de 2008, a II Jornada de Serviço Social e Saúde da UFTM em comemoração ao dia do Assistente Social e como Seminário de Estágio Supervisionado em Serviço Social, com a temática “Reflexões acerca da intersetorialidade da política de saúde e da assistência social e o trabalho profissional”, sendo promovida em parceria com a Associação dos Assistentes Sociais de Uberaba.

No evento, em um primeiro momento, houve a apresentação de trabalhos das vivências de estágio curricular e projetos de extensão do 1º semestre de 2008 no HC da UFTM e no segundo momento aconteceram duas mesas redondas, sendo a primeira sobre o trabalho profissional e o estágio supervisionado: compromisso com a formação profissional de qualidade, com a participação das assistentes sociais Lea Lúcia Braga de Belo Horizonte, assessora política do

GRESS-MG, da Prof^a Valquíria Alves Mariano da UNIUBE, e da Prof^a Zélia de Oliveira Barbosa, da UNIPAC. Na segunda mesa, a temática foi - a intersectorialidade na política de saúde e da assistência social: o trabalho em equipe na contemporaneidade - que contou com a participação das assistentes sociais Prof^a Dr^a Íris Fenner Bertani, da UNESP de Franca/SP, de Lea Lúcia Braga e da Prof^a Dr^a Rosane Aparecida de Sousa Martins da UFTM e da UNIUBE.

Houve a participação de 112 pessoas, entre assistentes sociais de Uberaba e cidades da região e discentes de Serviço Social da UNIUBE, da UNIPAC, da UNOPAR e discentes de outras graduações da área da saúde.

Nesta perspectiva, visualizou-se os grandes avanços conseguidos e conquistados pelo Serviço Social nesses seus 25 anos de existência, de luta, de construção e desconstrução e uma nova edificação para prestar serviço ao seu público principal: a população usuária do Hospital de Clínicas.

O assistente social, para responder às demandas cotidianas, necessita ser um profissional crítico, propositivo e norteado pelo Código de Ética e Projeto Ético-Político. Sendo estes quesitos referências para o exercício profissional e, ainda, romper com o conservadorismo e construir uma nova intervenção “[...] encarada como uma das mediações entre o saber teórico-metodológico e os limites e possibilidades da prática profissional.” (BONETTI, 2005, p.172).

Em sua trajetória, o Serviço Social vem construindo referenciais teórico-metodológicos, princípios, valores, intervenções e estratégias embasados no Código de Ética, buscando a apreensão da realidade dentro de sua totalidade e respondendo com propostas de emancipação dos sujeitos e a efetivação de direitos.

Como uma das conquistas do setor é de ter conseguido um espaço de atendimento no Programa de Saúde do Trabalhador: acidentes do trabalho, que é o lócus da pesquisa, considera-se importante discorrer sobre o referido Programa, para melhor compreensão e conhecimento, desde sua implantação, até sua implementação e funcionamento, contextualizando-o, historicamente, até sua proposta atual de trabalho. É o que se apresentará no próximo capítulo, juntamente com a política de saúde.

CAPÍTULO 2 POLÍTICA DE SAÚDE – O APORTE TEÓRICO

2.1 Política de Saúde: contextualização histórica

Na pesquisa proposta, apresenta-se a preocupação de compreender o processo de “Saúde”, instituindo o processo sócio-histórico decorrente. Nessa perspectiva, somente em 1990 passou a ser encarada como política pública, tratando-se, portanto, de um fenômeno social. Assim, a primeira lei que discorre sobre acidentes do trabalho surgiu em 1919. Deste modo, para poder analisar e compreender este processo, torna-se necessária uma contextualização histórica referente à política de saúde, saúde do trabalhador e acidentes do trabalho.

A política social configura-se, no cenário mundial, no fim do século XIX e início do século XX, apogeu do capitalismo e aumento das desigualdades sociais. O Estado e a classe burguesa estabeleciam uma aliança de interesses e estratégias e, neste panorama, a política social surge para amenizar supostas tensões entre o Estado/Burguesia e a classe trabalhadora.

O Estado capitalista é uma garantia de manutenção das condições gerais de reprodução do capital e da produção, isto é, da acumulação capitalista. Ele assume os investimentos não rentáveis para o capital, assume os investimentos que demandam recursos que superam a disponibilidade dos capitais, transforma os recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, cria a infra-estrutura necessária para os investimentos e a circulação do capital, estabelece facilidades jurídicas e, sobretudo, gere a moeda e o crédito em favor da acumulação de capital, e investe em grandes empreendimentos, aplanando com tudo isto a concorrência intercapitalista (FALEIROS, 2000, p. 65).

A Previdência Social tem suas origens na Alemanha, mais especificamente no ano de 1881, quando foi implantada naquele país uma Legislação de Seguros Sociais que, posteriormente, se disseminou por toda a Europa. Époça em que, naquele país, a previdência surgiu como instrumento de neutralização das tensões sociais e como resposta ao perigo representado pela social democracia e a estabilidade do império alemão.

Reportando ao descobrimento do Brasil, em 1500, basicamente, o país foi colonizado por “degredados e aventureiros” desde seu descobrimento até a instalação do Império que, naquela época, não dispunha de nenhum modelo de atenção á saúde da população. Com a colonização, os portugueses, conhecidos pelos indígenas como homens brancos, trouxeram para o Brasil suas doenças que, conseqüentemente, contaminaram os índios. As principais

doenças eram a varíola e sarampo. Alguns anos depois, o negro trouxe novas doenças como filariose⁵³ e febre amarela.

A gênese da medicina no Brasil, ocorreu em meados do ano de 1500, com a vinda do primeiro médico juntamente com a frota de Pedro Álvares Cabral, conhecido como mestre João. Ele era físico e astrólogo, como caracterizava a medicina na época, pois este conhecimento correspondia a várias práticas profissionais.

Naquele tempo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e às pessoas que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam habilidades para a cura. Com a vinda da família real ao Brasil, houve a necessidade de se criar em condições mínimas de estrutura sanitária para dar suporte ao poder que se instalava. Destaca-se que, em 1850, as atividades de saúde pública eram limitadas, causando preocupação de controle dos navios e saúde dos portos, delegando as atribuições sanitárias às juntas municipais.

Segundo Salles (1971), eram poucos os médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império, sendo que, em 1789, no Rio de Janeiro, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. A inexistência de uma assistência médica estruturada fez com que proliferassem, pelo país, os boticários (farmacêuticos), que manipulavam as fórmulas prescritas pelos médicos, ou que eles próprios tomavam a iniciativa de indicar.

Em 1808, Dom João VI fundou, na Bahia, o Colégio Médico – Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mesmo ano, em novembro, foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar.

No início do século, época de grandes imigrações, a economia brasileira começou suas exportações, principalmente com o café e, como não havia nenhum modelo sanitário no país, na cidade do Rio de Janeiro a população era acometida por várias doenças⁵⁴, o que veio a gerar sérias conseqüências, tanto para a saúde coletiva, quanto para os outros setores da economia, como o do comércio exterior, uma vez que os navios estrangeiros evitavam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da precária situação sanitária existente naquela localidade, assim como corriam riscos, devido à possibilidade de proibição de aportar seus navios em outros países devido a essas endemias.

O Presidente do Brasil, na época, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o qual se propôs a erradicar a epidemia de

⁵³ Filariose ou filariase, ou elefantíase é causada por vermes que parasitam os vasos linfáticos do homem. É uma doença parasitária crônica causada por vermes nematóides (as filarias).

⁵⁴ Varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste.

febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Com esse objetivo, foi criado um exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. Mas, a falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causaram revolta na população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como *campanhista*⁵⁵.



Ilustração 35 - Oswaldo Cruz

Fonte: OSWALDO..., 2002, p. 75

A insatisfação da população aumentara com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal n. 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Com isso, surgiu um grande movimento popular que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina.

⁵⁵ Este modelo foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade era considerado os instrumentos preferenciais de ação.



Ilustração 36 - Charge sobre a revolta da vacina

Fonte: INDRIUNAS, 2008, online.

O modelo campanhista, apesar de arbitrário, obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, erradicando a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, o que contribuiu para fortalecer o modelo proposto, que se tornou hegemônico na área da saúde, durante décadas.

Segundo Cohn e Elias (1999), nesse momento histórico, a preocupação com a assistência à saúde estava voltada para o controle dessas endemias, com o intuito de potencializar as exportações brasileiras.

Na mesma época, em 1904, por intervenção do Decreto Legislativo n. 1.151, implantou-se a reforma Oswaldo Cruz que criou e organizou a Diretoria Geral de Saúde Pública, dando início às campanhas contra a Febre Amarela, Peste Bubônica e Variola, bem como medidas destinadas à promoção da higiene urbana, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz. De acordo com a reforma promovida por Oswaldo Cruz foram incorporados como elementos das ações de saúde:

- O registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população;
- A introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;
- A fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Em 1920, o sucessor de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, inovando o modelo campanhista⁵⁶ de Oswaldo Cruz que era puramente tido como fiscal e policial, introduzindo a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação.



Ilustração 37 - Carlos Chagas

Fonte: INDRIUNAS, 2008, online.

No mesmo sentido, criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra⁵⁷ e as doenças venéreas. Como problemas individualizados, destacaram a assistência hospitalar, infantil e higiene industrial. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery.

O modelo campanhista, tendo sob controle as epidemias nas cidades, deslocou a sua ação para o campo, visando o combate das denominadas endemias rurais, dado ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época. É importante destacar que este modelo foi amplamente utilizado pela SUCAM no combate a diversas endemias (Chagas, Esquistossomose e outras), sendo esta, mais tarde, incorporada à Fundação Nacional de Saúde.

Segundo Nunes (2000), nas décadas seguintes, o país foi tomado pelo desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, pelo crescimento do processo de

⁵⁶ Segundo Mendes e Dias (1991), desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitário campanhista, que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação de mercadorias e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a economia agro-exportadora, acentuada na monocultura cafeeira.

⁵⁷ Lepra, hoje conhecida como hanseníase.

urbanização. Uma das funções atribuídas à Saúde Pública, nesse período, era a da higienização e disciplinarização das cidades e da população, auxiliando na promoção da ordem e da moral diante da reorganização dos modos de se viver nas cidades.

O início do processo de industrialização, no país, se deu devido à acumulação capitalista advinda do comércio exterior, sendo que este processo foi acompanhado de uma urbanização crescente e da utilização de imigrantes, especialmente europeus⁵⁸ (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias. É importante frisar que os operários não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Com a vinda dos imigrantes, principalmente os italianos⁵⁹, pela experiência adquirida na Europa, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil para a luta pela conquista dos seus direitos.

Concorda-se com Braga quando afirma (BRAGA e PAULA, 1986: 41-42 apud BRAVO, 2006) que a saúde emerge como “questão social”, no Brasil, no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

Na mesma ocasião, em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantia de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país: uma, em 1917, e outra, em 1919. Através das greves, começaram a conquistar alguns direitos sociais. No Brasil, a primeira lei que discorre sobre Acidentes do Trabalho (legislação acidentária) surgiu em 1919 e baseava-se na responsabilização da empresa pela indenização dos acidentados, deixando a cargo da polícia a função de registrar tais acontecimentos.

Desta forma, o modelo previdenciário surgiu, na década de 20, como projeto da classe empresarial com o objetivo de assegurar condições mínimas de estabilidade aos trabalhadores e esvaziar conflitos e tensões que despontavam na classe operária através de uma abordagem reformista da questão social.

Neste sentido, a seguridade social está intrinsecamente ligada à “questão social”, ou seja, o surgimento da pobreza carece de algum tipo de proteção social, considerando a formação do proletariado urbano-industrial e das transformações sociais políticas e econômicas decorrentes da Revolução Industrial.

⁵⁸ Visto que os mesmos já possuíam grande experiência neste setor de indústrias, que na época era muito desenvolvido na Europa.

⁵⁹ Traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus.

Neste contexto, Mota (1995, p. 191) ressalta que:

O reconhecimento da desigualdade social, inerente às relações sociais que se estabelecem sob o capitalismo, imprime um caráter contraditório à seguridade social. Este reconhecimento, além de exigir ações compensatórias (para aqueles impossibilitados de trabalhar), cobertura nas situações de riscos do trabalho (doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário) e manutenção da renda (benefícios e pensões) formadoras de uma política social, inscreveu o reconhecimento das necessidades de manutenção e reprodução da força de trabalho na esfera dos direitos sociais.

Constata-se que a gênese da política social parte da premissa estratégica da sociedade capitalista, configurada a partir de um enfoque compensatório e não emancipatório, em que a relação do empregado com o empregador é de dependência e submissão e o Estado, por sua vez, estabelece sua aliança com a classe dominante. Visto que partiu-se de pressupostos históricos, a política social permeia dessa forma até a atualidade.

Com o crescimento do movimento operário, a insatisfação e mobilização por melhores condições de vida e melhores salários, a burguesia viu, no reconhecimento dos direitos de cidadania política e social, uma forma de conter supostos conflitos, ou seja, mesmo sendo uma estratégia burguesa, pressupõe avanços no que diz respeito às primeiras legislações e medidas de proteção social. Conforme afirma Behring e Boschetti (2006, p. 79):

[...] Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social.

No cenário brasileiro, observa-se, no contexto histórico precedente a 1930, algumas medidas de proteção social que, de fato, não contemplavam os direitos dos cidadãos, o que persiste até os dias atuais.

A partir da década de 1920, o sistema de saúde se modificou do Sanitarismo Campanhista para o modelo Médico Assistencial Privatista e /ou modelo Liberal Privatista. Este modelo se baseava em ações curativas, as quais não beneficiavam toda a população, mas somente os trabalhadores contratados pelo regime de Consolidação das Leis do Trabalho⁶⁰ (CLT). Era um atendimento centralizado no setor privado vinculado e beneficiado pelo

⁶⁰ A CLT foi criada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Na CLT, estão as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho e as normas de direito material e processual relacionadas ao direito trabalhista.

governo federal. Este modelo perdurou até o final de 1980, até chegar ao modelo plural de hoje, que inclui como sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este modelo que se iniciou na década de 1920, no Brasil, com a assistência médica previdenciária, a qual recebia forte influência da Medicina Liberal. Tinha como objetivo oferecer assistência aos trabalhadores urbanos e industriais, pois era necessário cuidar, fisicamente, dos corpos dos trabalhadores para que eles tivessem uma excelente capacidade produtiva para o trabalho.

Para Bravo (2006, p. 90),

A saúde pública na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922.

Na mesma época, devido à crescente necessidade de exportar café, foi necessário construir as primeiras estradas de ferro no Brasil, ocasionando contratações de muitos trabalhadores e, como consequência, houve um aumento nas reivindicações desses trabalhadores por uma política de saúde ligada à previdência social.

Enfatizando a análise de Behring e Boschetti (2006, p. 81) explicita-se que:

O fundamental neste contexto do final do século XIX e início do século XX, é compreender que nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Essa situação começa a se alterar nos anos de 1920 e sofrerá mudanças substanciais a partir dos anos de 1930.

O Sistema de proteção social ao trabalho, no Brasil, iniciou-se em 24 de janeiro de 1923, com a Lei Eloy Chaves⁶¹, Lei n. 4.682. Esta lei⁶² institui o Fundo Especial de Aposentadoria e Pensões, a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores ferroviários que, posteriormente, estendeu-se para outras categorias.

⁶¹ Marco inicial da previdência social no Brasil, conforme Anexo E.

⁶² Esta lei, preceitua as seguintes considerações:

1. a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato este que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL.
2. Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.
3. A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

A primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão criada foi a dos ferroviários, justificada pela importância que este setor desempenhava na economia do Brasil, naquela época, e pela capacidade de mobilização da categoria.

O ano de 1923 é a chave para a compreensão do formato da política social brasileira no período subsequente: aprova-se a lei Eloy Chaves, que institui a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, a exemplo dos ferroviários e marítimos, dentre outros. [...] O Brasil tinha uma economia basicamente fundada na monocultura do café voltada para a exportação - eis aqui a base da nossa heteronomia -, produto responsável por cerca de 70% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Por isso os direitos trabalhistas e previdenciários foram reconhecidos para aquelas categorias de trabalhadores inseridas diretamente nesse processo de produção e circulação de mercadorias (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 80).

Considerando os aspectos ressaltados acima por Behring e Boschetti, é importante destacarmos que a Lei Eloy Chaves foi uma estratégia do governo, dando ênfase à produção e comercialização de produtos, marcando, assim, o início da previdência social brasileira, que daria cobertura apenas ao operariado urbano, pois não era interessante para a oligarquia estender tais benefícios para os trabalhadores rurais. E esta exclusão foi uma das condições para a aprovação da lei no Congresso Nacional. O quadro se alteraria somente na década de 1960, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Segundo Possas (1981, p. 324): “[...] tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores”.

A comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa, um dos quais assumia a presidência da comissão e dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos. Segundo Possas (1981), esse regime de representação direta das partes interessadas permaneceu até a criação do INPS (1967).

A esse respeito, dizem Silva e Mahar (apud OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985),

A lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da união. Havia, isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) refere-se à contribuição pelos empregados, empregadores e União foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1º, art. 21).

Entretanto, as CAPs só eram viáveis para empregados de grandes empresas, já que as pequenas empresas não conseguiam operar em modelo securitário e cobrir todos os benefícios. Isto levou o governo, a partir de 1933, a reestruturar o modelo através da fusão das caixas em Institutos de Aposentadorias e Pensões por categoria profissional (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários – IAPB), dos Industriários (IAPI), dos Comerciários (IAPC), etc. Os Institutos cobriam os trabalhadores de todas as empresas do país que exercessem a mesma atividade e foram sendo criados segundo o poder de pressão de cada uma das categorias profissionais.

No sistema das Caixas estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher, mensalmente, o conjunto das contribuições e, ainda, além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários e médico. Quanto aos acidentados no trabalho, esta mesma lei, em seu artigo 27, previa a obrigatoriedade das CAPs em arcar com a assistência aos trabalhadores.

A criação das CAPs deve ser entendida, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado à crescente importância da questão social.

Nesta época, entre 1922 a 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas e que tiveram, como efeito, a diminuição do poder das oligarquias agrárias. Em particular, atuaram, no Brasil, as crises internacionais de 1922 a 1929, tornando mais agudas as contradições sobre a política dos governadores.

Pode-se dizer que a década de 1920 definiu grandes traços que permeiam, até os dias de hoje, no sistema previdenciário brasileiro. Cohn e Elias (1999, p. 15) pontuam alguns aspectos relevantes, para se pensar neste período:

- instituição, por iniciativa do Estado, da implementação de um seguro social com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia brasileira, tanto no sentido de disciplinar essa força de trabalho quanto no sentido de lhe assegurar formas mínimas de sobrevivência ante os acidentes e as conseqüências do esgotamento da sua capacidade para o trabalho;
- a forma tripartite de financiamento - empregadores, trabalhadores e estado -, este último arrecadando recursos para tal fim a partir da criação de novos impostos. É exemplo disso o próprio decreto nº 4.682, que estabelece um aumento das tarifas as estradas de ferro de 1,5%. Uma vez que a contribuição dos empregadores sob a rubrica de encargos sociais é contabilizada no custo de produção e repassada para o preço final do produto ou serviço prestado, e que o Estado – historicamente devedor da Previdência Social -, ao instituir o seguro, institui igualmente que os recursos públicos não serão a ele destinados, é sobre o trabalhador que recai a responsabilidade e o ônus de arcar com o custeio desse seguro, por meio do desconto direto do salário e na condição de consumir de bens e serviços;
- o acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social. No caso das CAPs, organizadas por empresas e portanto contando com um volume de recursos insuficientes para a construção de uma infraestrutura de serviços médicos, estes passam a ser por elas ofertados a partir da compra de serviços privados, sob a forma de credenciamento médico. Datam,

portanto dessa época as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos;

- o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, que na prática prevalece até hoje, elegendo como população-alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados.

Em 1930, comandada por Getúlio Vargas, é instalada a revolução que rompe com a política do café com leite entre São Paulo e Minas Gerais, que, sucessivamente, elegiam o Presidente da República.

Desta forma, a década de 1930 foi marcada pelo governo do presidente Getúlio Dornelles Vargas, também conhecido como “Pai dos Pobres”, que dominou a vida política brasileira durante quase 20 anos. A principal característica deste período era o populismo, ou melhor, a preocupação dos governantes era de agradar a população de baixa renda, que, sendo a maioria, fortalecia o poder.

O populismo, é um movimento de integração controlada das classes subalternas para certos benefícios sociais, mobilizando-as em torno de consignas ambíguas e imprecisas que apelam aos seus sentimentos e interesses imediatos. Essa mobilização contribui para o esvaziamento das relações de classe, transformando-as em relações pessoais dos indivíduos com o Estado. Desta forma, o populismo aparece, como o corporativismo, para a integração das classes subalternas, sem necessariamente passar por organismos de base, mais por indivíduos-apoio. Essas organizações de interesses comum imediato, representam um papel importante na implantação do populismo, à medida em que se transforma em “sucursais” do aparelho do Estado (FALEIROS, 2000, p. 112).

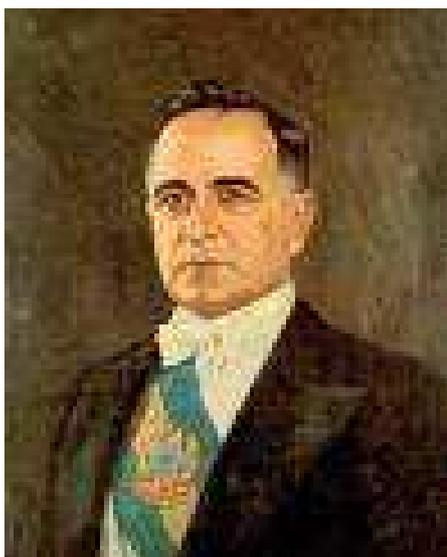


Ilustração 38 - Getúlio Vargas

Fonte: Brasil Imagens Getúlio

Para melhor caracterizar este período, Faleiros (1992, p. 14) ressalta:

A ideologia da colaboração está ligada à proteção social. Esta, na fala dos políticos, visa dar o sentimento de segurança e garantias aos “mais fracos” da sociedade, aos mais desprotegidos, aos carentes, aos marginalizados, aos pobres. Nesse discurso, a sociedade aparece dividida entre fracos e fortes, pobres e ricos, favorecidos e desfavorecidos pela sorte, encobrendo-se as divisões mais profundas entre exploradores e explorados, dominadores e dominados.

Nesta conjuntura, as características econômicas e políticas possibilitaram o surgimento de políticas nacionais que respondessem às expressões da questão social. Era necessário transformar em questão política, com a intervenção estatal, a criação de parâmetros que contemplassem os assalariados urbanos, vistos como sujeitos sociais importantes no contexto nacional.

Dentre os principais acontecimentos em seu governo, na década de 1940, destacam-se:

- criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA);
- criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU);
- instituição do salário-mínimo;
- reestruturação do Ministério da Educação e Saúde;
- promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);
- criação do Imposto Sindical;
- criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social;
- criação da nova legislação sobre acidente de trabalho;
- criação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), implantado em regiões insalubres (Amazônia e Minas Gerais);
- constituição de fontes de matérias-primas (borracha, mica, quartzo), utilizadas pelos aliados na II Guerra Mundial.
- criação do Departamento Nacional da Criança;
- criação da Comissão Nacional de Alimentação;
- criação do Serviço Social do Comércio (SESC);
- criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)
- criação do Serviço Social da Indústria (SESI);
- criação do Serviço Nacional de Aprendizagem (SENAI) e;
- criação da Lei Orgânica do Ensino Comercial e da Fundação da Casa Popular.

Vargas governou o Estado Novo, que era fruto da junção entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial, com regime ditatorial, após o golpe de 1937 até 1945, quando

ocorreu o Golpe Militar, colocando um fim ao Estado Novo. Posteriormente, realizaram-se eleições previdenciárias, ficando eleito o general Eurico Gaspar Dutra e Getúlio, eleito senador. O que demonstra, desde essa época, o caráter de “perpétuo” estado de poder pessoal na política brasileira.

Neste mesmo período, foi escolhida, também, a Assembléia Constituinte, que preparava a Constituição de 1946, a qual previa um plano em que a intervenção do Governo seria somente na Saúde, Alimentação, Transporte e Energia - Plano (SALTE).

Nesta perspectiva, Getúlio Vargas reassumiu o poder em 1951, por meio de eleições diretas apoiadas pelos líderes do operariado, além de grandes empresários. Vargas procurou desenvolver uma política nacionalista e intervencionista, colocando em 1º lugar a defesa dos interesses econômicos brasileiros. Com a classe trabalhadora se organizando, a burguesia nacional, os militares direitistas e os conservadores começaram a acusar o governo de Getúlio de corrupção administrativa e infiltração comunista. Em 24 de agosto de 1954, após redigir uma carta na qual acusava grupos nacionais e internacionais de serem contra sua política de defesa do trabalhador, Getúlio Dornelles Vargas suicidou-se com um tiro no peito.

A era Vargas foi constituída por uma política pragmática.

Neste sentido o getulismo demonstrou enorme competência ao captar algumas das principais reivindicações dos trabalhadores urbanos, reelaborá-las e devolvê-las como se fossem uma dádiva do Estado. Getúlio as apresentava como um presente para as massas, como um pai que se antecipa e doa para seu povo algumas de suas principais reivindicações. Esse foi o centro da arquitetura sociopolítica getulista, necessária para manter o seu projeto nacionalista, estatal e industrial, num país aprisionado e dominado por estratos burgueses-oligárquicos arcaicos e atrasados e por uma burguesia industrial tão emergente quanto contingente (ANTUNES, 2006, p. 501)

Neste sentido, além dos interesses econômicos, foi colocada em pauta a regulamentação do trabalho, com o interesse de estabelecer um contrato capital-trabalho, bem como o enfrentamento da questão social, colocada até aquele momento, como questão de polícia. Esta política era pautada na troca de favores, estabelecendo alianças para a cooptação do poder. Este modelo político foi chamado de corporativismo, em que prevaleciam os interesses dos governantes da época.

Corporativismo, consistia na articulação da harmonia entre patrões e empregados pela transformação dos sindicatos em órgãos do Estado e pela atribuição a eles de funções assistenciais. Segundo essa política, os próprios trabalhadores seriam instrumentos de prestação de assistência à sua classe, o que institucionalizou o clientelismo e o peleguismo entre os operários. O peleguismo significa a formação de elementos intermediários para amortecer os conflitos entre as classes, assim como os pelegos amortecem os contatos entre o cavaleiro e o cavalo (FALEIROS, 1992, p. 69).

Com a vitória do movimento, houve mudanças significativas na estrutura do estado, objetivando promover a expansão do sistema econômico e, ao mesmo tempo, uma nova legislação que efetivasse essas mudanças. Foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista. Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, foram desintegradas as atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça) e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores, como: fiscalização de produtos de origem animal que ficou a cargo do Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que vinculou-se ao Ministério do Trabalho.

Em 1934, com a nova Constituição, o estado instituiu uma política social de massas que se configurou no capítulo sobre a ordem econômica e social. Em 1937 foi promulgada nova Constituição que reforçava o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura).

Em 1939, regulamenta-se a Justiça do Trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçadas a partir de 1940, com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical.

As principais abordagens adotadas para a saúde pública, no período de 1930⁶³ a 1940, foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias rurais (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937, Serviço de Malária do Nordeste, 1939, Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAVO, 2006, p. 91).

O ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas foi a crescente massa assalariada urbana, através de um regime corporativista.

⁶³ Getúlio Vargas ao decretar sua legislação sindical, forçou a filiação dos trabalhadores ao sindicato oficial, desestruturando desse modo o sindicalismo autônomo existente no pré-1930. Essa modalidade de sindicato de Estado tornou-se um órgão assistencialista, com centros de saúde, serviços, advogados, lazer, etc., uma vez que era proibido o exercício da luta de classes. Com a criação do imposto sindical e da lei de enquadramento sindical, no final da década de 1930, consolidou-se fortemente o domínio do Ministério do Trabalho sobre os Sindicatos.

Na ocasião, foram promulgadas as leis trabalhistas, que procuravam estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador ao mesmo tempo que se criava a estrutura sindical do estado.

Referindo-se à previdência social, a política do estado pretendeu estender, a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência.

Neste sentido, as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresas.

Os IAPs foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim, em 1933, foi criado o primeiro Instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); em 1934, o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB); em 1936, o dos Industriários (IAPI) e, em 1938, o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

Segundo Nicz (1988), além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAPs tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização.

No momento desenvolvimentista e populista, parecia que o próprio crescimento iria absorver o grande contingente populacional {...}As grandes obras de infra-estrutura desenvolvidas pelo Estado absorveram quantidades ciclópicas de recursos e o processo de concentração de renda e de poder levou a uma pauperização cada vez maior da população. (FALEIROS, 1997, p. 24).

Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes. Até então, a assistência médica previdenciária não tinha relevância, nem por parte do governo e de reivindicações da massa trabalhadora, ficando no plano secundário no que dizia respeito ao desenvolvimento de ações e serviços prestados. Ou seja, somente com o desenvolvimento industrial brasileiro e o crescimento da urbanização, a assistência médica sofreu pressões por parte dos institutos e, conseqüentemente, ocorreu um mínimo crescimento do atendimento médico aos previdenciários, por meio de um novo complexo médico hospitalar, privilegiando, assim, a contratação de serviços terceirizados. Em contrapartida, Bravo (2006, p. 93) assim retrata:

[...] apesar das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos.

Esse período também é marcado pela mercantilização da assistência médica no Brasil, como reporta Bravo (2006, p. 92):

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.

Verifica-se que, na segunda metade da década de 50, com a crescente urbanização, com o grande desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, maior demanda de pessoas assalariadas, ocorreu maior pressão pela assistência médica, o que viabilizou o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, época em que se privilegiou, abertamente, a contratação de serviços de terceiros.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que foi apenas um desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, sem que isto significasse novas preocupações com os problemas de saúde pública do país.

A criação do Ministério da Saúde em 1953, se por um lado evidencia mais uma vez a importância relativa da Saúde Pública na política estatal da saúde, mostra também seu caráter secundário no conjunto das prioridades políticas do Estado Brasileiro. Com efeito, na partilha do espólio do antigo Ministério da Educação e Saúde, coube ao setor saúde a menor parte: a fração menor orçamento, atribuição de apenas um terço do imposto sobre Educação e Saúde, etc. (BRAGA, 1981, p. 57)

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

Na época, a maioria das ações de saúde pública se reduziram a meros aspectos normativos, sem efetivação de soluções práticas diante aos problemas sanitários que a população brasileira enfrentava, devido, principalmente, à escassez de recursos financeiros, pulverização de recursos humanos e materiais e conflitos de gestão.

2.2 Lei Orgânica da Previdência Social e a trajetória da saúde no Brasil até a atualidade

A Lei Orgânica de Previdência Social foi, finalmente, sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político em que os representantes das classes trabalhadoras recusavam a unificação, pois isto representava o abandono de muitos direitos conquistados, além de significarem importantes feudos políticos e eleitorais na época. Assim, em 1960, foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência.

Somente em 1963 é que foi promulgada a Lei n. 4.214, de 02 de março, que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

A Lei previa uma contribuição tríplice com a participação do empregado, empregador e a União. O governo federal nunca cumpriu a sua parte, o que, evidentemente, comprometeu seriamente a estabilidade do sistema.

O processo de unificação, previsto em 1960, se efetivou em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), produto da fusão dos IAPs, sofreu a forte influência dos técnicos oriundos do maior deles, de tendências absolutamente privatizantes criaram as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, característica⁶⁴ marcante deste período.

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAPs. Na medida em que todo o trabalhador urbano, com carteira assinada, era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era o da assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios.

⁶⁴ Vale ressaltar que não havia um interesse em que os serviços públicos funcionassem e, para favorecer os serviços privados, os hospitais, ambulatórios e centros de saúde públicos começaram a decair mais.

Com o aumento de contribuintes e beneficiários, o governo militar viu-se na obrigação de alocar recursos para atender à necessidade de ampliação do sistema, tendo que direcionar para a iniciativa privada.

Para manutenção do novo sistema, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial.

Este sistema foi-se tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo, quanto do financeiro, dentro da estrutura do INPS, o que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978.

Em 1974, o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Juntamente com este Ministério, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados.

Também na década de 70 é que algumas categorias profissionais conseguiram os benefícios previdenciários, como os trabalhadores rurais com a criação do PRORURAL, em 1971, e os empregados domésticos e os autônomos, em 1972.

Referindo-se ao campo da organização da saúde pública, no Brasil, foram desenvolvidas as seguintes ações no período militar, conforme:

- Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário;
- Em 1970 criou-se a SUCAM (Superintendência de Campanhas da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária.
- Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (POLIGNANO, online, p. 16).

Na época, verificou-se que o documento reconhecia e oficializava a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde que, dessa forma, foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou, na prática, uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS.

No ano de 1967, foi promulgada a Lei 200, a qual definiu as atribuições do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde, responsabilização pelas atividades médico-ambulatoriais e ações preventivas, controle de drogas e medicamentos, pesquisas em geral.

Em resumo, Bravo (2006, p. 95) destaca o período ditatorial sob a égide a política de saúde:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições do Sistema de Saúde.

Tendo como referência a necessidade de expandir cobertura, em 1976, iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS se configurou como o primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal e permitiu a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de estado.

O programa foi estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

Neste período, não se pode esquecer do Movimento da Reforma Sanitária, desencadeado por profissionais do setor de saúde e intelectuais de suma relevância no cenário da política de saúde brasileira, que se caracterizou por fazer denúncias contra a ditadura⁶⁵ e por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente, sendo um movimento que almejava a saúde como um direito universal, em que tivesse o controle social e a participação dos sujeitos coletivos nesse processo.

Nesta época, vários movimentos populares buscaram a democratização do país em busca de direitos sociais e por sua efetivação. Foi necessário conhecer os determinantes

⁶⁵ Segundo BRAVO (2006, p. 93): “A ditadura militar significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas profundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.”

históricos envolvidos neste processo para que se pudesse analisar e compreender tais movimentos e ações que desencadearam na Reforma Sanitária.

O movimento sanitário foi de suma importância para o avanço no setor saúde, com um novo olhar capaz de compreender todo o processo que, hoje, reflete nas políticas sociais, mais especificamente na política de saúde. É necessário situar determinações que pressuponham um entendimento da saúde pública decorrente da correlação de forças entre Estado, acumulação do capital e a ideologia de programas sanitários. Para isso, recorremos a uma afirmação de Campos e Campos (1992, p. 31), que diz:

Historicamente, a Saúde Pública sempre ficou a cargo do Estado, uma vez que por sua própria natureza é incompatível com a racionalidade do mercado. No entanto, a saúde pública, levada às suas últimas conseqüências e, portanto, entendida como um instrumento coletivo de defesa da vida, tende a tornar-se anticapitalista. Não necessariamente socialista, mas a opor-se à lógica da acumulação de riquezas. Os programas sanitários podem freqüentemente, se colocar em antagonismo aos interesses imediatos de grupos econômicos, de governantes. Enfim, de forma absoluta não haverá uma contradição radical com o sentido mais geral do desenvolvimento capitalista, mas, certamente, criar-se-ão empecilhos e dificuldades aos ritmos e padrões de crescimento e acumulação de bens, principalmente em países onde predomina claramente o interesse econômico sobre o bem-estar social, como é o caso brasileiro.

O modelo anteriormente proposto entrou em crise, devido à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde. Conseqüentemente, na intenção de conter custos e combater fraudes, o governo criou, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS.

O CONASP passou a contar com alguns técnicos ligados ao movimento sanitário ocupando postos importantes, o que deu início à ruptura, por dentro, da dominância dos previdenciários, iniciando-se o seu plano, combatendo-se as fraudes através da fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados.

Com o agravamento da crise financeira, o sistema redescobriu, quinze anos mais tarde, a existência do setor público de saúde e a necessidade de se investir nesse setor que trabalhava com um custo menor e atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência.

Nesta direção, em 1983, foi criada a Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passou a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Neste momento histórico:

Distintas políticas racionalizadoras foram empreendidas no período autoritário na tentativa de responder à crise do setor saúde, tais como: a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei n.º 6.229/75), a implantação de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais e periferias urbanas, a organização de sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (conhecido como Plano do CONASP) e a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais políticas, entretanto não foram suficientes para responder aos problemas da atenção à saúde no Brasil, de modo que movimentos sociais passaram a propugnar a criação de um Sistema Único de Saúde e o desencadeamento da Reforma Sanitária Brasileira, com integrantes do processo de democratização do Estado e da sociedade. (BRASIL, 2006, p. 16)

Historicamente, o movimento das Diretas Já (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, levando a uma efetiva participação de secretários municipais e estaduais de saúde, que foram os responsáveis pela criação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que muito contribuíram na grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde⁶⁶ (1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

No cenário brasileiro, na década de 1980, imperava essa realidade em que se firmava o projeto neoliberal consolidando, na arena social, uma reforma sanitária com a intenção de um estado mínimo confrontando um quadro político e econômico desfavorável. A previdência social brasileira viu-se em meio a uma crise de cunho ideológico, financeiro e político-institucional, culminando, já no início dessa década, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi convocada pelo governo em 23 de julho de 1985, devido à pressão do movimento crescente dos trabalhadores e do próprio movimento da reforma sanitária.

A VIII Conferência foi realizada em março de 1986, e contou com a participação de mais de 4.500 pessoas dentre os mil delegados e representantes do governo e dos prestadores de serviços de saúde. Foi discutida uma nova proposta de política de saúde no Brasil, com a mudança do modelo de atenção. Aprovou-se relatório com as orientações e os princípios que nortearam a proposta de criação do modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Neste sentido, a realização da Conferência legitimou os princípios e a doutrina do Movimento da Reforma Sanitária para a saúde do Brasil e prevaleceu como diretriz básica

⁶⁶ Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da nossa Constituição Federal de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde.

para assegurar a descentralização, o que resultou no relatório final da Conferência o qual serviu de base para elaboração do capítulo da saúde, consagrando-se, assim, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, em relação à Reforma Sanitária, em que estão expostos os princípios doutrinários do SUS como política de saúde.

A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico científico: o Projeto de Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a saúde, é o que queremos para a sociedade brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 10).

Estes fatos ocorreram concomitantemente à eleição da Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, pós-regime militar, com a responsabilidade de elaborar a Constituição do país tendo com referência o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, aprovada em 1988, com a promulgação da nova Carta Magna, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, ficando estabelecidos os princípios do Sistema Único de Saúde.

Portanto, a Constituição Brasileira de 1988, teve o SUS como política de Saúde do Brasil que dispunha na Seção II, da Saúde, Art.196: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualdade às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do SUS que, efetivamente, representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando a saúde da previdência, com ampla reforma sanitária. A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde.” (BRAVO, 2004, p. 77).

Em 1990, o Governo editou as Leis n. 8.080⁶⁷ ⁶⁸ e n. 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988.

O SUS é definido pelo artigo 198, do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

⁶⁷ Sancionada pelo então Presidente em exercício Fernando Collor de Mello e o Ministro da Saúde Alcení Guerra.

⁶⁸ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III. Participação da comunidade
- Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional demonstra, claramente, que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva.

O SUS, além de conceber a saúde de forma mais abrangente, foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderia participar do SUS, em caráter complementar.

E ainda, o Sistema Único de Saúde, foi considerado:

O SUS é uma das estratégias do Projeto de Reforma Sanitária, que foi fruto de lutas e articulações dos profissionais da saúde articulados ao movimento popular. Uma das preocupações do projeto era assegurar que o estado atuasse em função da sociedade “pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte pela saúde”. (BRAVO, 2004, p. 113)

O Sistema Único de Saúde, embora tenha sido definido na CF/88, somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei Orgânica de Saúde (LOS), e complementado pela Lei 8.142, instituído, posteriormente, pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS.

Quanto ao financiamento, a CF/88 no (art. 198) assegurou que o orçamento seria de responsabilidade da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes.

O SUS possui três mecanismos de transferência de recursos dos níveis de governo, são elas: transferência fundo a fundo, em que os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais e municipais; transferência por serviços produzidos, na qual os recursos são pagos diretamente a prestadores da rede estadual ou privados, contratados ou conveniados e transferência por convênio, em que os recursos são repassados via convênio, de caráter descentralizado nos diversos programas e ações de saúde.

A proposta apresentada pela LOS, define os papéis de cada instância governamental e seus planos de gestão, estrutura e financiamento, bem como a esfera de competência de cada

um. Define, também, a execução das ações de saúde do trabalhador, da assistência terapêutica, corporal e farmacêutica e as políticas de vigilância sanitária e epidemiológica.

A forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios deveria se basear nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOB⁶⁹ – Normas Operacionais Básicas que regulamentaram a aplicação desta lei.

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Criaram-se novas instâncias de decisão e controle social, uma vez que inseriu-se, na arena de discussão das políticas públicas de saúde, a representação paritária de segmentos diferenciados da sociedade (representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviço e usuários), com o estabelecimento de fóruns e conselhos de âmbitos Federal, Estadual e Municipal.

O controle social na saúde é um direito conquistado que advém do capítulo da saúde da CF de 1988, mais precisamente do princípio “participação popular”.

Historicamente a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou empresariado sobre as massas. É nessa concepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia. (BRAVO, 2006, p. 83)

Em seu Art.1º, a Lei n. 8.142 define que o SUS constará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Sobre o controle social na saúde, Raichelis Degenszajn (2006, p. 83) ressalta:

O controle na saúde é um direito conquistado, que advém do capítulo da saúde da Constituição Federal, mais precisamente do princípio “participação social”. Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa aceção que quase sempre o controle social é usado na sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o de participação da população no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

⁶⁹ Entende-se por Norma Operacional Básica o instrumento normativo infralegal maior de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS).

Como principal mecanismo de controle social⁷⁰ existem os conselhos de saúde formados por vários segmentos da sociedade civil, quais sejam: usuários dos serviços de saúde, prestadores públicos e privados e trabalhadores do setor de saúde, além do poder público de caráter permanente, deliberativo e paritário; ou melhor, a sua composição e representação dos usuários deverá ser paritária⁷¹ em relação a todos os outros segmentos.

Neste sentido, não ocorrendo a paridade, poderá haver um descomprometimento legal previsto na Lei n. 8.142, significando que qualquer cidadão poderá, através de seus representantes no conselho de saúde, acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços de saúde público e privado, representando contra qualquer ato que julgue atentatório ao direito à saúde. Portanto, é de extrema importância divulgar a existência e promover a participação de todos nos Conselhos⁷², partindo-se da comunidade local, a fim de que esta venha a manifestar-se junto aos conselhos de saúde quanto às reais necessidades verificadas no coletivo, programações de ações e serviços, e enfim, participando na redefinição das políticas públicas de atenção à saúde a serem efetivadas na sua prestação à população.

Conforme o §2º, da Lei n. 8.142, define-se o Conselho de Saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Nessa direção, compete aos conselhos de saúde⁷³ atuarem na discussão, definição e deliberações de ações e políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

Referindo-se às Conferências de Saúde, estão previstas para serem realizadas em cada esfera de governo, a cada quatro anos, mediante convocação do Poder Executivo ou pelos

⁷⁰ O controle social da Política de Saúde do SUS é um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços.

⁷¹ A Resolução n. 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 2003, define que a composição do mesmo deve ser de 50% de usuário, 25% de gestores e prestadores de serviço públicos ou privados e 25% de trabalhadores da saúde. Esta resolução é desrespeitada por alguns gestores que a consideram como recomendação.

⁷² Conforme o Art.36, da Lei n. 8.080/90, o processo de planejamento do SUS, será ascendente do nível local até o Federal, ouvidos seus órgãos deliberativos.

⁷³ Conforme relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, de 2004, os Conselhos de Saúde têm avançado significativamente no processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, mas enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-estrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselhos nas relações com seus representados.

conselhos de saúde, objetivando avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverá contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de Recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salário (PCCS).

O Ministério Público tem como função garantir a efetiva assistência à saúde dos cidadãos, trabalhando em conjunto com a sociedade para buscar o respeito à legislação vigente e o direito de todos ao acesso digno de um serviço de saúde sem a problemática apresentada.

Em consequente, o SUS estabelece os princípios e diretrizes para as ações e serviços de saúde: universalidade de acesso; integralidade e equidade; direito à informação, inclusive quanto ao potencial dos serviços a seus usuários; utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades; alocação de recursos e orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a descentralização para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços; integração executiva das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados e Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.

Partindo dessa premissa, o SUS tem como atribuições e objetivos:

- identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- formular as políticas de saúde;
- fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;
- executar as ações visando a saúde do trabalhador;
- participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; participar da política de recursos humanos para a saúde;
- realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesses para a saúde
- fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

- participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Quanto à organização dos serviços de saúde, Cohn e Elias (1999, p.42-43) destacam as características em sua estrutura, mesmo depois da CF/88, sendo assim caracterizados:

- a) Altamente centralizado: as definições de diretrizes e prioridades para o setor (incluindo formas de financiamento) são elaboradas pelo governo federal e pelo Executivo; aos Estados e Municípios resta pouca autonomia, cabendo a eles mais o papel de implementadores das diretrizes traçadas pelo nível federal, restando-lhes pouco espaço para o papel de formuladores de políticas próprias mais adequadas às reais necessidades de saúde da população do município;
- b) Acentualmente privatizado: na medida em que crescentemente a assistência médica individual (o atendimento ao doente) é realizada pelo setor privado pago pelo Estado com recursos da Previdência Social (INPS e depois INAMPS e atualmente a Secretaria de assistência à Saúde), definindo-se o investimento na área da saúde com recursos do orçamento da União como não-prioritário, chegando-se ao ponto de hoje cerca de 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado serem produzidos pelo setor privado;
- c) Crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira: afirmam alguns especialistas da área que 80% dos problemas de saúde da população brasileira seriam passíveis de serem resolvidos pelo atendimento de primeira linha (rede básica de serviços de saúde: centros médicos de saúde, ambulatórios etc.); no entanto, criou-se no país uma infra-estrutura de serviços altamente complexa, com alta densidade tecnológica, sem integração e hierarquização dos serviços de acordo com sua complexidade tecnológica. Como resultado, a população passa a ser atendida por serviços cuja lógica de acesso não responde à relação disponibilidade tecnológica /necessidade de atendimento, mas à necessidade de lucratividade do setor privado;
- d) Com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado: cabendo a ela medidas de caráter coletivo (tradicionalmente área de competência da Saúde Pública, como vacinação em massa, controle de moléstias transmissíveis etc.) e nos últimos anos crescente atendimento de caráter individual (consultas médicas e atos médicos de maior complexidade tecnológica e mais onerosa), ficando para o setor privado o atendimento mais vulnerável e lucrativo;
- e) Profundamente discriminatório e injusto: a população com alguma forma de inserção formal no mercado de trabalho, e portanto vinculada à Previdência Social, tendo acesso a serviços de saúde mais diversificados, no geral privados, ficando a população sem qualquer vínculo com a Previdência Social dependente dos serviços estatais de saúde, os hospitais-escola e o setor privado filantrópico. O sistema de serviços acaba por impor, portanto, uma seletividade da clientela atendida por cada tipo de instituição, que se não referia diretamente à qualidade do ato médico em si, certamente o está pela presteza do atendimento;
- f) Com acentuadas distorções na sua forma de financiamento: na medida em que grande parte do volume de atendimentos fica sob a responsabilidade da Previdência Social, longe da saúde se constituir num direito do cidadão, na realidade o acesso à assistência médica acaba por estar vinculado em grande medida a um contrato com a Previdência Social, eximindo-se o Estado de grande parte da responsabilidade do ônus financeiro de investir na saúde.

A implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pela abrangência das diferenças de contextos culturais, políticos e dos objetivos propostos e

existência de desequilíbrios sócio-econômicos regionais, escassez de recursos financeiros. Mesmo assim, pode-se afirmar que ao nível da atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário.

O setor privado que presta serviço ao SUS não apresenta interesse em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços e alcance dos objetivos propostos.

Conforme relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde⁷⁴ “Saúde um direito de todos e um dever do estado, a saúde que temos e o SUS que queremos”, realizada em Brasília, em 2004, considera que o SUS é o componente da Seguridade Social do Brasil que mais tem resistido na defesa de seus princípios e diretrizes. Mas, a construção do “SUS que queremos” envolve a retomada da saúde como integrante da Seguridade Social e exige a fusão de políticas de atenção formando uma rede de proteção social que garanta o cuidado às pessoas, do nascimento ao fim da vida.

Neste período, o governo começou a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB)⁷⁵, que eram instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros.

Neste contexto, a NOB 01/91, sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei n. 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc - redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje.

Quanto à municipalização da saúde, consta na Constituição Federal de 1988 (art. 30) e na LOS (art. 7º), que estabelece a habilitação dos municípios para assumirem a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde e a descentralização da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios.

⁷⁴ A 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003, quando mais de 4000 cidadãos participaram.

⁷⁵ A primeira Norma Operacional Básica foi editada em 1991.

A municipalização da saúde⁷⁶ trouxe, para o poder público municipal, a responsabilidade imediata na gestão e implementação do SUS, todavia, não exime os demais poderes públicos (União, Estados e Distrito Federal e a sociedade) da responsabilidade pela saúde, mediante o (art. 194), da CF/88.

Outra NOB foi criada em 1993, que buscava um caminho de transição, que preconizava critérios e categorias diferenciadas e pelo modelo de gestão, para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semi-plena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros .

Nesta época, devido à criação do SUS, e aos novos rumos e resultados apresentados pela política econômica, é extinto o INAMPS em 1993, e também devido a falta de apoio parlamentar e crescente escândalos de corrupção, o Presidente Fernando Collor de Mello sofreu um processo de Impeachment, envolvendo uma grande mobilização popular, o que levou a perda do seu mandato presidencial.

Devido ao agravamento na crise de financiamento do setor saúde, e na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde - Adib Jatene - propõe a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), cuja aprovação pelo congresso nacional, ocorreu em 1996, passando a imposto a vigorar a partir de 1997.

No entanto foram notórias as denúncias de desvios de recursos provenientes da CPMF, para cobrir outras dívidas do governo, e com isso, devido a crise de financiamento do SUS, agrava a operacionalização do sistema, comprometendo principalmente o atendimento hospitalar, com a diminuição da disponibilidade de leitos para o SUS, fazendo com que vários hospitais, entrem em crise e tomassem a iniciativa de criar planos próprios, passando a atender na medicina supletiva . Ao mesmo tempo, em que no país foi intensificado o movimento de privatizações de empresas estatais, como é o caso da Companhia Vale do Rio Doce e por outro lado, colocava-se a proposta de reforma previdenciária, administrativa e tributária.

A alavanca para a municipalização da saúde, acontece com a descentralização do poder decisório das responsabilidades administrativas, partindo para níveis hierárquicos inferiores; repassando aos municípios autonomia política e administrativa para coordenar seus serviços de saúde.

⁷⁶ A municipalização da saúde, estabelecida na Constituição Federal (Artigo 30,VII) e na Lei Federal 8.080 (Artigo 7º, IX, a), compreende sob dois aspectos: a Habilitação dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a Descentralização da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios.

O processo de descentralização do SUS vem sendo feito através da combinação das três primeiras formas: há uma desconcentração das Secretarias Estaduais em Regionais de Saúde e de certas Secretarias Municipais de grandes municípios em distritos sanitários; a devolução foi realizada através da municipalização de serviços nacionais ou estaduais e a delegação é uma prática rotineira, já que a maior parte dos serviços ambulatoriais do SUS é prestado por entes privados lucrativos e não lucrativos sob contrato com órgãos gestores (PESTANA; MENDES, 2004, p. 13)

Conforme a NOB-SUS 01/96, revoga os modelos anteriores, e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal; passando para os municípios determinadas responsabilidades de gestão, conforme demonstrado no quadro abaixo:

GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.	Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência
Gerência das unidades ambulatoriais do estado e/ou da União	Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União
Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS	Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS
Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso de Assistência Básica – PAB, para todos os casos de referência interna ou externa ao município	Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município
	Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares
Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares
Operação do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS, conforme normas do Ministério da Saúde - MS, e alimentação, junto às Secretarias Estaduais de Saúde - SES, dos bancos de dados de interesse nacional	Operação do Sistema de Informação Hospitalar - SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto as SES, dos bancos de dados de interesse nacional
Autorização de Internação Hospitalar - AIH e Procedimentos Ambulatoriais Especializados	Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Procedimentos Ambulatoriais Especializados e de alto custo
Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia	Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia

Quadro 3 – Modelos de Gestão Plena de Saúde

Fonte: POLIGNANO, online, p. 29.

Para aperfeiçoar a gestão do SUS, reorganizando as necessidades da saúde e possibilitando a melhoria na qualidade, ao desenvolver propostas e ações, a Norma Operacional Básica de Saúde de 1996 (BRASIL, 1996) redefine:

- os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

Uma das alterações importante introduzidas pela NOB 96⁷⁷ refere-se a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per-capita, Piso Assistencial Básico e não mais vinculado a produção de serviços, o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população.

O Piso Assistencial Básico (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional (atualmente) pela população de cada município, conforme índice do IBGE e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde dos municípios. Além do que, o município poderá receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde agregando valor ao PAB .

⁷⁷ As NOB/93 e NOB/96 regulamentam o processo de descentralização/municipalização político-administrativa das ações e serviços de saúde, estabelecendo os mecanismos de financiamento e criando as instâncias intergestoras do SUS (CIB e CIT).

Neste sentido, as ações de saúde que fornecem incentivo são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programa de combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental. Essa NOB passou a vigorar efetivamente somente à partir de janeiro de 1998. Em 1994 é regulamentado pelo governo, o Programa de Saúde da Família.

Em novembro de 1998, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, regulamentou a lei 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano, regulamentando modelos diferenciados de coberturas de serviços; demonstrando o compromisso do governo com a Medicina Supletiva, garantindo ganho financeiro e lucro de capital, em detrimento à saúde da população..

O país atravessa uma grave crise financeira, no início de 1999, provocada pelos efeitos da globalização e da política econômica do governo; que como saída faz um novo acordo de empréstimo junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), e no plano interno ocorre uma nova política recessiva, ditada pelo FMI, o que gera uma diminuição do PIB e um aumento nas taxas de desemprego.

Em 2001, foi criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, que determina a ampliação das responsabilidades do Município em relação à Atenção Básica, define o processo de regionalização da Assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de Gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios.

Nesta direção, esta Norma institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR0 como instrumento de ordenamento do processo de Regionalização da Assistência de cada Estado e Distrito Federal. O PDR iniciado em 2000 surgiu como proposta de organização e implementação do modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo SUS. Com fundamentos da Regionalização, há uma integração entre sistemas municipais e níveis de complexidade, além do papel coordenador, regulador, e mediador do gestor Estadual.

Por conseguinte, visando o aperfeiçoamento do SUS, continuando o movimento de pactuação, é aprovada a NOAS/SUS 01/2002⁷⁸, que é a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização

⁷⁸ NOAS/2002, amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da assistência.

dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

<p>NOB – SUS 01/1991/INAMPS (Resolução nº 258/1991)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), para o financiamento das atividades ambulatoriais; • Instituiu a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o financiamento das internações hospitalares; • Definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS; • Definiu recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde; • Definiu recursos pra investimento no setor saúde.
<p>NOB – SUS 01/1992 (Portaria nº 234/1992/MS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criou o CONASS e o CONASEMS como instâncias gestadoras colegiadas do SUS; Enfatizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde; • Normalizou o Fundo Nacional de Saúde; Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's pelas Secretarias Estaduais de Saúde.
<p>NOB – SUS 01/1991 (Portaria nº 545/1993/MS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lançou o documento denominado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde”; • Deu maior ênfase à municipalização da saúde; • Criou a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestora Tripartite, como órgão de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente.
<p>NOB-SUS 01/1996 (Portaria nº 1742/1996/MS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instituiu a Gestão Plena Municipal de Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde; • O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão; • Os estados passam a ser meros mediadores; • A União normaliza e financia e o município gere e executa; • Instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB); • Instituiu a PPI.
<p>NOAS – SUS 01/2001 (Portaria nº 373/2002/MS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual; • A ênfase na municipalização – atomização dá lugar à ênfase na regionalização – otimização.
<p>NOAS – SUS 01/2002 (Portaria nº 373/2002/MS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aperfeiçoou e revoga a NOAS – SUS 01/2001.

Quadro 04 - Relação de NOB e NOAS/SUS de 1991 a 2002

Fonte: Ministério da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS), objetivando melhor organização e gerenciamento na atenção à saúde, faz uma divisão do atendimento compreendendo os níveis primário, secundário e terciário. Essa divisão visa à promoção, prevenção, recuperação, assim o tratamento e a reabilitação da saúde.

Esse processo foi motivado pela precariedade da função de coordenação da rede de atenção à saúde, e a baixa qualidade dos serviços prestados; é que se foram implementando ações para o favorecimento da melhoria da qualidade de vida da coletividade.

O Ministério da Saúde, desde 2002, em parceria com os Estados e municípios, vem desenvolvendo processos de pactuação de ações e metas de saúde (Pacto de indicadores da Atenção Básica, Programação Pactuada e Integrada da Vigilância à Saúde, entre outros); sendo que estes processos se davam de forma separada, tanto no momento de sua eu acordo quanto no seu acompanhamento e avaliação. Durante estes anos, gestores dos três entes federados e trabalhadores vêm firmando a necessidade de potencializar e qualificar estes processos, facilitando a pactuação embasada e cooperada de metas e proporcionando a sua integração ao planejamento e a avaliação em saúde.

O Pacto Unificado representa a integração dos processos: Pacto da Atenção Básica, Pacto de Gestão e Programação das Ações Prioritárias de Vigilância à Saúde. Anualmente, as metas pactuadas deverão ser avaliadas e re-pactuadas. Constitui-se a base de negociação de metas a serem alcançadas por cada esfera de governo, com vistas à melhoria do desempenho do serviço e situação de saúde da população.

Sendo resultado de intenso trabalho de discussão, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do CONASEMS, e do CONASS, e sendo discutido e aprovado na reunião da Comissão Intergestora Tripartite em 26/01/2006, e na reunião de 09 de fevereiro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde. Tais debates foram palco de uma nova proposta de pactuação, apresentando como objetivo definir e priorizar suas respectivas responsabilidades.

Nesta direção, o Pacto pela Saúde, sendo uma consolidação do SUS, publicado pela Portaria /GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas 03 dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão.

Esse pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos do Compromisso de Gestão (TCG); Regionalização solidária e cooperativa, como eixo

estruturante do processo de descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes.

Há necessidade de compreender os condicionantes e determinantes que envolvem a saúde dos cidadãos, desvelando suas demandas postas e reprimidas, atendidas por medidas paliativas e, muitas vezes, onerosas, em que se encontram gestores e lideranças que atuam no controle social, envolvidos simplesmente na execução de tarefas, ou seja, na burocracia e normas, em detrimento aos princípios e diretrizes do SUS, que verdadeiramente são ações de promoção, proteção e recuperação da saúde

Diante do **Pacto da Saúde**, a legislação aponta para a formalização de um novo pacto federativo para a área da saúde, baseado na definição de responsabilidades sanitárias, na construção de um modelo de financiamento para o setor, na gestão solidária e cooperativa, no fortalecimento do controle social, configurando-se em uma nova fase para o setor saúde, em que é firmado um Termo de Compromisso de Gestão, em que são estabelecidos metas e compromissos, que deverão ser renovados anualmente. Tem como alvo o empenho na redução da mortalidade infantil e adulta, controle das doenças endêmicas e emergentes e outras doenças com estatística elevada em termos da saúde da população..

A Constituição Federal de 1988 já estabelece os princípios para o pacto. O que traz de novo, agora, é que, com o pacto, os municípios têm condições de analisar minuciosamente quais as metas e sua quantificação, dizendo exatamente aquilo têm condições de assumir. O que o município tem, o que ele faz, o que ele se compromete a fazer: esse debate se faz em diálogo, com os entes federados combinando entre si; estabelecendo um novo pacto federativo para dar respostas articuladas às necessidades de saúde da população.

O que se idealiza é fazer com que os gestores formalizem um compromisso de realizar ações integrais de saúde em função das necessidades da população, objetivando atuar de forma cooperativa e respeitando as especificidades locais. A gestão regional é fundamental e o poder de decisão deve existir na região indicando que o pacto só se dará por meio da regionalização.

O **Pacto pela Vida** define compromissos com prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas, originadas a partir da realidade específica de cada gestão. As áreas destacadas são, além da promoção da saúde, o envolvimento de atividades físicas e boa alimentação, prioridade à implantação da política de saúde do Idoso, a diminuição da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade materna e infantil, soluções para algumas doenças como dengue, hanseníase e tuberculose e o fortalecimento da atenção básica.

O **Pacto em Defesa do SUS** significa gente lutando pelo SUS. Pressupõe um movimento de re-politização da saúde, nos moldes da Reforma Sanitária, em defesa do caráter público e universal do sistema de saúde brasileiro. É parte do processo democrático do país e tem como finalidade a promoção e efetivação do direito à saúde. Os três entes federados têm o compromisso, também, de reunir esforços para garantir o financiamento da saúde, principalmente a partir do que está previsto na Emenda Constitucional n. 29⁷⁹, de 13 de setembro de 2000.

O **Pacto de Gestão do SUS** trata do detalhamento das diretrizes da gestão do financiamento do SUS e de execução dos serviços. Ele estabelece o processo de desconcentração e regionalização, com a pactuação das responsabilidades no Governo Federal, dos Estados e dos Municípios. Uma das principais inovações determinadas pelo Pacto é em relação ao financiamento das ações de saúde. A transferência fundo a fundo de recursos federais para estados e municípios passa a ser estruturada em cinco blocos: atenção à saúde média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Coloca fim em mais de cento e trinta formas de repasse de recursos do governo federal, permitindo aos gestores planejar melhor as ações de saúde. Desta forma, os recursos para o Controle Social se encontram no bloco de gestão do SUS.

Pode-se ressaltar, ainda, ações desenvolvidas a título de reconhecer que o controle social tem importância estrutural na gestão do SUS. Sinaliza a pactuação o apoio aos conselhos de Saúde e Conferências, o processo de formação de conselheiros, a participação no SUS e o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

Concomitantemente, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, (Governos Federal, Estaduais e Municipais) em consenso elaboraram e apresentam a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2006 e convidam a todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas promovam o respeito destes direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicabilidade. As cartilhas estão à disposição de todos em qualquer dos serviços públicos de saúde, sendo que constam os seguintes princípios básicos:

⁷⁹ Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios. A emenda obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%.

1. Primeiro Princípio – Assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz; (apresenta mais 8 itens)
2. Segundo Princípio – Assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados; (apresenta mais 7 itens)
3. Terceiro Princípio - Assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável; (apresenta mais 8 itens)
4. Quarto Princípio – Assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento; (apresenta mais 13 itens)
5. Quinto Princípio – Assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada; (apresenta mais 12 itens)
6. Sexto Princípio – Assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (apresenta mais 5 itens)

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, além dos princípios básicos expostos, constam também das Responsabilidades e competências da prestação de serviços de atendimento à saúde da população nas instâncias dos governos: federal, estaduais e municipais.

A população tem seus direitos constantes em leis, o que falta é a divulgação, propagação desses direitos, para o conhecimento da coletividade, para se cobrar a efetividade das ações. Depende também do provimento de políticas sociais de saúde efetivas e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico e distribuição de renda, e de recursos materiais, cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades e forma equitativa respeitando as diferenças.

Esse quadro exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade em busca de maior participação, e uma atenção à saúde que, além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento de qualidade, humanizado, integral e contínuo.

Nesta direção, foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde, entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007, em Brasília, onde os quase 3 mil delegados de entidades de todo o país que participaram, rejeitaram o projeto das fundações estatais de direito privado em todas as plenárias da conferência.

A posição das entidades sindicais e de gestores que participaram da conferência é uma clara resposta ao modelo de saúde que o governo pretende implantar. De acordo com a secretária⁸⁰ de Organização da Confederação Nacional dos Trabalhadores de Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores (CNTSS-CUT), Miraci Mendes Astun, a

⁸⁰ Disponível em informações CUT.

conferência veio reafirmar a necessidade de se investir no Sistema Único de Saúde, que ressaltou, “[...] nós devemos investir na efetivação do SUS que é o melhor modelo de saúde implantado no mundo porque não discrimina e trata todos igualmente.”

Ainda de acordo com a secretária de Organização da CNTSS-CUT, o projeto das fundações estatais de direito privado é uma tentativa do governo de privatizar a saúde. “O resultado da conferência é sobretudo uma resposta da sociedade dizendo que esse modelo não nos interessa.”

Entre as deliberações da conferência estão o investimento na medicina preventiva. Pelo menos duas conferências já foram aprovadas para as instâncias municipal e estadual: conferência de saúde bucal e de saúde mental. Também foram discutidos: o financiamento da Emenda Constitucional n. 29 e o controle social por meio dos conselhos municipais e estaduais.

A seguir continuaremos a abordar a questão da política de saúde, mas voltada para a saúde do trabalhador, fazendo uma rápida contextualização histórica, do Programa de Acidentes do Trabalho.

2.3 Programa de Acidentes do Trabalho

Para se falar do Programa de Acidentes do Trabalho, considera-se importante discorrer sobre acontecimentos históricos que culminaram na sua efetivação como Programa de atendimento ambulatorial.

Com base no Projeto: Educação em Saúde do Trabalhador⁸¹, em abril de 1994, o Departamento de Medicina Social através das professoras Dr^a Sandra de Azevedo Pinheiro e Dr^a Sálua Cecílio, apresentaram mediante o Programa de Extensão Universitária, apresentaram esse projeto, como proposta de trabalho no município de Uberaba.

O citado projeto adotando como referencial teórico-metodológico a Epidemiologia Social, tinha como ponto de partida a integração do corpo docente da área de Medicina Preventiva, de alunos de segundo, terceiro e quarto anos do curso de Medicina e de Enfermagem da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM)⁸² e de segmentos da

⁸¹ Projeto do Departamento de Medicina Social, tendo como responsáveis pela sua elaboração as médicas Dr^a.Sandra de Azevedo Pinheiro e Dr^a.Sálua Cecílio.

⁸² Nesta época a Faculdade ainda não havia se tornado Universidade, fato que ocorreu em 29 de julho de 2005.

sociedade civil de Uberaba, para a realização de atividades de extensão, com ênfase na educação sanitária e prevenção de agravos á saúde dos trabalhadores bem como a promoção de sua saúde, no que diz respeito direta ou indiretamente à sua inserção no mercado de trabalho brasileiro.

Por estar em concordância com as diretrizes explicitadas pelo Programa de Extensão do Ministério da Educação e Cultura (PROEXTE/MEC), o Projeto Educação em Saúde do Trabalhador tinha como perspectiva:

- a) o enriquecimento de métodos didáticos para o aluno de graduação, que potencialmente poderão ser incorporados a práticas curriculares;
- b) a participação da sociedade, em suas instâncias governamentais e não governamentais, em atividades de cunho acadêmico, entendendo que o processo ensino-aprendizagem deve ser mediado por uma troca de experiências e uma busca de soluções novas para os desafios do conhecimento;
- c) a busca de um trabalho interinstitucional e multidisciplinar, que possibilite uma alternativa ao trajeto biologicista da formação técnica, e resulte em ampliação de perspectiva na interpretação dos determinantes sociais dos binômios saúde-doença, trabalho-desgaste e saber oficial-saber popular;
- d) o entendimento de que a pesquisa, o ensino e a extensão de serviços, integrados e voltados para questões de saúde de nossa sociedade, podem subsidiar práticas transformadoras, cuja contribuição será indicada pela possibilidade concreta de sua operacionalização para resolver problemas.

Com essas perspectivas, o projeto foi elaborado para atender a demandas sociais específicas da realidade de Uberaba e foi constituído por cinco sub-projetos assim designados:

- a) Vigilância Epidemiológica de Acidentes do trabalho e doenças profissionais;
- b) Educação em Saúde dos trabalhadores do setor metalúrgico;
- c) Educação em Saúde dos trabalhadores do setor de enfermagem;
- d) Avaliação de acuidade auditiva de trabalhadores atendidos na FMTM;
- e) Educação em Saúde dos trabalhadores do setor rural.

O projeto, originalmente, previa a participação de todos os seus membros em um curso de Educação em Saúde do Trabalhador. No entanto, a contrapartida exigia recursos financeiros para pagamento de diárias e transporte para os docentes; além de recursos para provimento de bolsas para os 37 alunos envolvidos na execução do projeto; bem como o pagamento de serviços terceirizados para realização de exames de audiometria⁸³. Com a liberação do recurso financeiro, foi possível apenas a viabilização da compra de material de consumo, sendo necessário uma reestruturação das propostas para iniciar do projeto.

De acordo com a nova reestruturação, definiram-se as condições mínimas necessárias para o início das atividades, como a estruturação da equipe mínima, sendo organizados em

⁸³ Audiometria é um exame que avaliação a audição das pessoas.

sub-grupos, de acordo com os sub-projetos, constituídos por alunos da graduação em Medicina, da Enfermagem, de auxiliar administrativo, assistente social, médico do trabalho e docentes da área de Medicina Preventiva. Contudo, realizou-se levantamento de necessidades de utilização de material de consumo; requisição de recursos como contrapartida institucional da FMTM, como uma sala de trabalho junto às dependências do Ambulatório Maria da Glória, para o funcionamento do atendimento no Programa.

Nessa perspectiva, buscou-se intercâmbio com outras instituições envolvidas no processo de educação em saúde do trabalhador, como a Sub-delegacia Regional do Trabalho de Uberaba; Setor de Acidentes do Trabalho do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) em Uberaba; Diretoria Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS) e Sindicatos de trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Uberaba, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Uberaba, entre outros.

O sub-grupo Vigilância epidemiológica de Acidente do Trabalho e Doenças Profissionais, iniciou suas atividades em 20 de dezembro de 1994. A Vigilância epidemiológica, entendida como informação para a ação, deve contemplar atividades relativas à obtenção de dados e a respectiva conduta clínico-epidemiológica a ser tomada perante cada caso ou mediante surtos ou epidemias.

Para que fossem realizadas as atividades deste sub-grupo, foram organizadas as dependências do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) e a equipe de trabalho já citada foi treinada. Por conseguinte, iniciaram-se as notificações compulsórias das doenças⁸⁴, a busca ativa de casos nos prontuários dos serviços do HE, AMG e Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEP), os levantamentos epidemiológicos, inquéritos epidemiológicos o envio de relatórios técnicos aos notificantes para efeito de retro-alimentação, atividade de educação em saúde (palestras, seminários, aulas, etc.), a confecção de material institucional de divulgação dos conhecimentos em saúde pública (vídeos, cartilhas, boletins informativos), e a manutenção de fluxo dos dados para a Diretoria Regional de Saúde⁸⁵, Ministério da Saúde e OPAS/OMS⁸⁶, se necessário e registro diário de atividades em boletim de procedimentos para efeito de faturamento junto ao SUS.

⁸⁴ Dengue, Hanseníase, Malária, Sarampo, Rubéola, Tuberculose, Cólera, Sífilis congênita, Varíola, Difteria, Esquistossomose, Febre Amarela, Leishmaniose Tegumentar, Tétano, Doença de Chagas (fase aguda), Febre Tifóide, Paralisia Flácida Aguda, Peste, Aids, Doenças Ocupacionais e Acidentes do Trabalho. A Varíola foi erradicada em 1980, por isso a doença não faz parte da atual lista de notificação.

⁸⁵ Hoje, a DRS, passou a se chamar Gerência Regional de Saúde (GRS).

⁸⁶ OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde e OMS – Organização Mundial de Saúde.

Portanto o programa de acidentes do trabalho como é conhecido na atualidade, no início, era chamado de vigilância epidemiológica em acidentes do trabalho, depois passou a se chamar Saúde do Trabalhador. Enfim, o Programa de Saúde do Trabalhador: **acidentes do trabalho**, no Ambulatório Maria da Glória, começou efetivamente a funcionar em dezembro de 1994, com uma assistente social, um médico do trabalho e uma auxiliar administrativa. Este programa na atualidade está vinculado diretamente ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) da UFTM; atendendo aos usuários vítimas de acidentes do trabalho, principalmente no Ambulatório Maria da Glória, como também no Pronto Socorro e outras unidades de internação.

A condição básica do Serviço Social é a intervenção, exigindo uma permanente aproximação com a realidade social, onde não se pode “[...] prescindir da contribuição daquele personagem ao qual se dirige quaisquer das possibilidades dessa ação profissional – o usuário – do qual se destinam os esforços na busca da melhor qualidade do saber, para melhor exercício do fazer” (JORGE, 1997, p. 140).

Embora a Constituição Federal assegure o direito à saúde, apenas recentemente começaram a vislumbrar medidas de apoio à saúde do trabalhador. A Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde tem demonstrado preocupação com a saúde dos trabalhadores, por meio da implementação de importantes medidas, dotando de esperança uma grande massa de pessoas que lutam por saúde de qualidade. Entre as ações, o Ministério elaborou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), através da Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, para direcionar a atuação dos Estados e municípios.

Diante de tantas mudanças, os profissionais de saúde inseridos nesse contexto, inclusive o de Serviço Social, se deparam com transformações que trazem à tona novas questões, exigindo clareza e estratégias de cada um, possibilitando uma melhor efetivação das ações relacionadas à Saúde do Trabalhador.

No caso do Serviço Social é importante ressaltar que é uma profissão que trabalha com diversas expressões da questão social, esclarecendo à população sobre seus direitos sociais e os meios de terem acesso aos mesmos.

Ressalta-se que nos atendimentos junto ao programa, o assistente social é o profissional encarregado de realizar orientação técnica para discentes do curso de Medicina, no internato de Medicina Social e Saúde Comunitária do Departamento de Medicina Social, acerca da responsabilidade técnica de orientação aos acidentados acerca dos seus direitos e a orientação familiar, bem como de orientar estes estudantes a realizar busca ativa de casos no

Pronto Socorro e também o correto preenchimento do laudo médico da CAT, além de demonstrar a importância do trabalho em equipe.

Neste sentido a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu § 3º, expressa:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina através de ações de vigilância 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, abrangendo:

I – Assistência ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.

Verifica-se que a Lei Orgânica de Saúde legitima as atividades destinadas à saúde dos trabalhadores, desde sua promoção da saúde, bem como pela proteção dos trabalhadores em seus ambientes de trabalho e a assistência aos mesmos quando vítimas de acidentes do trabalho, dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

O objetivo do assistente social no referido programa é oferecer aos trabalhadores identificados como acidentados do trabalho, o acolhimento, a veiculação de informações e orientações sobre seus direitos sociais: trabalhistas e benefícios da legislação previdenciária, cujos atendimentos em muitas das vezes é extensiva a orientação aos familiares, empregadores e representantes sindicais. A finalidade do atendimento médico, é a consulta e o preenchimento do laudo médico da Comunicação do Acidente do Trabalho (CAT). (conforme Anexo C)

Segundo Franco (1997, p. 242):

Para se entender e intervir sobre a Saúde dos trabalhadores no momento atual torna-se necessário combinar distintas abordagens e enfoques que consideram o processo de reestruturação produtiva da globalização da economia; as mudanças urbanas; as transformações organizacionais do trabalho; os fatores de risco industriais e ambientais e os aspectos da saúde psicofísica do trabalhador.

Neste sentido, desde 1996, o Conselho Nacional de Saúde, a partir da Resolução n. 218, considera o Assistente Social como trabalhador da Saúde, dentre outras categorias de nível superior. E em março de 1999, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), baixou a Resolução nº 383/99, e com ela caracterizou o Assistente Social como profissional da Saúde. E com a preconização de uma nova atenção à saúde do trabalhador voltado para prevenção e promoção, foi garantida por lei a necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir nesta atenção.

Com também, a Portaria Federal n. 1679/02, discorre sobre a equipe de trabalho para a saúde do trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde, prevê como citado anteriormente, uma equipe de trabalho multidisciplinar.

Para garantir os direitos do trabalhador quando acidentado, em 24 de junho de 1991, entrou em vigor a Lei n. 8.213, que inicialmente foi regulamentada pelo Decreto n. 357, de 7 de dezembro de 1991, posteriormente revogado pelo Decreto n. 611, de 21/07/1992 (Plano de Benefícios da Previdência Social). Com fundamentação legal, na Portaria n. 5051/1999, considera como acidente do trabalho os seguintes eventos:

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Da mesma forma, procura-se assegurar que a Comunicação de Acidente do Trabalho⁸⁷ (CAT), que são emitidas em seis vias, percorra seu fluxo, até o registro ou cadastro da mesma no Ministério da Previdência Social, assim como também, são veiculadas informações, para que o usuário procure e entregue uma via da CAT, para a Sub-Delegacia Regional do Trabalho, do Ministério do Trabalho; uma via para seu empregador; e uma via para o Sindicato correspondente à sua categoria profissional. A procura pelo representante legal de sua categoria profissional, assim como também pela Sub-Delegacia do Trabalho, é orientada para que além da entrega da via da CAT, para serem questionadas as dúvidas, denúncias e demais direitos garantidos em leis.

Segundo o Ministério da Previdência Social, na orientação quanto ao benefício de auxílio-doença acidentário, quanto à emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT):

A comunicação de acidente de trabalho ou doença profissional será feita à Previdência Social em formulário próprio, a CAT, preenchido em seis vias: 1ª via (INSS), 2ª via (empresa), 3ª via (segurado ou dependente), 4ª via (sindicato de classe do trabalhador), 5ª via (Sistema Único de Saúde) e 6ª via (Delegacia Regional do Trabalho).

⁸⁷ Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), é um formulário padronizado pelo Ministério da Previdência Social, considerado o disposto na Portaria GM n. 5.073, de 05 de março de 1999. A lei n. 8213, de 1991, determina que todo acidente do trabalho deverá ser comunicado pela empresa, através da CAT, ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão.

A CAT deverá ser emitida pela empresa ou pelo próprio trabalhador, por seus dependentes, pela entidade sindical, pelo médico ou por autoridade (magistrados, membros do Ministério Público e dos serviços jurídicos da União, dos estados e do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar). O formulário preenchido tem que ser entregue em uma Agência da Previdência Social pelo emitente.

Neste sentido o trabalhador sendo vítima de um acidente do trabalho, não havendo serviço médico no local do trabalho, o mesmo sendo encaminhado para atendimento de urgência em algum hospital, este tem a obrigação, além do atendimento médico, atendimento pela equipe, o acolhimento e orientações referentes aos direitos sociais, do acidentado do trabalho; além do preenchimento do laudo médico da CAT; que posteriormente deverá ser cadastrada ou protocolada na Agência da Previdência Social.

Segundo, Mendes (2005) “[...] a saúde do trabalhador enquanto área em construção necessita para sua consolidação, deste conhecimento que está sendo produzido cotidianamente em nível dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, pelos atores sociais envolvidos.”

Na ocorrência de acidentes do trabalho, a empresa é obrigada a informar à Previdência Social quando ocorridos com seus funcionários, mesmo que não haja afastamento das atividades, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Em caso de morte, a comunicação deve ser imediata. A empresa que não informar acidentes de trabalho está sujeita à multa.

Como um dos direitos do trabalhador, nos primeiros 15 dias de afastamento do trabalho, devido doença, que o impeça de trabalhar; o salário do trabalhador é pago pela empresa. A partir do 16º dia de afastamento, a Previdência Social é responsável pelo pagamento. Enquanto recebe auxílio-doença por acidente de trabalho ou doença ocupacional, o trabalhador é considerado licenciado e terá estabilidade por 12 meses após o retorno às atividades. O auxílio-doença deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade e retorna ao trabalho ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez.

Na realidade atual do Programa de Acidentes do Trabalho, informa-se que no ano de 2004, houve 228 atendimentos⁸⁸; no ano de 2005, houve 124 atendimentos, no ano de 2006, houve 148 atendimentos, e em 2007, de janeiro a julho, houve 90 atendimentos. Houve diminuição de atendimentos pelo fato do pronto socorro, a partir de 2005, não ser mais a porta de entrada do município. Será discorrido mais detalhadamente sobre os mesmos no próximo capítulo.

⁸⁸ Dados obtidos através das CATs arquivadas no Setor de Admissão e Alta, da UFTM

O Programa de Acidentes do trabalho do Hospital de Clínicas, somente atende casos de trabalhadores acidentados, em que as respectivas CATs, foram encaminhadas ao hospital e ambulatório, não atendendo aos casos de doenças do trabalho ou ocupacionais. O recorte da pesquisa baseou-se nos atendimentos realizados, de acidentados do trabalho, em que observou-se, relevância dessa ocorrência em trabalhadores da construção civil, o que instigou o presente trabalho.

Importante destacar que na atualidade o NUVE, possui local próprio para funcionamento, com recursos materiais necessários e humanos, com equipe mínima capacitada, sendo a referência do Hospital Escola, referindo-se às notificações compulsórias, para a realização das ações. Informa-se ainda, que a partir de 1º de janeiro de 2007, os acidentes do trabalho passaram a ser digitados no Sistema de Informação dos Agravos Notificados (SINAM). Significando um importante avanço, que tem como objetivo principal de notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho.

Anterior à notificação pelo SINAM, as (Comunicação de Acidentes do Trabalho - CAT), ficavam registradas e arquivadas no Serviço de Admissão e Alta. Por conseguinte, as informações geradas pelos dados do SINAM, é um instrumento metodológico para análise dos dados epidemiológicos, notificação dos agravos, e permitir a acessibilidade para todo cidadão, como também uma forma de controle social dos dados para retroalimentação do sistema que faz parte da rede dos atendimentos.

Outro importante acontecimento em Uberaba, é que a partir de maio de 2007, em Uberaba está cadastrado o Regional de Uberaba (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Regional Uberaba - CEREST), conforme preconiza a Portaria n. 1679/GM de 19 de setembro de 2002, que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Começou a funcionar em setembro do mesmo ano. Sendo também uma das funções do CEREST, apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar assistência aos acidentes do trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/ GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM n. 777, de 28 de abril de 2004:

- a) Acidentes de trabalho fatal;
- b) Acidentes de trabalho com mutilações;
- c) Acidentes com exposição a material biológico;
- d) Acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;
- e) Dermatoses ocupacionais;
- f) Intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;

- g) Lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
- h) Pneumoconioses⁸⁹;
- i) Perda auditiva induzida por ruído (PAIR);
- j) Transtornos mentais relacionados ao trabalho; e
- k) Câncer relacionado ao trabalho.

As atividades do CEREST devem, necessariamente, estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e outros setores do governo que possuem interfaces com a Saúde do Trabalhador. Ele deve orientar e oferecer retaguarda a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada.

Neste sentido, desde a implantação do CEREST em Uberaba, todos os casos de acidentes do trabalho notificados, em que há emissão da CAT, são repassados semanalmente ao CEREST, assim como a equipe do Programa de Acidentes do Trabalho, tem participado das reuniões de discussões desde sua implantação, organização, funcionamento, criação do fluxo, como também, participa da Comissão Técnica.

Após toda a visualização do Universo da Pesquisa, desde a história do município de Uberaba, a contextualização histórica da Santa Casa de Misericórdia, que se transformou, na Faculdade de Medicina, e esta na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Além do enfoque acerca do Hospital Escola, com ênfase, no Ambulatório Maria da Glória, que foi o local de foco do estudo; assim como também a contextualização histórica do Setor de Serviço Social na Instituição, até se passar pelo processo histórico da Política de Saúde, até se aproximar, propriamente no Programa em que se desenvolveu a pesquisa: Programa de Acidentes do Trabalho e a caracterização quantitativa dos sujeitos da pesquisa.

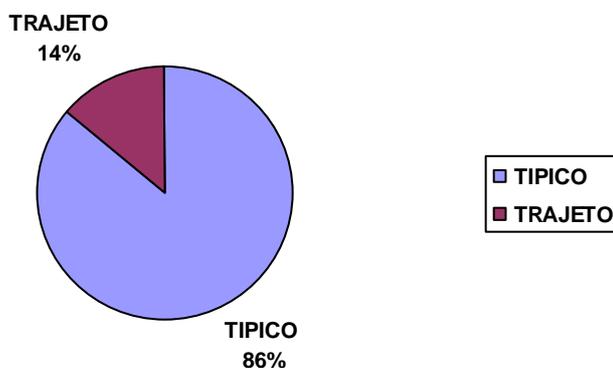
2.4 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

O recorte do presente estudo referente aos acidentados do trabalho, desenvolveu-se com os trabalhadores da construção civil com vínculo empregatício, por apresentarem a maior incidência de acidentes do trabalho, uma vez que o desempenho da função, não exige escolaridade, preparo, e nem qualificação, e portanto, são sub-contratados, em quaisquer

⁸⁹ São doenças que provocam uma fibrose ou endurecimento do tecido pulmonar em razão do acúmulo de poeira tóxica nos pulmões.

condições, sem segurança e sem o uso adequado dos equipamentos de proteção individual e coletivos, sendo conseqüentemente mais susceptíveis aos acidentes.

De acordo com os dados da DATAPREV, os acidentes do trabalho registrados em 2004:



Legenda:

Típico – 371.482

Trajeto – 59.887

Gráfico 1 - Acidentes do Trabalho Registrados no Brasil em 2004

Verifica-se que a maioria da ocorrência dos acidentes do trabalho registrados no Brasil, durante o ano de 2004, foi o típico (86%), sendo este considerado o decorrente da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado, e geralmente ocorre no local do estabelecimento do empregador; e com menos incidência apresenta-se o acidente de trajeto (14%), que é considerado aquele de ocorrência no trajeto ou no percurso do trabalho para casa e vice-versa.

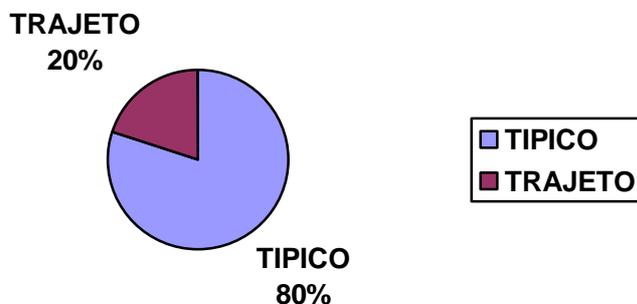


Gráfico 2 - Acidentes do Trabalho Registrados na Região Sudeste e em Minas Gerais em 2004

Da mesma forma verifica-se que na Região Sudeste e no estado de Minas Gerais, a ocorrência de acidentes do trabalho, é mais incidente nos acidentes típicos, representando 80%, e com menos ocorrências, de 20% nos de trajeto.

ANO	PAÍS	ESTADO	PORCENTAGEM
	BRASIL	MINAS GERAIS	
2004	465.700	48.913	10,5 %
2005	491.711	52.335	10,7 %
2006	503.900	51.858	10,2 %

Quadro 5 – Acidentes do trabalho registrados no Brasil e Minas Gerais

Fonte: DATAPREV/CAT

Analisando a tabela de acidentes registrados durante os anos de 2004, 2005 e 2006, no Brasil e em Minas Gerais, evidencia-se, um aumento significativo nas suas quantidades, em relação a 2004 e 2005 e com um certo decréscimo nas ocorrências de 2006, colocando o estado de Minas Gerais, correspondendo a uma média de 10%, do total do país.

Para maior visibilidade e entendimento da problemática em estudo, tratar-se-á de fazer uma retrospectiva sobre essa temática dentro do Hospital de Clínicas - Programa de Acidentes do Trabalho, que é o lócus a priori de atendimento do referido objeto de estudo.

Neste sentido, referindo-se especificamente ao Programa, no ano de 2004, houve o atendimento pelo médico do trabalho e pela assistente social de trabalhadores acidentados e o registro de 228 CATs, encaminhadas para o cadastro na Agência da Previdência Social. Referindo-se aos trabalhadores da Construção Civil, representaram trinta e dois (32) casos ou 14% do universo total dos atendimentos do ano de 2004. Os números de acidentes do trabalho foram levantados a partir dos formulários de CATs que estão arquivadas no banco de dados do Serviço de Admissão e Alta (SAA), do Hospital de Clínicas da UFTM.

Quanto ao ano de 2005, houve o atendimento e o registro de 124 CATs, verificando-se que dentre as categorias ocupacionais mais incidentes que ocorreram os AT, foram: trabalhadores da construção civil, com vinte e sete (27), correspondente a 22%; trabalhadores rurais, com vinte e três (23) 19%, e várias outras ocupações com incidências menos significativas, que somaram um total de setenta e quatro (74) ocorrências.

Neste contexto a pesquisa quantitativa foi utilizada para que haja o levantamento real, as ocorrências, o mapeamento e os seus reflexos na sociedade local e global.

No mesmo sentido, entende-se que não há quantificação, sem qualificação; isto é, a mensuração dos fatos sociais depende da categorização do mundo social porque as atividades sociais normalmente são distinguidas antes que qualquer frequência ou percentual possa ser atribuído a qualquer distinção (ENGLER, 2006).

E ainda, a pesquisa quantitativa e qualitativa para Minayo (1996, p. 22, destaque do autor),

Não existe um “continuum” entre “quantitativo-qualitativo”, em que o primeiro termo seria lugar da “intuição”, da “exploração” e do “subjetivismo”, e o segundo representaria o espaço do científico, porque traduzido “objetivamente” e em “dados matemáticos”. A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalha com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”. A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente excluindo qualquer dicotomia.

Da mesma forma, para Goldenberg (2005, p. 62), “[...] a integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular.”

Nesta perspectiva, evidenciou-se que o acidente do trabalho causa transtornos aos trabalhadores pelas conseqüências futuras, não se sabendo ao certo, se seria um afastamento provisório ou definitivo, com possibilidade de uma seqüela parcial ou permanente. Além dos agravos há também, a insegurança, o medo, perda dos dias parados, indenizações ou não, e o risco de demissão após o término do período da estabilidade (12 meses, após cessar o benefício do auxílio doença acidentário), custos hospitalares, e conseqüentemente aumentando as despesas e o déficit na previdência social.

De acordo com a legislação brasileira, [Lei nº 8.213/91] os acidentes do trabalho são eventos de notificação compulsória mediante a comunicação de acidentes do trabalho (CAT). São notificados pela CAT não apenas os acidentes típico – ocorridos durante o horário de exercício da atividade, mas também os de trajetos – ocorridos entre o percurso de casa para o trabalho e vice-versa e as doenças profissionais. A CAT deve ser emitida pela empresa a qual o trabalhador está vinculado e, caso a empresa se recuse a emití-la, isto pode ser feito pelos serviços de saúde, sindicatos, ou pelo próprio trabalhador. O fim principal de emissão da CAT é de ordem legal, significando o direito do trabalhador ao seguro acidentário junto ao INSS; portanto a CAT representa o registro e o reconhecimento oficial do acidente (WUNSCH FILHO, 1999, p. 42).

Para melhor conhecimento e entendimento sobre a temática de nosso estudo, será apresentado a definição sobre os conceitos tratados, a seguir, segundo o Ministério da Previdência Social, 2006, conforme citado anteriormente:

- **Acidentes Registrados** – corresponde ao número de acidentes cuja Comunicação de Acidentes do Trabalho – CAT foi cadastrada no INSS. Não são contabilizados o reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença do trabalho, já comunicados anteriormente ao INSS.
- **Acidentes Típicos** – são os acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado.
- **Acidentes de Trajeto** – são os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa.
- **Acidentes Devidos à Doença do Trabalho** – são os acidentes ocasionados por qualquer tipo de doença profissional peculiar a determinado ramo de atividade constante na tabela da Previdência Social.
- **Acidentes Liquidados** – corresponde ao número de acidentes cujos processos foram encerrados administrativamente pelo INSS, depois de completado o tratamento e indenizadas as seqüelas.
- **Assistência Médica** – corresponde aos segurados que receberam apenas atendimentos médicos para sua recuperação para o exercício da atividade laborativa.
- **Incapacidade Temporária** – compreende os segurados que ficaram temporariamente incapacitados para o exercício de sua atividade laborativa. Durante os primeiros 15 dias consecutivos ao do afastamento da atividade, caberá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral. Após este período, o segurado deverá ser encaminhado à perícia médica da Previdência Social para requerimento do auxílio-doença acidentário . No caso de trabalhador avulso e segurado especial, o auxílio-doença acidentário é pago a partir da data do acidente.
- **Incapacidade Permanente** – refere-se aos segurados que ficaram permanentemente incapacitados para o exercício laboral. A incapacidade permanente pode ser de dois tipos: parcial e total. Entende-se por incapacidade permanente parcial o fato do acidentado em exercício laboral, após o devido tratamento psicofísico-social, apresentar seqüela definitiva que implique em redução da capacidade. Esta informação é captada a partir da concessão do benefício auxílio-acidente por acidente do trabalho, espécie 94. O outro tipo ocorre quando o acidentado em exercício laboral apresentar incapacidade permanente e total para o exercício de qualquer atividade laborativa. Esta informação é captada a partir da concessão do benefício aposentadoria por invalidez por acidente do trabalho.
- **Óbitos** – corresponde a quantidade de segurados que faleceram em função do acidente do trabalho.

Neste sentido, fazendo uma análise de dados de acidentes do trabalho no Brasil, segundo DATAPREV, em 2006, apresentou-se o seguinte:

Durante o ano de 2006, foram registrados no INSS cerca de 503,9 mil acidentes do trabalho. Os acidentes típicos representam 80% do total de acidentes, os de trajeto 14,7% e as doenças do trabalho 5,3% (conforme gráfico 4). As pessoas do sexo masculino participaram com 79,9% e as pessoas do sexo feminino 20,1% nos acidentes típicos; 67,1% e 32,9% nos de trajeto (conforme gráfico 3). Nos acidentes típicos e nos de trajeto, a faixa etária decenal com maior incidência de acidentes foi a constituída por pessoas de 20 a 29 anos com, respectivamente, 39,1% e 40,9% do total (conforme apresentado na tabela 2). Nas doenças de trabalho a faixa de maior incidência foi de 30 a 39 anos, com 31,7% do total.

A análise por setor de atividade econômica revela que o setor agrícola participou com 6,9% do total de acidentes registrados, o setor de indústrias com 47,4% e o setor de serviços com 45,7% .

No ano de 2006, dentre os 50 itens do Código Internacional de Doenças (CID) com maior incidência nos acidentes de trabalho registrados, os de maior participação foram ferimentos do punho e da mão, fratura ao nível do punho ou da mão com, respectivamente, 13,6%, 6,9% e 5,7% do total.

Referindo-se as partes do corpo com maior incidência de acidentes de motivo típico foram o dedo, a mão e o pé com respectivamente, 29,3%, 9,2% e 7,4% do total (conforme apresentados dados na tabela 11). Nos acidentes de trajeto, as partes do corpo foram o pé, joelho e perna com, respectivamente, 8,7%, 8,4% e 6,4% do total.

Ainda no ano de 2006, o número de acidentes do trabalho liquidados atingiu 537,5 mil acidentes, o que correspondeu a um decréscimo de 1,5% em relação a 2005. A simples assistência médica cresceu 3,7%, a incapacidade temporária diminuiu 1,2%, a incapacidade permanente caiu 41,7% e os óbitos diminuíram 1,8%. As principais conseqüências dos acidentes de trabalho liquidados foram as incapacidades temporárias com menos de 15 dias e com mais de 15 dias, cujas participações atingiram 56,5% e 25,3% respectivamente. A relação entre a quantidade de óbitos sobre a quantidade total de acidentes, de 2005 para 2006, permaneceu constante, no valor de 0,5%.

Embora a doença do trabalho seja considerada como acidente do trabalho, não será abordada neste estudo, que tem como recorte de pesquisa apenas os acidentes do trabalho, conforme dito anteriormente.

Neste contexto, enfocando na realidade do município de Uberaba, de acordo com dados coletados no Sindicato dos trabalhadores da Construção Civil e do Mobiliário de Uberaba, verificou-se que houve:

- 1.100 construções civis registradas durante o ano de 2006;
- 600 atermações no ano de 2007; (falta de registro, acerto de verba rescisória, falta de equipamento de proteção, falta de pagamento de 10 % - sobre as ferramentas de uso pessoal); e 408 no ano de 2008 (até o mês de julho);
- Em 2006, foram entregues apenas 16 CATs, pelos empregados no Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil, e de janeiro a julho de 2007, foram 14 CATs;
- No Programa de Acidentes do trabalho do Hospital de Clínicas da UFTM, no ano de 2006, foram atendidos 148 trabalhadores, com CATs. Sendo que destes, 25 foram da Construção Civil.

Retomando a pesquisa propriamente dita, para melhor conhecimento sobre o perfil dos trabalhadores atendidos no Programa de Acidentes do Trabalho, foi construído um banco de dados, a partir das categorias quantitativas das Comunicações de Acidentes do Trabalho, padronizadas pelo Ministério da Previdência Social, sendo descritos:

- - Número de atendimentos registrados;
- - Tipo de CAT;
- - Emissão da CAT;
- - Sexo;
- - Faixa etária;
- - Estado civil;
- - Escolaridade;
- - Remuneração;
- - Tipo de acidente;
- - Local do acidente;
- - Município de ocorrência;
- - Ocupação;
- - Internação;
- - Agente causador;
- - Parte do corpo atingida.

Com uma análise quantitativa mais detalhada, escolheu o ano de 2006, quando houve o atendimento de 148 trabalhadores no Programa referido anteriormente, com as respectivas CATs, encaminhadas pelos seus emitentes, sendo as mesmas posteriormente aos atendimentos médico e com assistente social, entregues aos trabalhadores, para o registro das mesmas na Agência da Previdência Social (INSS), e posterior entrega das vias, na Delegacia Regional do Trabalho, no Sindicato correspondente à categoria profissional específica, e ao empregador, além da via específica do empregado. Será dada uma abordagem detalhada no Capítulo 3.

Assim, durante o período de estudo em 2006, dos 148 trabalhadores acidentados atendidos, 120 CATs, foram iniciais (81%), 25 foram de reabertura (17%), ou de continuidade de tratamento, sendo a necessidade verificada pelo médico e 3 CATs, foram de óbito, representando 3%.

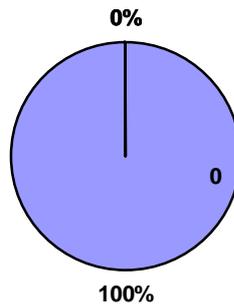


Gráfico 3 - Distribuição Segundo Número de Atendimentos de Acidentados em 2006
 Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Segundo análise dos dados do Gráfico 3, verificou-se que os atendimentos do programa de ACT, no ano de 2006, registrou-se o número de 148 trabalhadores acidentados correspondendo a 100%.



LEGENDA:
 CAT inicial – 120 – 81%
 CAT reabertura – 25 – 17%
 CAT óbito - 03 – 2%

Gráfico 4 - Distribuição Segundo o Tipo de CAT
 Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Conforme o Gráfico 4, constatou-se que quanto ao tipo de CAT emitida, a maioria, foi inicial, com um número total de 120, representando 81% do total do ano; sendo que as reaberturas significaram 17%, dos que retornaram ao tratamento após a alta, e ainda, três trabalhadores acidentados foram à óbito, representando 2%; dentre os quais estão trabalhadores com as seguintes ocupações: um pedreiro que teve como motivo o soterramento em construção; um pintor que teve queda de altura e um auxiliar de produção II, que foi atropelado quando estava se locomovendo de bicicleta no trajeto para o trabalho.

Tabela 1 - Distribuição Segundo a Emissão da CAT

EMIÇÃO	FREQUENCIA	PORCENTAGEM (%)
EMPREGADOR	145	98
SINDICATO	03	02
MÉDICO	-	-
SEGURADO	-	-
AUTORIDADE	-	-
TOTAL	148	100

Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

A tabela 1, evidencia que a emissão da CAT, houve relevância de terem sido feitas pelo empregador, em 145 dos casos, representando 98%, e encaminhadas pelo sindicato, foram apenas o número de três, sendo 2%, do total, dentre os quais estão os trabalhadores de carga e descarga. Esta tabela demonstra que a maioria dos empregadores tem conhecimento de suas obrigações, pelo que determina a legislação, e por outro lado, não houve nenhuma emissão de CAT, por médico, ou autoridade pública, ou pelo segurado e seus dependentes, não se sabendo sobre o real motivo: não haver necessidade, ou desconhecimento do direito.

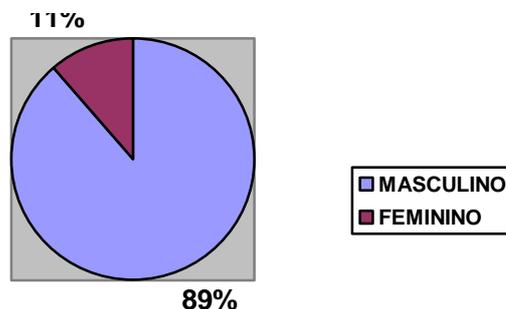


Gráfico 5 - Distribuição de Trabalhadores Segundo o Sexo

Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Na representação acima, verificou-se que dos 148 atendimentos realizados no Programa de Acidentes do Trabalho, houve maior incidência de acidentes do trabalho, nos trabalhadores do sexo masculino, 89%, com um número de 131 e apenas 11%, no feminino, representando 17, demonstrando que as mulheres se acidentam menos.

Tabela 2 - Distribuição dos Acidentados por Faixa Etária

IDADE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
18 a 30 anos	69	46
31 a 40 anos	26	18
41 a 50 anos	35	24
51 a 60 anos	14	09
mais 60 anos	04	03
TOTAL	148	100

Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Na tabela 2, verificou-se que houve maior incidência de acidentes na faixa etária de 18 a 30 anos, representando 46 % dos acidentados, evidenciando a ocorrência dos mesmos na fase mais produtiva do trabalhador.

Tabela 3 - Distribuição dos Acidentados por Estado Civil

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Solteiro	70	48
Casado	60	41
Outro	07	04
Separado	05	03
Viúvo	03	02
Ignorado	03	02
TOTAL	148	100

Fonte: CAT/ Arquivo do Serviço Admissão e Alta UFTM

Na tabela 3, ficou evidenciado que o estado civil solteiro teve maior prevalência, significando quase a metade dos entrevistados, representando 48% dos mesmos.

Tabela 4 - Distribuição dos Acidentados por Escolaridade

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Ensino Fundamental	73	50
Ensino Médio	48	32
Ensino Superior	04	03
Analfabeto	03	02
Não Informado	20	13
TOTAL	148	100

Fonte: CAT/ Arquivo do Serviço Admissão e Alta UFTM

Na tabela 4, ficou evidente que 50% dos acidentados possuem a escolaridade de ensino fundamental, e que 32% possuem ensino médio; comprovando que para o desempenho de suas funções não foi exigida a questão da escolaridade. Verificou-se da mesma forma que houve maior ocorrência de acidentes com trabalhadores que possuem escolaridade de ensino

fundamental e com menos ocorrência nos que possuem nível superior, significando que a escolaridade influencia na predisposição aos acidentes.

Tabela 5 - Distribuição dos Acidentados Segundo Remuneração Recebida

REMUNERAÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
De 1 a 2 salários	79	53
1 salário mínimo	39	26
2 salários mínimos	16	11
2 a 3 salários	05	04
3 a 4 salários	05	04
5 salários	01	0,5
Por tarefa	02	01
Por produção	01	0,5
TOTAL	148	100

Fonte: CAT/ Arquivo do Serviço Admissão e Alta UFTM

Analisando a questão da remuneração dos acidentados, na tabela acima, constatou-se que a maioria 53%, representando 79 pessoas, apresentam renda mensal de um a dois salários mínimos, seguindo-se daqueles que tem a renda de um salário mínimo, em número de 39 (26%), o que evidencia a falta de capacitação técnica para a função exercida. E na terceira posição, apresenta-se a remuneração de dois salários mínimos, com 16 trabalhadores, correspondendo a (11%) do total pesquisado.

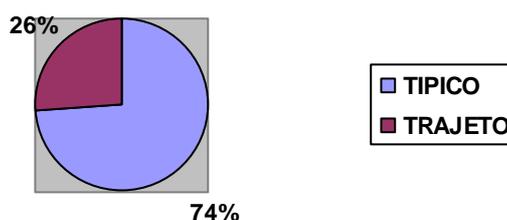


Gráfico 6 - Distribuição Segundo o Tipo de Ocorrência de Acidente

Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Analisando o tipo de acidente sofrido, ficou evidente que a maioria 74%, na quantidade de 109, ocorreu no local de trabalho, e que 26%, representando 39, foram ocasionados no trajeto ou no percurso. Os dados locais correspondem aos apresentados anteriormente, se comparados aos do Brasil, e do estado de Minas Gerais.

Tabela 6 - Distribuição Segundo o Local de Ocorrência do Acidente

LOCAL DO ACIDENTE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Local de trabalho	94	63
Na via pública	43	29
Na rodovia	07	05
Na zona rural	04	03
TOTAL	128	100

Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

A tabela 6 nos apresenta que quanto ao local em que os trabalhadores foram mais acidentados, ocorreu no próprio local de trabalho, totalizando 94, o que representa 63% dos mesmos.

Tabela 7 - Distribuição Segundo os Municípios de Ocorrência dos Acidentes

MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA	FREQUÊNCIA	POCENTAGEM (%)
Uberaba	130	87
Campo Florido/MG	04	04
Conceição das Alagoas/MG	03	03
Delta/MG	03	03
Água Comprida/MG	02	01
Perdizes/MG	01	0,5
Igarapava/SP	01	0,5
Tupã/SP	01	0,5
Ituverava/SP	01	0,5
Frutal/MG	01	0,5
Araxá/MG	01	0,5
TOTAL	148	100

Fonte: CAT/ Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Na tabela 7, na análise quanto ao município de ocorrência do acidente, obteve-se as seguintes incidências: em Uberaba, 130, 87%; em Campo Florido, 4, 4%; em Conceição das Alagoas e Delta, 3, 3%; em Água Comprida, 2, 1%; e somente com um registro de acidente do trabalho, nas cidades de Perdizes, Igarapava, Tupã, Ituverava, Frutal, e Araxá, os quais encaminharam seus trabalhadores para atendimento no Hospital de Clínicas da UFTM.

Tabela 8 - Distribuição Segundo a Ocupação dos Acidentados

OCUPAÇÃO	FREQUENCIA	PORCENTAGEM (%)
Trabalhadores da Construção Civil (pedreiro, electricista, carpinteiro, pintor, servente)	27	18
Serviços Gerais	17	11
Serviços Gerais Rural	14	09
Auxiliar de Escritório	08	06
Motorista	07	05
Ajudante de Produção	06	04
Açougueiro	05	03
Vigilante	05	03
Mecânico	04	02
Auxiliar Operacional	04	02
Outras	51	37
TOTAL	148	100

Fonte: CAT/ Arquivo do Serviço de Admissão e Alta UFTM

Analisando a tabela 8, verificou-se que a ocupação em que ocorreu maior incidência de acidentes, foram nos que ocupam funções na área da Construção Civil, representando 18%, dentre os quais estão em primeiro lugar, o pedreiro, e na seqüência servente, pintor, electricista e carpinteiro; justificando o interesse por esse recorte no estudo; sendo que as outras ocupações com números menos significativos, estão os serviços gerais, representando 11%, e serviços gerais rural, representando 9%; que referem-se portanto, ao desempenho em funções com menor qualificação profissional, ou despreparo para a função, o que conseqüentemente, leva a um baixo valor de remuneração, e baixo grau de escolaridade, o que foi constatado nas tabelas anteriores, influenciando na maior ocorrência de acidentes .

Tabela 9 - Distribuição dos Acidentados Segundo Necessidade Internação

INTERNAÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
SIM	77	52
NÃO	71	48
TOTAL	148	100

Fonte: CAT/ Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

A tabela acima demonstra que 52% dos trabalhadores acidentados ficaram internados, e 48%, foram atendidos apenas no Pronto Socorro, sem necessidade de internação e posteriormente liberados, evidenciando que estes foram menos grave que os demais.

Tabela 10 - Distribuição Segundo o Agente Causador do Acidente

AGENTE CAUSADOR	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Equipamento/ferramenta de trabalho	70	47
Colisão de veículos	26	18
Queda	20	14
Animal vivo	09	07
Atropelamentos	07	05
Tábua de madeira	03	02
Veículo	03	02
Bicicleta	02	01
Moto	02	01
Trator	02	01
Fogo	01	0,5
Terra	01	0,5
Choque	01	0,5
Tijolo	01	0,5
TOTAL	148	100

Fonte: CAT / Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Referindo-se à tabela 10, verificou-se que houve prevalência do equipamento / ferramenta de trabalho como o maior agente causador dos acidentes do trabalho típico descrito nas CATs, com uma incidência de 70 ocorrências, representando 47% do total; seguindo de colisão de veículos, com 26 ocorrências (18%), evidenciando a grande frequência dos acidentes de trajeto; e dando seqüência como agente causador, a queda, com o número de 20 ocorrências (14%); (sendo a maioria das quedas: do telhado, e depois do andaime e escada); em seguida como agente causador foi o animal vivo, com 9, (7%), (dentre os quais estão: cavalo, vaca, cobra, picada de abelha, picada de inseto); e ainda na seqüência, tem os atropelamentos, com a frequência de 7, (5%); tábua de madeira 3(2%); veículo 3 (2%); bicicleta, moto e trator, cada qual com 2 ocorrências (1%) e com a menor relevância, como agente causador estão: fogo, terra, choque e tijolo, cada qual com uma frequência, representando 0,5%; dentre os quais, o agente causador terra, foi o que levou a óbito um dos trabalhadores que foi soterrado em obra.

Tabela 11 - Distribuição Segundo a Parte do Corpo Atingida na Ocorrência do Acidente do Trabalho

PARTE DO CORPO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Dedos das mãos	38	26
Pernas / fratura	18	12
Braço / fratura	15	10
Joelho / fratura	11	08
TCE ⁹⁰	11	08
Pés /fratura	09	07
Fêmur / fratura	09	07
Clavícula / fratura	07	05
Coluna	06	04
Contusões	05	03
Luxações	04	02
Escoriações no corpo	03	01
Múltiplas partes do corpo	03	01
Outros	09	06
TOTAL	148	100

Fonte: CAT/ Arquivo do Serviço de Admissão e Alta da UFTM

Mediante os dados apresentados na tabela acima, verificou-se que a parte do corpo mais atingida no acidente foram os dedos das mãos, representando 26% dos total (38 ocorrências), dentre os quais em dez acidentes houve necessidade de amputação dos dedos, e nos demais houve fratura. Na seqüência da parte do corpo atingida apresentam-se as pernas (12%), os braços (10%), joelho (8%) sendo estas partes todas com fraturas, seguidos de TCE (traumatismo crânio-encefálico), (8%); pés e fêmur com fraturas, cada com (7%); clavícula com fratura (5%); coluna (4%) e outras partes descritas como parte do corpo atingida no acidente com menos significado de incidências.

Neste contexto, verificou-se que a pesquisa documental quantitativa é uma ferramenta importante para a coleta, interpretação e análise dos dados. Demonstrou que de uma forma geral os acidentes identificados e registrados ocorreram com uma população de nível salarial e de escolaridade mais baixo, em ocupações que não exigem treinamento, capacitação, preparo, para o desempenho da função, expondo os trabalhadores a situações de maior vulnerabilidade aos acidentes.

Nesta perspectiva, torna-se necessário identificar estratégias para compreensão dos contextos sociais em que expressam estas questões sociais apresentadas, contextualizando-as em todos os níveis: político, social, econômico, cultural, que não devem ser considerados de forma estagnada e fragmentada.

⁹⁰ Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE)

Os acidentes do trabalho ainda são uma realidade presente na classe trabalhadora em que envolve a relação capital-trabalho, refletindo a realidade capitalista brasileira que não teve a transformação necessária, capaz de dar respostas as exigências da transformação societária que pede socorro por seus direitos e garantias.

Será visto no próximo capítulo, num primeiro momento, sobre o objeto da pesquisa - acidentes do trabalho: definições e teorias explicativas; contextualização histórica dos acidentes do trabalho; dimensões da saúde do trabalhador e instituições responsáveis e a pesquisa qualitativa com os colaboradores.

CAPÍTULO 3 ACIDENTES DO TRABALHO – OBJETO DA PESQUISA

3.1 Definições e teorias explicativas sobre o acidente do trabalho

A construção de toda base teórica e conceitual sobre a questão dos acidentes do trabalho, no Brasil, conduziu a um leque de possibilidades e de caminhos que poderiam ser percorridos para a investigação proposta.

Acidente, palavra de origem latina (lat. *Accidente.*), é definido como um acontecimento casual, fortuito, imprevisto; acontecimento infeliz, casual ou não, e de que resulta ferimento, dano, estrago, prejuízo, avaria, ruína, etc.; desastre. Em conceituação jurídica, acidente de trabalho é toda lesão corporal ou perturbação funcional que, no exercício ou por motivo de trabalho, resultar de causa externa, súbita, imprevista ou fortuita, determinando a morte do empregado ou a sua incapacidade para o trabalho, total ou parcial, permanente ou temporária⁹¹.

Para Russomano (1964), “[...] o acidente do trabalho caracteriza-se por ser um evento súbito, violento, fortuito, sendo que o dano físico decorrente apresenta relação de causalidade com esse evento e, por fim, é resultante do exercício profissional.”

Cesarino Junior (1970) defendia o conceito de “infortúnio do trabalho”, expressão originária do direito italiano *infortúnio sul lavoro*, por ser mais genérica, considerando o “acidente” como uma das modalidades do evento:

Infortúnio do trabalho é um evento...- Isto é, um acontecimento.

[...] casual [...] – Quer dizer, que acontece por acaso, não é provocado.

Do exposto, já extraímos um requisito, um elemento do infortúnio do trabalho, que é a casualidade.

É claro que o infortúnio do trabalho é casual – é acidental – ele exclui o dolo. Assim, a pessoa ferir-se propositadamente – o autolesionismo – ou fingir que o dano sofrido noutro local foi ocasionado pelo trabalho – a simulação – não constituem evidentemente infortúnios do trabalho, porque não são acontecimentos casuais, são intencionais ou dolorosos.

[...] nocivo [...] - Eis um outro elemento, a nocividade. O acidente é prejudicial, ocasionando uma lesão corporal, uma perturbação funcional ou mental.

[...] para a capacidade laborativa [...] - Ele é danoso para a capacidade de trabalho, produz incapacidade. A incapacidade é o dano emergente da qual resulta o lucro cessante, isto é, a perda do salário, pela impossibilidade de trabalhar. Eis o terceiro elemento, que é a incapacitação.

⁹¹ Definição do dicionário FERREIRA, 1986.

[...] e relacionado com o trabalho [...] - É importante que haja relacionamento com trabalho. Este relacionamento constitui exatamente o chamado nexu etiológico. No caso, é a ligação, a relação com o trabalho.

[...] subordinado [...] - Mas não basta dizer com o trabalho, porquanto este relacionamento, que seria o quarto elemento do infortúnio do trabalho, é com o trabalho subordinado; não é qualquer trabalho, é apenas o trabalho do empregado.

[...] prestado à empresa – [...].

Segundo Martins (1999, p. 355), existem duas teorias explicativas sobre acidentes do trabalho – a do **risco social** que se baseia no princípio de que os bens são produzidos para consumo da sociedade, portanto, é a própria sociedade quem deve arcar com alguns dos ônus da produção.

A teoria do risco social é baseada na solidariedade que informa a Seguridade Social, de que todos os membros da sociedade têm de se solidarizar na proteção de contingências sociais que possam ocorrer em relação, como as decorrentes de desemprego, invalidez, velhice, morte e também inerentes ao acidente do trabalho. O que se observa é que os riscos dos acidentes de trabalho são socializados, ou seja, repartidos igualmente entre todos os membros da sociedade. A responsabilidade deixa de ser do empregador para ser do Estado, suportada por todas as pessoas, por meio do seguro social.

Conforme a teoria do **risco profissional** desenvolvida na Alemanha, na segunda metade do século XIX, cabe ao empregador proteger o trabalhador acidentado, ou seja, é função da empresa indenizar o acidentado.

Segundo Martins (1999, p. 354):

A teoria do risco profissional veio introduzir a teoria da responsabilidade objetiva do trabalhador, afastando a discussão em torno da culpa [...] Deveria se estabelecer uma situação objetiva para cobrir o risco e reparar o trabalhador na ocorrência do acidente. Observa-se que o patrão explorava seu negócio, expondo o trabalhador a certos riscos, beneficiando-se da força de trabalho do trabalhador. Em contrapartida, ocorrendo o acidente, deveria o empregador responsabilizar-se pela indenização a ser paga ao operário, sem se discutir se a falta ou não por sua culpa.

A discussão das teorias que embasam a compreensão dos acidentes do trabalho se deparam com modelos fragmentados e ineficazes de abordagens sobre o assunto, provocando um constante questionamento entre as duas vertentes.

Segundo Vidal (1989), a teoria da culpabilidade sustenta interpretações – desde a imperícia profissional até a necessidade de adequação do trabalhador ao posto do trabalho – que correspondem a várias concepções: a culpabilidade, em que é ressaltada a imperícia do trabalhador; a acidentabilidade, que supõe a existência de trabalhadores acidentáveis; a predisposição aos acidentes, em decorrência de características individuais; e a dicotomia entre

fatores humanos e o ambiente do trabalho, na qual se apóia a legislação brasileira vigente sobre acidentes do trabalho.

Diversos estudos apontam que a definição usual de Acidente do Trabalho (AT) remete à noção de “fatalidade”, “obras do azar”, “erro grosseiro” e “eventos que ocorrem por acaso ou por causas desconhecidas” (Achcar, 1989; Garcia, 1992; Haddon, 1968; Hale & Hale, 1972; Nolter & Johnson, 1987).

Vidal (1989), ao discutir a evolução conceitual da noção de acidente do trabalho, destaca a importante contribuição de Faverge (1980) que conceitua acidente do trabalho “[...] como um fenômeno de encontro entre uma situação de trabalho que contém em si um acidente potencial, e um evento disparador que forneceria condições concretas de passagem do potencial ao real.”

Neste contexto, o acidente do trabalho é sinal de uma disfunção do sistema de trabalho, que revela “[...] problemas de adaptação do sistema às suas finalidades.” (VIDAL, 1989). Villate & Chemais, 1985; Cohn e cols. (1985); Hirano, Redko & Ferraz, 1990 (apud VIDAL, 1989) consideram os acidentes do trabalho como uma das formas de violência às quais é submetido o trabalhador brasileiro.

É importante problematizar e discutir as concepções sobre a causalidade dos acidentes do trabalho. Tradicionalmente, o empregador tem analisado os acidentes na ótica da unicausalidade e da culpabilidade como consequência de “ato inseguro” e “condições inseguras”; sendo que tais concepções não demonstram as múltiplas causas subjacentes, nem estabelecem critérios de importância de cada uma delas na rede de causalidade.

Nesta perspectiva, ao assumir tais pressupostos, deixa-se de conhecer e esclarecer os determinantes dos acidentes. Por outro lado, as medidas corretivas, quando apontadas, têm pouco impacto na prevenção, por não abordarem as múltiplas causas desses eventos que geraram os acidentes do trabalho.

Nesta abordagem, é possível a aproximação da especificidade dos acidentes do trabalho e a superação da falsa contradição entre risco social e profissional. Os programas dirigidos à saúde dos trabalhadores devem dispensar igual atenção às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, numa perspectiva interdisciplinar capaz de evidenciar, em suas múltiplas dimensões, a relação da saúde com o processo de trabalho.

Nesta direção, procurou-se levantar junto aos colaboradores da pesquisa, a visão do que considera como causa ou o que ocasiona o acidente do trabalho. Foi apresentada pelos colaboradores a sua posição,

Eu acho que tem vários tipos de se acidentarem, eu acho que tem o vacilo, tem o caso de uma obra muito bagunçada, é coisa que eu não deixo, porque a minha obra é sempre limpinha, e tem também, quando o maquinário é ruim, isso tudo ajuda no acidente...coisa que comigo não acontece porque as minhas máquinas são muito boas...e agora, eu não sei...como que aconteceu... quem trabalha comigo, ou quem foi empregado meu nunca se acidentou...só que orientação eu nunca tive.

Eu acho que o que dá o acidente é obra suja e maquinário que não é adequado, além do cuidado que se tem que ter, não se pode vacilar no serviço...e as máquinas tem que ser adequadas dentro de sua profissão, com o treinamento certo...e tem que tomar muito cuidado...eu não errei, foi a máquina que teve o problema....[...]

Eu graças a Deus, nunca tive problemas, eu não tive que trabalhar pros outros, pra aprender, eu aprendi sozinho... só que eu tenho dó de muita gente que não tem chance, tem muitos, mas, eu graças a Deus, a minha vida foi boa, eu nunca tive preguiça de trabalhar e a construção civil é muito boa e é o único serviço que tem sempre, se a pessoa quer tem direito serviço.... a única coisa que pra mim em 28 anos eu não tenho nada a reclamar, da construção civil, e eu tive esse acidente com a máquina que arrancou meu dedo...coisa que eu nunca imaginava na vida, porque o cuidado que eu tenho... não era pra acontecer, se dependesse de mim. (informação verbal do colaborador maquina).

Eu como não tenho estudo, a gente trabalha naquilo que aparece, é mais fácil de arrumar, e toda hora acha quem precisa, sem amolância...e acho que aconteceu o acidente do trabalho comigo, foi por falta de atenção minha, foi falha minha, e também, o que tem de acontecer acontece. (informação verbal do colaborador serra circular)

Pela fala dos colaboradores, identificou-se que consideram, como causas dos acidentes do trabalho na construção civil, por um lado, as condições inadequadas oferecidas pelo empregador, tanto na área física como nos equipamentos de trabalho diário (máquinas); e de outro, consideram que houve falha humana, desatenção, reconhecendo não haver, por parte do empregador, preparo ou treinamento para o desempenho da função exigida. Como não há exigência de escolaridade, são submetidos à exploração do trabalho ou a mais-valia. Verificou-se, ainda, na fala de um deles, que o ocorrido é coisa do destino, de Deus, demonstrando a consciência ingênua⁹², explorada ou alienada, que o sistema capitalista impõe aos mesmos.

Neste contexto, segundo Paulo Freire (1982, p. 30),

Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipótese sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias ... o homem enche de cultura os espaços geográficos e históricos...o homem se identifica com sua própria ação: objetiva o tempo, temporaliza-se, faz-se homem-história ... [...]

Nesta perspectiva, verificou-se que, em vários idiomas, a palavra acidente apresenta significado semelhante: evento súbito e imprevisível, que produz resultados não esperados e não desejados, conforme foi mencionado no Capítulo 2.

⁹² Ver sobre as características da consciência ingênua em: Freire (1982, p. 40-41).

Para se posicionar sobre os resultantes de acidentes do trabalho, apresenta-se que, “[...] os acidentes do trabalho, resultando de fenômenos sociais, sobretudo da forma de inserção dos trabalhadores na produção e, conseqüentemente, no consumo, expressam correlações de forças existentes na sociedade, configurando fenômenos socialmente determinados.” (BINDER; ALMEIDA, 2005, p. 770).

A mesma autora, ainda coloca que, na década de 1930, Heinrich esboçou a teoria do dominó, apresentando o acidente como o último evento de uma seqüência linear, constituindo numa colocação de sistematização que se contrapunha à noção de fatalidade. Esta teoria representa o acidente por uma seqüência de cinco pedras de dominó posicionadas de modo que a queda de uma desencadeia a queda das subseqüentes. Assim, a terceira pedra da série inseriu as noções de atos e de condições inseguras como fatores imediatamente precedentes ao acidente e à lesão. De acordo com esta teoria, as ações do trabalhador exercem papel de destaque e devem ser contempladas na prevenção.

Neste sentido, nos últimos trinta anos, é muito enfatizada a concepção multicausal de acidentes do trabalho, diminuindo a importância anteriormente atribuída aos fatores imediatamente precedentes às lesões.

Nas últimas décadas, a aplicação da Teoria dos Sistemas ao estudo dos acidentes de trabalho tem contribuído para a compreensão desses fenômenos. Esta teoria considera as empresas constituídas por sistemas sociotécnicos abertos, com finalidade de produção de bens ou serviços, no interior das quais, possam ocorrer perturbações com efeitos indesejáveis, dentre eles, os acidentes do trabalho. O sistema sociotécnico aberto é constituído por dois subsistemas: (a) técnico (ambiente, máquinas, tecnologia, produtos, etc) e (b) social (trabalhadores com diferentes qualificações que estabelecem entre si relações pessoais e hierárquicas, etc.). Os dois subsistemas interagem entre si e recebem e exercem influência no meio social em que estão inseridos.

Outra teoria, representada por outros autores, apresenta de maneira isolada ou associada, as contribuições da ergonomia acerca de aspectos cognitivos (individuais ou coletivos) da confiabilidade humana em sistemas sociotécnicos abertos, e os aspectos do estudo das formas de gestão da produção e da segurança nesses sistemas.

Existem várias outras teorias explicativas acerca dos acidentes que não serão aprofundadas, mas, em suma, no contexto brasileiro, em grande número de casos, arriscar-se é parte das tarefas habituais desenvolvidas em contextos precários, do ponto de vista da segurança. Acresce-se que uma grande parte dos trabalhadores assume riscos em obediência a

determinações de chefias, colocando-os em uma situação mais frágil do ponto de vista da segurança do trabalhador.

Segundo Cohn (1985, p. 37)

Na verdade a problemática dos acidentes do trabalho é muito mais dramática do que os números deixam transparecer, pois, à medida que reduz ou extingue a capacidade individual de trabalho, para o trabalhador representa a cassação de seu direito de viver dignamente como ser humano ou mesmo do direito à própria vida.

Verificou-se, também, um risco duplicado de acidentes entre trabalhadores que referiram os mais altos níveis de desgaste - cansaço físico e ou mental elevados ao final da jornada de trabalho (BARATA; RIBEIRO; MORAES, 2000).

Da mesma forma, observou-se relação inversamente proporcional entre a prevalência de acidentes e escolaridade, sugerindo uma relação de dependência bastante estreita entre posição e ocupação e destas variáveis com as situações de insalubridade e insegurança no trabalho. A escolaridade também pode contribuir, diretamente, para a maior percepção do perigo e condições insalubres e para a construção de comportamentos de preservação (BARATA; RIBEIRO; MORAES, 2000).

Para o Sistema Único de Saúde, os acidentes do trabalho são fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis, dadas as condições de trabalho encontradas na maioria do ambientes e processo de trabalho no Brasil. Assim:

Ao contrário de constituir obra do acaso como sugere a palavra acidente, os acidentes do trabalho são fenômenos previsíveis, dado que os fatores capazes de desencadeá-los encontram-se presentes na situação do trabalho (passíveis de identificação) muito antes de serem desencadeados. A eliminação (neutralização de tais fatores é capaz de evitar /limitar a ocorrência de novos episódios semelhantes, ou seja, além de previsíveis, os acidentes de trabalho são preveníveis (BINDER; ALMEIDA, 2005).

Adotando uma abordagem epidemiológica, outros estudos têm buscado estabelecer relação entre a ocorrência de acidentes e alguns fatores de risco, cargas de trabalho ou possíveis causas. Foram encontradas taxas de prevalência de acidentes maiores entre aqueles que referiram jornadas de trabalho noturnas, por turnos ou irregulares, comparadas com jornadas diurnas.

Estudos realizados na França, por Bonnefour (1997), revelaram que a aceitabilidade de riscos varia de acordo com algumas características sociais, e que sociedades ricas aceitam menos os riscos que sociedades pobres. Vários fatores permeiam essa aceitabilidade,

particularmente os fatores culturais, assim como o grau de organização dos diferentes grupos sociais.

Além disto, outro agravante é o caso das sub-notificações dos acidentes do trabalho, em que o trabalhador que se acidenta, em muitas das vezes, não tem conhecimentos sobre os seus direitos sociais; o empregador, às vezes não reconhece que foi um acidente do trabalho, e não emite a CAT, ou, mesmo sabendo do direito do trabalhador, não havendo necessidade de afastamento temporário, deixa de notificar o acidente por vários motivos. Embora a Lei n. 8213/91, conforme mencionada anteriormente, determina em seu art. 22, que todo acidente do trabalho ou doença profissional deverá ser comunicada pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão.

A prevenção dos acidentes do trabalho e a melhoria dos índices de morbi-mortalidade são objetivos essenciais da promoção da saúde dos trabalhadores e devem estar contemplados nas propostas de vigilância em saúde do trabalhador.

Em outra direção, referindo-se à questão de qual, foi para os colaboradores, a causa considerada do seu acidente, obteve-se como falas:

O meu acidente eu tava cortando madeira aí a máquina travou o disco e eu fui por a mão...não teve erro meu, não teve nada, apenas o problema da maquita, que é uma máquina elétrica [...].

E na hora do acidente, não teve ninguém para esclarecer nada, e isso tinha que acontecer... não tem lógica, porque eu tenho 28 anos que eu mexo com ela, e até hoje o povo tá bobo de saber, de como eu ...acidentei..[...]de como eu amputei o dedo...

Eu tenho 28 anos que eu trabalho em obras, nunca tirei férias, porque eu trabalho demais... e acidente nunca tive, é o primeiro acidente, nunca tive, sempre fui muito cuidadoso..[...]

Eu sou uma pessoa que não tenho estudo, fiz até a 5ª série, nunca tive treinamento, aprendi na prática, olhando, nunca ninguém me ensinou nada...[...] (informação verbal do colaborador maquita)

Como eu falei, eu não tenho estudo, estudei até a 7ª série, e como eu tava desempregado, procurei e achei emprego de ajudante de carpinteiro, que não exige estudo, é mais fácil, mas quando eu acidentei, tinha poucos dias de serviço, e não tinha dado tempo de receber treinamento...e foi a primeira vez que eu fui trabalhar em construção...aí eu segurei a madeira, e a mão escapuliu da madeira, e foi na serra circular, e a minha mão ficou toda cheia de sangue e dependurada...eu tive que enrolar uma toalha até ir pro Hospital Escola, e eu achava que tinha perdido a mão, e depois eu soube, que foi feito um reimplante na minha mão,,fique internado 22 dias, e mais pra frente, conforme for tenho que fazer outra cirurgia dos tendão...porque tem dois dedo meu que eu não sinto... (informação verbal do colaborador serra circular).

Pela fala dos colaboradores, ficou evidenciado que, em um primeiro momento, consideram que a causa de seu acidente do trabalho foi por falha do equipamento ou maquinário de trabalho, ao mesmo tempo em que reconhecem que, pela falta de escolaridade ou estudo, foram expostos à situação que confirmam ter sido por falta de um preparo

específico, ou capacitação para o desempenho da função. Foi enfatizado que a ocupação desempenhada na construção civil é de fácil acesso, sem exigências para contratação ou subcontratação sempre com disponibilidade de vagas para o trabalho. O aprendizado da função é conseguido na prática diária, além de não terem garantidos os direitos trabalhistas e previdenciários.

Da mesma forma, foi identificado que os acidentes do trabalho ocorridos afetaram as mãos e dedos, correspondendo ao que é apresentado pela literatura e estatística nacional.

De acordo com dados apresentados pelo DATAPREV, no ano de 2006, dentre os 50 itens do Código Internacional de Doenças (CID) com maior incidência nos acidentes de trabalho registrados, conforme descrito anteriormente neste capítulo, os de maior participação foram ferimentos do punho e da mão. Referindo-se às partes do corpo com maior incidência de acidentes de motivo típico, foram o dedo e a mão com, respectivamente, 29,3% e 9,2% do total, conforme apresentado na tabela 11 da pesquisa quantitativa, que se encontra na folha 141.

Neste contexto, referindo-se à legislação previdenciária, quando o trabalhador se acidenta, ficando com seqüelas que o incapacitem, ou limitem, diminuindo a sua capacidade laborativa, impedindo-o para desempenho da função anteriormente exercida, sendo reconhecida pela perícia médica do INSS, é concedido ao trabalhador segurado o auxílio-acidente cujo valor é correspondente a 50 % do salário de benefício que recebia do auxílio-doença. Desta forma, a Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, considera que o “auxílio-acidente” é um benefício pago ao trabalhador que sofre um acidente e fica com seqüelas que reduzem sua capacidade de trabalho. É concedido para segurados que recebiam “auxílio-doença”.

Nesta conjuntura, de acordo com a realidade brasileira e com a visão capitalista no seu modo de produção e desenvolvimento, verifica-se que tem mais valor aquele que é dono dos meios de produção, ou que seja detentor dos meios do saber e do conhecimento, sendo estes mais valorizados no mercado de trabalho. Aqueles que não possuem os meios de produção ou que não sejam detentores do saber são explorados em sua mais valia e pela sua força do trabalho.

Desta forma, de acordo com Mendes (2005, p. 171),

As mudanças pelas quais está passando o mundo do trabalho trazem repercussões sobre o modo de produzir; e, subseqüentemente, sobre o modo de se expor ou não a determinados riscos de se adoecer e de se acidentar no trabalho. Simultaneamente, esse processo tem um aspecto tecnológico (microinformática, bioengenharia, novas máquinas, novos materiais e matérias primas), e outro vinculado à própria organização do trabalho, com a degradação do acesso aos direitos trabalhistas,

intensificação do processo produtivo, aumento de horas extras, diminuição do número de trabalhadores empregados, intensificação do processo produtivo, diminuição dos níveis de hierarquia, entre outras.

Assim, os trabalhadores da construção civil que não possuem escolaridade elevada, (conforme apresentado na tabela 4, da pesquisa quantitativa) são sub-contratados, terceirizados, com contratos provisórios, ou por tempo determinado, e, para o desempenho de suas funções, não são capacitados, nem treinados, para o desenvolvimento do trabalho exigido. Conseqüentemente, com baixos salários (conforme tabela 5, da pesquisa quantitativa), esses trabalhadores ficam expostos a fragilidades que os levam a situações de maior vulnerabilidade à ocorrência dos acidentes do trabalho, que podem levar a afastamentos provisórios, ou definitivos, ou até mesmo ao óbito do trabalhador (conforme gráfico 4, da pesquisa quantitativa).

De acordo com a Norma Regulamentadora (NR) n. 6, da Portaria MTB 3.214/78, o uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelo trabalhador, é uma determinação legal, que visa disciplinar as condições em que o mesmo deve ser empregado na proteção do trabalhador.

E ainda, ao empregador é obrigatório o fornecimento gratuito, sem nenhum ônus para o trabalhador, do EPI adequado para a tarefa a ser executada, como meio de neutralizar agentes físicos, químicos ou biológicos, prejudiciais a sua saúde.

Por outro lado, o empregado está obrigado a usar o EPI fornecido pelo empregador de modo adequado e exclusivamente para o fim a que se destina, sendo a recusa ao uso do mesmo considerada infração passível de demissão por justa causa, na forma da legislação.

Nesta conjuntura, observa-se que ainda é notório o grau de desinformação dos trabalhadores quanto aos seus direitos sociais, reforçando a imagem da iniquidade das políticas de trabalho e de saúde, implicando em dificuldades no acesso às políticas públicas, caracterizando uma problemática na saúde do trabalhador.

No mesmo sentido, ressalta-se que o exercício profissional do assistente social tem como eixo central o compromisso com o fortalecimento da cidadania através da luta pelo acesso a direitos e políticas públicas, através do conhecimento e informação.

Assim, para Bravo et al (2006, p. 144)

A informação é a condição que subsidia os segmentos nas escolhas a partir de seus interesses e necessidades. Um segmento informado pode contribuir mais com o programa, na medida que conhece a proposta, a forma de acesso ao serviço, os profissionais envolvidos, enfim, estará participando e também informada sobre as políticas sociais e o acesso aos direitos sociais.

Desta forma, com base nos conhecimentos e estratégias do Serviço Social é possível superar os obstáculos com que os usuários se deparam em seu cotidiano, contribuindo para a acessibilidade dos mesmos. Por conseguinte, as ações realizadas a partir da veiculação de informações podem efetivar transformações no cotidiano dos trabalhadores, levando-os a dar respostas, fortalecendo a idéia de uma realidade social capaz de atender às suas demandas.

Será apresentada, a seguir, uma contextualização histórica acerca dos acidentes do trabalho, desde seu surgimento até a atualidade, ao mesmo tempo em que se infere na fala dos sujeitos que aqui são representados pelos colaboradores da pesquisa.

3.2 Contextualização Histórica dos Acidentes do Trabalho

O estudo da temática “acidentes do trabalho” importou, neste caso, numa abordagem envolvendo o marco da legislação e documentos, entendendo-se que todo o arcabouço legal existente, relacionado com a matéria, reflete a forma como a sociedade encara e procura enfrentar o ônus representado por perda ou redução da força do trabalho, de forma temporária ou permanente.

A legislação previdenciária, mecanismo normatizador de ações e mediador de conflitos na área trabalhista, é resultado de uma disputa envolvendo diferentes atores sociais: o empregador, o trabalhador e o Estado, este, enquanto formulador de políticas, articulado com as forças sociais e tendo as classes dominantes como poder político hegemônico. Assim, a instituição de determinada norma jurídica acaba por demonstrar o resultado da correlação de forças entre empregadores e trabalhadores, mediada pela representação do Estado que garante o estabelecimento e a aplicação das leis e a concessão de benefícios. Segundo Faleiros (1992, p. 312):

O conteúdo de uma política social não é simplesmente a definição legal do seu objetivo, nem o discurso tecnocrata que a justifica. Trata-se, primeiramente e antes de tudo, de um pleito, de uma questão disputada pelas diferentes forças sociais que manifestam as contradições da sociedade e dos interesses em confronto.

Nesse sentido, na política social, sendo uma questão disputada por diferentes forças sociais, verifica-se, por um lado, aqueles que dominam, detentores do saber e dos meios de produção capitalista, e de outro lado, os que são dominados, desprovidos do conhecimento, que são explorados em sua força de trabalho.

Nesta perspectiva, será traçado um breve histórico sobre essa temática. Para tanto, serão tratados os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho, presentes na vida dos trabalhadores desde a Antiguidade, enquanto reflexos das condições de trabalho e dos processos de produção, constituindo-se em objeto de análise sistemática, a partir do século XIX, com o avanço do processo de industrialização e as lutas operárias dele decorrentes.

Em 1883, com Félix Faure⁹³, perante o Parlamento de França, adotando a teoria do risco profissional, passou-se a entender que assim como o empregador suporta o desgaste e a destruição de seu material, bem como os gastos de amortização do que lhe é útil, como os riscos de incêndio, responsabilidade civil, etc, deve, igualmente, suportar a responsabilidade pelos acidentes ocorridos no trabalho realizado em seu proveito. Assim, todo aquele cuja missão é dirigir um trabalho que lhe confere benefícios é, a priori, responsável pelos acidentes que possam resultar no curso de sua execução.

A primeira Lei Especial de Acidentes do Trabalho foi promulgada na Alemanha de Bismarck, em 1884, sendo seguida pela Áustria (1887), Noruega (1894), Inglaterra (1897), França (1898), Itália (1898), Espanha (1900) e pelo Brasil (1919).

Muitas mudanças ocorreram na história do trabalho do ser humano, e, em decorrência do avanço industrial, a partir do século XIX, aumentou o número de doenças e mortos provenientes das condições precárias de trabalho.

Com a Revolução Industrial surge uma nova situação: o trabalho em ambientes fechados, às vezes confinados, a que se chamou de fábricas. O êxodo rural, as questões urbanas de saneamento e de miséria se juntaram a outro grande problema: as péssimas condições de trabalho (e ambiente) alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores que passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças nas áreas fabris (FRIAS JÚNIOR, 1999, p. 44)

Nesta concepção, as relações de trabalho estão concomitantemente relacionadas à sua precarização. No processo de produção e saúde, fica explicitada a relação impositiva, na qual os trabalhadores desenvolvem uma luta desigual, e tentam controlar resultados negativos que a exposição aos riscos causa a sua saúde. Desta forma, a fala de Mendes (2005, p. 7):

Toda sorte de acidentes graves, mutilantes e fatais, como intoxicações agudas e outros agravos à saúde, impactaram os trabalhadores, incluindo crianças de cinco, seis, ou sete anos, e mulheres, preferidas que eram – crianças e mulheres – pela possibilidade de lhes serem pagos salários mais baixos.

⁹³ Era um republicano, nascido em 1841, sendo Presidente da França em 1895 até 1899, quando faleceu.

Os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, embora presentes na vida dos trabalhadores desde a Antiguidade, enquanto reflexos das condições de trabalho e dos processos de produção, passaram a se constituir em objeto de análise sistemática, a partir do século XIX, com o avanço do processo de industrialização. Embora sempre tenha existido o acidente do trabalho, o desenvolvimento do modo de produção capitalista, em plena Revolução Industrial, passou a ser motivo de atritos entre a classe patronal e os trabalhadores de forma intensa.

Segundo Márcia Regina Costa (1981, p. 84):

O Estado Capitalista desenvolveu ou foi obrigado a desenvolver, principalmente por causa das pressões operárias, uma série de medidas preventivas e reparadoras com relação às condições gerais de existência e de trabalho da classe operária. Tal conjunto de medidas justifica-se, pois é necessário, para o bom andamento do capitalismo, que os operários se sujeitem no maior grau possível às situações de trabalho.

Somente no século XX, a medicina do trabalho definiu como área de conhecimento as doenças tidas como profissionais. Assim, a saúde passou a ser questão social e as condições de trabalho se tornaram uma problemática na vida dos trabalhadores, surgindo a necessidade de realizar um fórum para discussões referentes aos eventos que ocasionavam a patologia do trabalho.

Desta forma, em 1906, foi realizado o I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho, na cidade de Milão, na Itália, sendo referência para estudiosos em patologia do trabalho, e o primeiro fórum internacional voltado para a questão. O II Congresso ocorreu em Bruxelas, na Bélgica, em 1910, tendo como tema a questão da equiparação de acidentes do trabalho e doenças profissionais, na legislação então vigente.

Neste sentido, quando se discute a proteção jurídica à saúde do trabalhador, torna-se necessário entender a trajetória que as concepções de acidente do trabalho percorreu. Entendendo que:

O processo saúde – doença dos trabalhadores – como e porquê adoecem e morrem – e como são organizadas e atendidas suas necessidades de saúde podem ser consideradas uma construção social diferenciadas no tempo, lugar e dependente da organização da sociedade (DIAS, 2000, p. 34).

Frente ao exposto, concebe-se a importância da contribuição histórica, nesta constituição, percebendo que, "[...] a saúde do trabalhador enquanto área em construção necessita para sua consolidação, deste conhecimento que está sendo produzido

cotidianamente, ao nível dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, pelos atores sociais envolvidos.” (MENDES, 2005).

Assim, acredita-se que o tema Acidente do Trabalho é de relevância para a saúde do trabalhador. Conforme relata Rigotto (1998), o estudo da Saúde do Trabalhador é tema complexo e multifacetário, devendo ser estudado através de diversos olhares, na tentativa de auxiliar os profissionais de saúde em seu contato com o tema. Estimula estes profissionais a terem atitude de quem escuta, questiona, sente, perscruta, “estuda e busca a construção de um saber, juntamente com os trabalhadores”, embora reconheça as dificuldades de operacionalização destas iniciativas.

Na Constituição da Organização Internacional do Trabalho⁹⁴ (OIT), aprovada em 1919, em seu preâmbulo, é prevista como competência da mesma a melhoria das condições de trabalho, admitindo-se como tais a regulamentação das horas de trabalho, duração máxima da jornada, salário, liberdade sindical, proteção dos trabalhadores contra acidentes do trabalho e enfermidades, sejam ou não profissionais. De acordo com a Constituição da OIT: “[...] se alguma nação não adotar condições humanas de trabalho, esta omissão constitui um obstáculo aos esforços de outras nações que desejem melhorar as condições dos trabalhadores em seus próprios países.”

Com a evolução acelerada dos processos industriais, da divisão do trabalho e do crescente desenvolvimento tecnológico, foi demonstrada a insuficiência da Medicina do Trabalho para corresponder aos problemas que estavam sendo colocados.

Com enfoque ao estudo proposto, constatou-se que o primeiro documento legal a dar uma orientação geral sobre acidentes de trabalho, no Brasil, foi o Código Comercial Brasileiro, de 1850.

A primeira Lei brasileira sobre condições de trabalho foi implantada pelo Decreto n. 1.313, de 17 de janeiro de 1891. Esse decreto regulamentava, inclusive, o trabalho de menores fixando a idade mínima de 12 anos.

A partir daí, surgem tantos outros decretos ressaltando a importância das lutas operárias para o estabelecimento das condições de segurança do trabalho.

Foi de responsabilidade do jurista Clóvis Beviláqua a inscrição de normas jurídicas relacionadas ao trabalho no Código Civil – Lei n. 3.071, de 1º de janeiro de 1916, que

⁹⁴ A OIT foi fundada em 1919, com o objetivo de promover a justiça social. Ela é a única das Agências do Sistema das Nações Unidas que tem estrutura tripartite, na qual os representantes dos empregadores e dos trabalhadores têm os mesmos direitos que os do governo. No Brasil, a OIT tem mantido representação desde 1950, com programas e atividades que tem refletido os objetivos da Organização ao longo de sua história. Atualmente são 182 países membros da OIT. A Conferência Internacional do Trabalho, é o fórum internacional que ocorre anualmente em Junho em Genebra.

procuravam indenizar danos causados por acidente do trabalho, baseadas no que se conhece como culpa aquiliana, que é reparação do dano causado a coisas alheias, decorrente da demonstração da culpa, devendo ser comprovado o dano, quem o cometeu, e o nexo entre o dano e a falta – nexo causal.

Dentre as principais teorias que fundamentam a responsabilidade patronal pelo acidente do trabalho e o dever de indenização, podem ser citadas: a teoria extracontratual ou aquiliana, a teoria contratual, a teoria da responsabilidade objetiva, a teoria do risco profissional e a teoria do risco social.

No Brasil, inicialmente, a reparação de dano decorrente de acidente laboral exigia prova, por parte do empregado, da culpa do empregador. Da independência até 1919, a reparação sustentava-se na teoria aquiliana, e por ser a prova dificilmente conseguida, a maioria dos eventos acidentários ficava sem amparo legal. Posteriormente, surgiu a teoria contratual, que estabelecia que o empregador deveria provar não ser o culpado pelo acidente ocorrido – a responsabilidade deveria decorrer da relação jurídica representada pelo contrato de trabalho, devendo o empregador, a partir disso, zelar pela segurança do empregado. Entretanto, partindo do fundamento subjetivo, em caso de caracterização de força maior, caso fortuito ou culpa de outros empregados, muitos acidentes ficavam sem possibilidade de indenização, pois, em nenhum desses casos, ficava caracterizada a culpa do patrão.

Nesta perspectiva, surgiu nova teoria baseada no conceito de que aquele que lucra com uma situação deve responder pelo risco ou pelas desvantagens dela resultantes, sendo a responsabilidade independente de dolo ou culpa. É a teoria da responsabilidade objetiva que, no âmbito da indústria, denomina-se teoria do risco profissional⁹⁵.

A chamada teoria do risco de autoridade é uma derivação da teoria do risco profissional e visava abarcar não só os trabalhadores da indústria cobertos pelo risco profissional, como também os trabalhadores da agricultura e comércio, e baseava simplesmente na condição de subordinação do empregado ao empregador.

Existe, ainda, a teoria do risco da empresa, que absorve as teorias do risco profissional e de autoridade que, de acordo com Braga (1964):

Com a teoria do risco profissional não se cogita de ter o operário cometido alguma falta, nem se o patrão não a cometeu, bem como a ocorrência de casos fortuitos ou de força maior.

Procura transformar a igualdade de direito existente entre as partes, puramente ilusório, em igualdade de fato. Sendo o empregado dependente do empregador tem

⁹⁵ Teoria do risco profissional - por esta teoria, o acidentado não mais precisava provar a culpa do patrão, sendo o infortúnio considerado decorrente de risco inerente à atividade laborativa, havendo responsabilidade objetiva do empregador enquanto detentor do risco.

que ficar em posição mais favorável, numa luta processual que lhe seria injusta se fosse pautada pela igualdade de direitos e meios probatórios. A justiça é o tratamento desigual de coisas desiguais. Não se pode desejar equiparação de direitos de provas entre patrão e empregado.

O fundamento da responsabilidade não é a culpa, elemento puramente subjetivo, mas o risco, tipicamente objetivo. Aquele precisa ser provado, demonstrado. Este basta a ocorrência, o fato em si, para positivar a responsabilidade e a obrigação de indenizar.

Russomano (1964) explica o seu conceito sobre o risco profissional, apontando dois fatos concretos que fundamentam esta teoria:

- 1) Toda e qualquer atividade profissional pressupõe certos riscos – mais ostensivos ou menos ostensivos – que pesam sobre aquele que executa a tarefa.
- 2) Na sociedade capitalista, o empregador explora a empresa. A ele compete dirigir e fiscalizar a produção. Ele seleciona os meios e os utensílios de trabalho, distribui os encargos, indica as funções, escolhe os lugares para execução do trabalho. Contribui, portanto, dessas e de outras maneiras, para criar ou agravar o risco profissional corrido pelos empregados. Ora, como o empresário goza a vantagem dos lucros, responde, também, por todos os riscos derivados da atividade da empresa. O risco, sem dúvida, no caso, decorre do trabalho desenvolvido pelo obreiro; mas, os proveitos que daí resultam são contabilizados em favor do patrão. Este – como organizador da empresa, portanto, criador do risco, e como auferidor dos lucros – responderá pelos danos sofridos por seus trabalhadores, durante o serviço.

Neste contexto, a teoria do risco social surgiu com a própria evolução da seguridade social, que coloca o atendimento a todo e qualquer trabalhador acidentado como um direito, significando importante avanço jurídico. Aponta o Acidente do Trabalho como de responsabilidade coletiva. Esta teoria entende que a empresa possui uma função social, levando ao progresso econômico do qual todos se beneficiam, devendo o acidente ser financiado por toda a sociedade.

Neste sentido, Cohn (1985, p. 143) expressa:

[...] doutrinariamente, a passagem da culpa delituosa para risco profissional, desembocando em risco social não deixa de ser um processo de avanço jurídico. A doutrina de risco social garante a assistência social mínima ao acidentado, qualquer que seja a causa, mas ela se torna perversa à medida que dissolve o dever do empregador em reparar os danos resultantes da violação do direito personalíssimo do indivíduo, que tem na sua capacidade de trabalho a garantia única de reconhecimento social enquanto cidadão.

A legislação acidentária brasileira, que tem como marco inicial a Lei n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919⁹⁶, regulamentada pelo Decreto de n. 13.498, de 12 de março de 1919, vem sendo historicamente modificada. Segundo Ribeiro (1984), esta Lei beneficiava,

⁹⁶ A legislação de acidentes do trabalho de 1919, baseava-se na responsabilização da empresa pela indenização dos acidentados, deixando a cargo da polícia a função de registrar tais acontecimentos. Ela considerava o risco de acidente como condição natural à atividade profissional e não estabelecia um seguro obrigatório, mas, previa pagamento de indenização ao trabalhador ou à sua família, calculada de acordo com a gravidade das seqüelas do acidente.

exclusivamente, o “operário” e obrigava o “patrão” a pagar a indenização de acidentes conforme sua gravidade. Baseava-se no fundamento jurídico da teoria do risco profissional, estabelecendo um seguro privado e facultativo. A indenização era de responsabilidade do empregador, exceto nos casos de força maior ou dolo da própria vítima ou de estranhos. Essa teoria se baseava na necessidade de acreditar que existe uma parcela de perigo inerente ao desenvolvimento da atividade profissional. Essa forma de conceber o acidente do trabalho isenta quaisquer dos personagens envolvidos no processo, tornando a situação tolerável e induzindo a parte lesada a se conformar com o mesmo, já que é próprio do serviço.

A Lei n. 3.724, de 1919, segundo Opitz (1988), define acidente do trabalho como: “produzido por causa súbita, violenta, externa e involuntária no exercício do trabalho, determinando lesões corporais ou perturbações funcionais, que constituam a causa única da morte ou perda total ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”.

Deste modo, contextualizar a história dos acidentes e sua legislação, significa procurar entender o porquê da constituição de determinada política de saúde do trabalhador em diferentes conjunturas; quais os seus determinantes sociais, políticos, econômicos e ideológicos; em que medida houve a superação das forças dominantes na constituição dessa política e a efetiva participação da classe trabalhadora; quais os aspectos positivos e negativos de determinada legislação sobre o conjunto da massa trabalhadora.

Segundo Faleiros (1992), “[...] os trabalhadores não eram atendidos de modo universal e os acidentes quando comunicados se faziam à autoridade policial, ficando os trabalhadores propensos aos acordos propostos pela empresa.”

Na Convenção Internacional do Trabalho firmada no ano de 1925, especificamente na Convenção de n. 18, ficaram previstas três enfermidades profissionais (saturnismo⁹⁷, hidrargirismo⁹⁸ e infecção carbunculosa⁹⁹). No ano de 1934, à lista foram acrescentadas mais dez enfermidades (Convenção nº 121) em 1964, quinze outras enfermidades profissionais, e assim por diante.

A Organização Internacional do Trabalho, sempre teve papel relevante na humanização das condições de trabalho, sendo que suas Convenções foram aceitas pela maioria dos países. Em nosso país, houve incorporação na Consolidação das Leis do

⁹⁷ Saturnismo é o nome dado à intoxicação por chumbo (envenenamento cumulativo por chumbo).

⁹⁸ Hidrargirismo são as enfermidades ou lesões associadas ao mercúrio. Tem o nome também de mercurialismo ou hidrargiria.

⁹⁹ Infecção carbunculosa, define que o carbúnculo é uma doença comum dos animais herbívoros, mas também pode afetar os seres humanos que sejam expostos a animais infectados, tecidos de animais infectados ou elevadas concentrações de esporos de carbúnculo. Os casos humanos de carbúnculo deve-se à exposição a animais infectados ou a carne ou pele infectada. As vítimas têm profissões relacionadas com a manipulação de animais ou de produtos derivados.

Trabalho, criando-se, ainda, Normas Regulamentadoras (NRs) de atividades laborativas, cuja utilidade é inegável.

A legislação trabalhista recebeu um grande impulso com a criação do Conselho Nacional de Trabalho e a Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores das estradas de ferro, ambos em 1923.

Nesse contexto, inicia-se, no Brasil, no século XX, o Serviço Social. O Estado intervencionista assume a tão questionada “Questão Social” e é nesse período que agravam as condições de vida em todo o país.

Muitas dificuldades foram encontradas pelo Serviço Social ao longo de sua trajetória. “Operando sempre com a identidade atribuída pelo capitalismo e ostentando a face dos detentores do poder a que estava vinculado – Estado, Igreja e classe dominante”. (MARTINELLI, 2003, p. 135).

A partir de 1930, o Estado passou a assumir o papel de promotor do desenvolvimento e de mediador da relação capital-trabalho, criando um sistema de previdência social e assistência médica, no qual se incluía o seguro acidente. Entre 1930 e 1945, a notificação dos acidentes do trabalho torna-se obrigatoriedade, devendo ser feita pelo empregador ou por quem tivesse conhecimento do fato. Em 1934, ampliou-se o conceito de acidente do trabalho para abranger as doenças profissionais atípicas e estabeleceu-se a obrigação do seguro privado.

Nesta época, no Governo de Getúlio Vargas, emergem várias leis que, direta ou indiretamente, irão influenciar nas condições de segurança dos trabalhadores, podendo ser destacadas:

- Decreto nº 19.770, de 19 de março de 1931. Regula a sindicalização.
- Decreto nº 22.033, de 29 de outubro de 1932. Fixa em oito horas por dia ou quarenta e oito horas semanais o limite máximo das jornadas de trabalho.
- Lei nº 62, de 05 de junho de 1935. Cria a estabilidade no emprego.
- Decreto – Lei nº 1.237, de 2 de março de 1939. Organiza a Justiça do Trabalho.
- Decreto – Lei nº 2.162, de 01 de maio de 1940. Institui o salário mínimo. (ANTUNES, 2006).

A partir de 1934, as atividades ligadas à construção aprimoram-se tecnicamente e passam à elaboração, à execução e à fiscalização de projetos para a responsabilidade de engenheiros e arquitetos. É importante destacar que, em 1943, houve a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Neste sentido, o Decreto previu o instituto das concausas¹⁰⁰, retirando a causa única e exclusiva do Decreto-Legislativo n. 24.637/1934¹⁰¹, porquanto previa, no artigo 3º precisamente, o seguinte: “Considera-se caracterizado o acidente, ainda quando não seja ele a causa única e exclusiva da morte ou da perda ou redução da capacidade do empregado, bastando que entre o evento e a morte ou incapacidade haja uma relação de causa e efeito.”

A legislação de 1934 reconheceu que o mundo do trabalho gera riscos e instituiu, independentemente de provas, o seguro obrigatório contra acidentes de trabalho. Esse seguro era recolhido pelo empregador sob forma de depósito caucionário nas agências do Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal, passando a fazer parte e ser contabilizado nas despesas gerais da empresa.

Ainda ampliou o conceito de acidente do trabalho, equiparando a lesão típica à doença do trabalho, fazendo distinção entre as doenças profissionais (tecnopatias) e as doenças resultantes das condições de trabalho (mesopatias). O acidente “in itinere”¹⁰² ainda mantinha restrições, pois dependia do percurso a ser executado pelo trabalhador. A incapacidade temporária tinha o lapso temporal de um ano, após o que se tornaria permanente, total ou parcial. A indenização era paga em dinheiro, de uma só vez, pelo empregador responsável principal, ou pela entidade seguradora que cobrisse os riscos acidentários, se o empresário houvesse providenciado a confecção da respectiva apólice de seguro por acidentes do trabalho junto às sociedades particulares então existentes, conforme previsão da lei.

Em 1943, a CLT, em seus artigos 170 a 187 e 198 e 199, dispõe acerca de algumas medidas a serem observadas no ambiente de trabalho, objetivando a prevenção dos acidentes e das doenças profissionais.

O Decreto-Lei n. 7036/1944¹⁰³ definia o acidente do trabalho como:

Considera-se acidente de trabalho para fins da presente lei, todo aquele que se verifique pelo exercício do trabalho, provocando, direta ou indiretamente, lesão corporal, perturbação funcional, ou doença, que determine a morte, a perda total ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.
(COHN, 1985, p. 141)

¹⁰⁰ Se o trabalhador pode ter contribuído, mesmo que indiretamente, para determinar o resultado lesivo, a lei ampara o empregado. O estado anterior do trabalhador, ou seja, a alegação de que o empregado já estaria predisposto, não se toma em consideração para negar o acidente, pois o empregado foi aceito no trabalho e o estava exercendo.

¹⁰¹ Este decreto instituiu o depósito obrigatório para garantia de indenização no caso de morte do acidentado, e inclui a doença profissional.

¹⁰² É o acidente ocorrido no percurso do trabalhador entre casa e o trabalho, ou vice-versa, tanto no início como no fim do serviço. Neste tipo de acidente não existe o serviço, mas um nexó indireto, uma vez que para o exercício efetivo de suas funções o trabalhador deve deslocar-se regularmente até o local do trabalho.

¹⁰³ Este decreto vigorou mais de 20 anos, e seu princípio era fundamentado na reparação do dano sofrido através de indenização, de responsabilidade do empregador e transferível à entidade seguradora.

E ainda, previa as seguintes indenizações:

- a) Por morte em razão de acidente ou doença do trabalho (quatro anos de diárias);
- b) Incapacidade total e permanente (quatro anos de diárias);
- c) Incapacidade parcial e permanente (de 03 a 80 centésimos da quantia correspondente a quatro anos de diárias);
- d) Incapacidade temporária (até o limite de um ano), correspondendo a 70 centésimos da remuneração diária;
- e) Subsídio da grande invalidez no valor de R\$ 3.200,00;

Em seu artigo 37, o Decreto rezava que a remuneração do acidentado serviria de base ao cálculo da indenização, sendo certo que, no salário mensal, a diária corresponderia à 25ª parte desse salário. O salário anual deveria corresponder a 300 vezes a diária.

O grande marco da legislação acidentária no Brasil, foi o Decreto-Lei n. 7.036, de 10/11/1944, regulamentado pelo Decreto n. 18.809, de 05/05/1945. Com a revogação do Decreto-Lei n. 7036/44, iniciou-se o processo de estatização do seguro de acidentes do trabalho, com inequívoco retrocesso e prejuízos aos acidentados do trabalho.

Esta nova legislação acidentária se constitui no marco histórico da proteção infortunistica¹⁰⁴ no Brasil, pelos resultados à sociedade que adotava a teoria do risco profissional, tendo esta legislação durado por mais trinta e um anos.

A Segurança e a Medicina do Trabalho começaram a serem discutidas, no Brasil, na Constituição de 1946 e, ao longo do tempo, passou a ter maiores definições.

No ano de 1960, houve a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, caracterizando como uma reorganização da Previdência Social que trouxe modificações importantes na concessão de benefícios e serviços para os trabalhadores inseridos no regime da CLT. Os segurados dos vários institutos passaram a ter os mesmos direitos.

Neste contexto, a partir da década de 1960, o Serviço Social reconheceu a necessidade emergente de uma ação efetiva que estava relacionada aos novos quadros conjunturais, o que trouxe maior responsabilidade para o Serviço Social frente à classe trabalhadora levando à busca de uma revisão crítica inovadora para seu exercício profissional.

A partir de 1964, com a ditadura militar, estabeleceu-se uma nova ordem político-institucional apoiada no Estado coeso, que mobiliza a implantação das reformas sociais. A política adotada, na época, era voltada para um “controle social”, ou seja, dominação do Estado sobre a população, enfatizando a moral, a ordem, a dependência e a disciplina.

Posteriormente, editou-se o Decreto-Lei n. 293, em 28/02/1967, sendo substituído pouco tempo após, pela Lei n. 5.316, de 14/09/1967. Esta nova Lei tornou obrigatório o

¹⁰⁴ Infortúnio significa, infelicidade, desventura, desgraça e também é um termo utilizado para designar acidente do trabalho.

seguro acidente do trabalho e atribui a responsabilidade pelo seu pagamento à Previdência Social. Com esta lei, obteve-se a estatização do seguro de acidentes do trabalho, que deveria estar incorporado às carteiras de acidentes do trabalho das instituições previdenciárias que estavam sendo criadas (Instituto dos Marítimos, dos Industriários, dos Comerciantes, dos Empregados em Transportes e Cargas, etc.), saindo as seguradoras particulares da respectiva cobertura. A Lei estendia os benefícios aos presidiários e trabalhadores avulsos.

Neste sentido, com a nova Lei de 1967, o ressarcimento do seguro acidentário do trabalho passou a denominar-se prestação previdenciária e não mais indenização por acidente do trabalho. Previu as concausas, o acidente “in itinere”, a equiparação do acidente típico à doença do trabalho, estabelecendo os seguintes pagamentos:

- a) Auxílio-doença, prestação previdenciária correspondente ao valor mensal igual ao salário-de-contribuição do dia do acidente;
- b) Aposentadoria por invalidez, prestação previdenciária mensal igual ao salário-de-contribuição do dia do acidente;
- c) Pensão por morte acidentária, valor mensal aos dependentes, calculado na mesma forma da aposentadoria por invalidez;
- d) Auxílio-acidente mensal e reajustável, quando não tivesse direito a benefício por incapacidade ou após sua cessação, se a incapacidade parcial e permanente fosse superior a 25%, com reajuste segundo a legislação previdenciária;
- e) Pecúlio pago de uma só vez se a incapacidade parcial e permanente fosse inferior a 25%, calculado segundo 72 vezes o maior salário mínimo mensal vigente no país, na data do pagamento do pecúlio;
- f) Pecúlio de 25% para o caso de morte ou invalidez total, quando a aposentadoria fosse igual ou superior a 90%.

Este Decreto recebeu apoio da Constituição de 1969, em seu artigo 165, conforme citação de Abranches (1981):

A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos além de outros que nos termos da lei visem à melhoria de sua condição social: Previdência Social, nos casos de doença, velhice, invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado.

Foi diante desse contexto que o Serviço Social buscou sua legitimação profissional, usando de mecanismos para uma nova atuação, visto que a política social ficava apenas no

discurso do governo. O Serviço Social buscava legitimidade em resposta às expressões das classes dominantes, advindas da má distribuição de renda da classe trabalhadora.

Neste sentido, entre a década de 1960 e 1970, ampliou-se “[...] a rede de serviços sociais e com ela a demanda do trabalho do assistente social, no campo das políticas sociais, impulsionando um avanço nos âmbitos acadêmico, profissional e organizativo.” (DEGENSZAJN, 2006).

A Lei seguinte, sobre acidentes do trabalho, foi a n. 6.195, de 19/12/1974, que integrou o trabalhador rural na Previdência Social, atribuindo ao FUNRURAL a concessão das prestações por acidentes do trabalho. Conseqüentemente, essa lei concedia ao acidentado ruralista:

- a) auxílio-doença no percentual de 75% do maior salário mínimo em vigor no país;
- b) aposentadoria ou pensão, na mesma forma de calcular da letra anterior; e
- c) assistência médica.

Nesta época é que houve a divisão do antigo Ministério do Trabalho e Previdência Social, fato que possibilitou, de forma expressiva, aumentar as normas, portarias e leis sobre Segurança do Trabalho.

Após a divisão desse Ministério é que se editou a Lei n. 6.367, de 19/10/1976¹⁰⁵, alterando a lei anterior de 1967, estabelecendo-se níveis de contribuição da empresa para o seguro acidente, em função de riscos ocupacionais. Manteve o monopólio estatal do seguro de acidentes do trabalho, a assistência, as prestações por acidentes no lugar de indenizações¹⁰⁶ e a readaptação, além de proporcionar alterações em favor dos segurados nos casos de incapacidade para o trabalho.

Nesta perspectiva, foram estabelecidos níveis de contribuição da empresa para o seguro acidente, em função de quatro graus de risco ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, sendo:

- Físicos: luz, ruído, temperatura, umidade, ventilação, radiações, vibrações, pressões.
- Mecânicos: acidentes causados por ferramentas manuais defeituosas, inadequadas ou inexistentes, arranjo físico, máquinas e equipamentos, eletricidade, sinalização, incêndio, ou explosão, atropelamento, desnível de piso, transporte de materiais, edificações, armazenamento inadequado.

¹⁰⁵ É baseada na teoria do risco profissional, a chamada responsabilidade objetiva, e hoje, dentro dessa mesma perspectiva caminhou-se para a teoria do risco social, onde a reparação do dano causado pelo acidente passou para a responsabilidade do Estado.

¹⁰⁶ O sistema indenizatório anterior à estas leis era denominado de tarifado. Isto significa que o infortúnio era indenizado com um pagamento único, e esta indenização era calculada a partir de tabelas, onde a cada parte do corpo correspondia um valor.

- Biológicos: vírus, bactérias, bacilos, fungos, protozoários, parasitas, insetos, escorpiões, cobras, aranhas, etc.
 - Ergonômicos: (considerados a partir da Segunda Guerra Mundial): esforço físico, posturas incorretas, treinamento inadequado ou inexistente.
- (WALDVOGEL, 2002, p. 33).

Adotou-se a teoria do risco profissional e eram concedidas prestações previdenciárias. Nesta lei, previu-se as concausas, o acidente “in itinere”, estendendo benefícios ao trabalhador temporário, avulso e presidiário que exercesse atividade remunerada, com exclusão do autônomo e do doméstico, concedendo aos acidentados, segundo a Lei n. 6.367, de 19/10/1976, do INPS:

- a) Auxílio-doença acidentário;
- b) Auxílio-suplementar de 20% (liquidado “in pecúnia”);
- c) Auxílio-acidente de 40%, vitalício, liquidado “in pecúnia”, sendo que metade do valor ficaria incorporado na pensão por morte, em favor dos beneficiários;
- d) Pecúlio de 25% para a grande invalidez acidentária (pagamento em dinheiro);
- e) Pecúlio por morte acidentária, correspondendo a 30 vezes o valor de referência, em favor dos beneficiários;
- f) Assistência médica;
- g) Reabilitação profissional.

Essa determinação busca diferenciar a contribuição de acordo com a probabilidade de ocorrência de acidentes, obtida através da avaliação estatística do número de registros de acidentes por empresa. Tal legislação somente foi modificada em 1997, ficando estabelecido que a Previdência Social poderia reduzir a contribuição da empresa desde que esta investisse em melhorias das condições de trabalho (PEPE, 2002) .

Em 1972, através da Portaria 3.237, as empresas passaram a ser obrigadas a manter um serviço de segurança e medicina do trabalho e, neste mesmo ano, aprovaram-se normas de segurança, especificamente para a construção civil.

O capítulo V da CLT, do Título II, foi alterado pela Lei 6.514, de 22/12/1977, estabelecendo Normas Regulamentadoras (NR) de competência do Ministério do Trabalho, que foram aprovadas pela Portaria 3.214, de 8/6/1978, tratando, exclusivamente, da área de Segurança e Medicina do Trabalho.(Conforme Anexo D)

É importante destacar que, para o Serviço Social, entre as décadas de 1972 e 1975, foi elaborado pela Escola de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais o Método de Belo Horizonte (BH), o qual “[...] inaugura a vertente de ruptura com o tradicionalismo profissional, que será retomada pelo Serviço Social brasileiro apenas uma década depois.” (DEGENSZAJN, 2006).

A Constituição Federal de 1988, em seu Capítulo II (Dos Direitos Sociais), dispunha sobre segurança e saúde do trabalhador; proporcionando um maior acesso aos direitos sociais,

como a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, que foi estendida à população em geral, como também foi extensiva a universalização dos serviços de saúde e de assistência social. Reafirmou alguns compromissos já constituídos, como a aposentadoria por tempo de serviço e as aposentadorias especiais, que beneficiavam os trabalhadores qualificados. Foi também criado o salário desemprego que beneficia os trabalhadores do mercado formal.

Em seqüência, editou-se a Lei n. 8.213/91, de 24/06/1991 (Planos e Benefícios da Previdência Social), em que o seguro acidentário permanecia estatizado, sob controle da Previdência Social. Indicava, ainda, que a Previdência Social deveria ser financiada pela sociedade como um todo, entendendo-se como superado o conceito quanto à teoria do risco profissional.

De acordo com a Lei 8.213/91, o conceito de acidente do trabalho é “[...] o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa [...], provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporária.”

Os acidentes do trabalho são importantes causas de morbi-mortalidade da população brasileira. Conforme a legislação vigente, devem ser registrados pelo empregador, que notifica sua ocorrência à Previdência Social através do impresso oficial denominado Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT).

As modificações legislativas apontadas pioraram, consideravelmente, o texto das regras acidentárias do trabalho, retirando do trabalhador infortunado inúmeras conquistas obtidas ao longo de anos de lutas e conquistas, desfigurando a efetiva proteção social ao acidentado.

A redação da Lei n. 8.213/91 prevê o instituto das concausas e o acidente “in itinere”, como se vê dos artigos 21-I e 21-IV, assim como o ressarcimento infortunistico nos períodos destinados à refeição, descanso, “[...] ou por ocasião para satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.” (art. 21-§ 1º). Concedia os seguintes benefícios:

- a) Auxílio-doença acidentário;
- b) Auxílio-acidente para incapacidade parcial e permanente nos percentuais de 30, 40 e 60%;
- c) Aposentadoria por invalidez acidentária;
- d) Pecúlio no caso de invalidez ou morte por acidente do trabalho (art.81).

Referindo-se aos benefícios previdenciários, o cálculo das verbas acidentárias era feito segundo o salário de contribuição vigente no dia do acidente, ou a média das 36 últimas contribuições, considerando-se o que fosse mais vantajoso para o segurado.

Neste contexto, a legislação aceitava a acumulação de mais de um auxílio-acidente, acumulação do auxílio-acidente com auxílio-doença e acumulação do auxílio-acidente com aposentadoria por tempo de serviço (ou contribuição). A mesma lei também determinava que metade do valor correspondente ao auxílio-acidente fosse incorporado à pensão por morte, obedecido o limite máximo do salário de contribuição, que seria o teto.

No entanto, com o advento da Lei n. 9032, de 28.04.1995, a primeira que alterou a Lei n. 8.213/91, redefiniu-se o auxílio-acidente, considerando seu pagamento como sendo uma indenização, restringiu-o aos empregados, ao trabalhador avulso e segurado especial, mantendo-o como vitalício.

A seguir, a outra modificação da Lei n. 8.213/91 foi feita através da Lei n. 9.129, de 29/11/1995, que revogou o artigo 81 que previa o pagamento do pecúlio na invalidez permanente ou morte por acidente do trabalho.

A alteração legislativa que se seguiu à Lei n. 8.213/91 foi a Lei n. 9.528, de 10/12/1997, a qual impediu a acumulação do auxílio-acidente com qualquer aposentadoria e criou, no artigo 86, § 4º, o casuísmo da perda auditiva de qualquer grau. No entendimento deste artigo, verificou-se uma forma de o Governo impedir que persistisse o elevado número de indenizações acidentárias resultantes do ruído ocupacional, assim como, impedir o ressarcimento do trabalhador em razão do rebaixamento auditivo decorrente das condições de trabalho.

A Lei n. 9528/97 permitiu que se interpretasse a possibilidade da acumulação do auxílio-doença acidentário com o auxílio-acidente, mas, o resultado das modificações configurou-se em tributo danoso aos interesses dos acidentados do trabalho.

A última alteração da Lei n. 8.213/91 foi feita pela Lei n. 9.876, de 29/11/1999, que alterou o cálculo dos benefícios previdenciários, inclusive os acidentários, passando a ser a média aritmética simples dos maiores salários de contribuição correspondentes a 80% de todo o período contributivo. Desta forma, no cálculo do benefício acidentário, havia de se buscar o salário de contribuição do interessado desde 07/1994, até a data da conta, para encontrar o salário de benefício.

Portanto, desde a primeira legislação acidentária (Decreto Legislativo n. 3.724, de 15.01.1919), até a Lei n. 8.213/91 com as modificações anteriormente observadas, é evidente que as normas de acidente do trabalho percorreram caminho de profundas modificações,

poucas favoráveis ao trabalhador acidentado e muito pelo contrário, em seu prejuízo. À Constituição Federal, com o advento da Emenda Constitucional n. 20/98, foi acrescentado o parágrafo 10º ao artigo 201, estabelecendo que a cobertura de acidente do trabalho seria atendida concomitantemente pelo regime geral da Previdência social e pelo setor privado, permitindo que a iniciativa privada ingressasse no mercado do seguro acidentário através da edição de uma lei específica sobre esta problemática.

A seguir, será apresentada a evolução histórica, de forma cronológica, da Legislação dos acidentes do trabalho no Brasil, para melhor visualização deste contexto:

- Em 1916, o Código Civil procurava indenizar danos causados por acidente do trabalho, como forma de reparação do dano causado, com demonstração da culpa, devendo comprovar o dano, quem o cometeu e o nexos entre o dano e a falta.
- Em 1919, a Lei n. 3724 tratou dos acidentes do trabalho adotando a teoria do risco profissional ou a teoria da responsabilidade objetiva do empregador.
- Em 1934, a Constituição Federal assegurava a previdência nos casos de acidentes do trabalho.
- Em 1937, a Constituição criava o seguro nos casos de acidente.
- Em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho, em seus artigos 170 a 187 e 198 e 199, dispunha de algumas medidas que deveriam ser observadas no ambiente do trabalho, objetivando a prevenção dos acidentes e das doenças profissionais.
- Em 1944, o Decreto Lei n. 7.036 conceituou o acidente do trabalho como sendo aquele que provoca lesões corporais e delineou o acidente de trajeto. Passaram a ter direito à reparação os danos causados por acidentes ou condições especiais de trabalho.
- A Constituição de 1946 instituiu o pagamento do seguro acidente de trabalho pelo empregador.
- O Decreto Lei n. 293, de 28/02/67, ou a Lei que não houve, estabelecia a privatização total do seguro contra acidentes. Esta lei, pela sua concepção altamente prejudicial aos trabalhadores, provocou diversas reações e movimentos, e não chegou sequer a ser regulamentada.
- A Constituição de 1967 tornou obrigatório o pagamento do seguro acidente de trabalho. Ainda no mesmo ano, a Lei n. 5.316 determinou a estatização do seguro acidentário (o seguro acidente do trabalho passa das seguradoras particulares para a Previdência Social).

- As legislações posteriores repetiam as disposições anteriores e acresciam alguns outros, como é o caso da Lei n. 6.195 de 1974, regulamentada pelo Decreto n. 76.022 de 1975, que integrou o trabalhador rural ao regime especial da Previdência Social, a cargo do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Esta Lei estabelecia os seguintes benefícios: auxílio-doença, pensão ou aposentadoria e assistência médica.
- Em 1978, foi publicada a Portaria 3.214, com suas Normas Regulamentadoras, que vieram a regulamentar o desenvolvimento de várias atividades, desde as mais simples até as mais complexas, determinando e orientando as empresas a prevenirem os acidentes, além de regular outras situações, e assegurar aos trabalhadores melhores condições de trabalho. (conforme Anexo D).
- A Lei n. 8.213/1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, aumentou a taxação das empresas, conferiu estabilidade, pelo prazo mínimo de 12 meses ao acidentado do trabalho com afastamento superior a 15 dias, estabeleceu multa por atraso na comunicação do acidente pela empresa, etc.
- A Lei n. 9.876/1999 que alterou o cálculo dos benefícios previdenciários, passando a ser a média aritmética simples dos maiores salários de contribuição correspondentes a 80% de todo o período contributivo, posterior a 1994.

Nesta perspectiva, a proteção conquistada duramente pela classe trabalhadora foi sendo substituída por regras que visavam, primordialmente, proteger o debilitado caixa do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), colocando os acidentados do trabalho na mesma equivalência dos segurados comuns da Previdência Social.

Com a Constituição Federal, lei máxima do país, houve um maior acesso aos direitos sociais, como a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário e que foi estendida à população em geral. Garante, em alguns de seus artigos, o direito ao trabalhador de exercer a sua profissão dentro das melhores condições de segurança possíveis. É dever do Estado a “[...] redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (inciso XXII, artigo 7º). Embora sendo uma legislação, os colaboradores apresentaram posições contrárias, ao que é previsto.

E, neste sentido, os colaboradores relataram, referente ao acesso às informações sobre seus direitos enquanto trabalhador acidentado que,

Eu nunca tive nenhuma orientação sobre esses direitos, porque eu acho que nunca acidentei, eu nunca passei por essas coisas, foi a primeira vez, eu nunca procurei saber, porque eu nunca precisei... a gente acaba conversando depois... com os outros acidentados é que se fica sabendo de mais coisas. (informação verbal do colaborador maquita).

Hoje eu tenho 21 anos, só pude estudar até a 7ª série, comecei a trabalhar com 18 anos, e sempre trabalhei como soldador, montagem de painéis e sempre foi mais de bicos, sem carteira e não sabia nada sobre os direitos que tenho, as vez a gente sabe alguma coisa pela boca dos outros, mas, as vezes não é o certo. (informação verbal do colaborador serra circular)

Ficou demonstrado que não sabem e nem têm acesso às informações sobre seus direitos sociais e nem conhecimento sobre os serviços, sendo resultado da movimentação conjuntural da sociedade capitalista, refletindo no cotidiano da classe trabalhadora, pois não tem acesso universal e igualitário aos seus direitos sociais, às políticas públicas e aos serviços de saúde. Somados a uma realidade de distanciamento das informações e conhecimento sobre os recursos sociais, programas, e políticas sociais criadas e implementadas conforme as demandas, os usuários do Programa de Acidentes do Trabalho, são a representação de cidadãos que desconhecem o seu papel, os seus direitos, o seu significado e sua força como indivíduos sociais para a modificação da realidade que está posta.

Os usuários dos serviços, quando fragilizados, esperam que todos os seus problemas sejam resolvidos pelos que os atendem. Mediante o contexto vivenciado pelos acidentados, constata-se a importância do trabalho em equipe de saúde, na veiculação de informações.

E desta forma, destaca-se que, desde 1996, o Conselho Nacional de Saúde, a partir da Resolução 218, considera o Assistente Social como trabalhador da saúde, dentre outras categorias de nível superior. Em março de 1999, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), baixou a Resolução CFESS 383/99 e, com ela, caracterizou o Assistente Social como profissional da Saúde. Com a preconização de uma nova atenção à saúde do trabalhador voltado para prevenção e promoção, foi garantida, por lei, a necessidade de uma equipe multidisciplinar.

Caminhando nesta direção, a Portaria Federal 1679/02 que discorre sobre a equipe de trabalho para saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, prevê, como citado anteriormente, uma equipe de trabalho multidisciplinar.

Neste contexto, a mediação dos profissionais é muito importante, para o que se exigem profissionais propositivos, dinâmicos e críticos, uma vez que os trabalhadores esperam um atendimento humanizado. O objetivo, nesses atendimentos, é oferecer aos trabalhadores identificados como acidentados, o acolhimento, a veiculação de informações e orientações

sobre seus direitos sociais: trabalhistas, benefícios da legislação previdenciária e, em alguns casos, quando se tratam de acidentes do trabalho de trajeto, orientações específicas quanto ao reembolso de despesas suplementares¹⁰⁷ asseguradas pelo seguro DPVAT e que, em muitas das vezes, é extensiva à orientação aos familiares e empregadores.

Assim, para se entender e intervir sobre a saúde dos trabalhadores, no momento atual, torna-se necessário combinar distintas abordagens e enfoques que consideram o processo de reestruturação produtiva da globalização da economia; as mudanças urbanas; as transformações organizacionais do trabalho; os fatores de risco industriais e ambientais e os aspectos da saúde psicofísica do trabalhador (FRANCO,1997).

Embora a Constituição Federal assegure o direito à saúde, apenas recentemente começou-se a vislumbrar medidas de apoio à saúde do trabalhador. A Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde tem demonstrado preocupação com a saúde dos trabalhadores implementando importantes medidas, dotando de esperança uma grande massa de pessoas que lutam por saúde de qualidade. Entre as ações, o ministério elaborou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), em 1997, para direcionar a atuação de Estados e municípios.

Diante de tantas mudanças, os profissionais de saúde inseridos nesse contexto, inclusive os de Serviço Social, se deparam com transformações que trazem à tona novas questões, exigindo clareza e estratégias de cada um, possibilitando uma melhor efetivação das ações relacionadas à saúde do trabalhador.

Assim, conforme já definido na Constituição Federal de 1988, a Lei Federal n. 8.080 insere a saúde do trabalhador como campo de atuação do SUS e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, por vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador.

A Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu § 3º, expressa:

[...] entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância 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, abrangendo:

I – Assistência ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho.

Para garantir os direitos do trabalhador quando acidentado, em 24 de junho de 1991, entrou em vigor a Lei n. 8.213 que, inicialmente, foi regulamentada pelo Decreto n. 357, de 7 de dezembro de 1991, posteriormente revogado pelo Decreto n. 611, de 21/07/1992 (Plano de

¹⁰⁷ Despesas suplementares são reembolsadas pelo seguro DPVAT, de acordo com a Lei n. 8.441/92, que tem a finalidade de amparar as vítimas de acidentes de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa do acidente.

Benefícios da Previdência Social). Com fundamentação legal na Portaria GM, n. 5051/1999, considera acidente do trabalho os seguintes eventos:

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

É também considerado acidente do trabalho, nos termos deste item:

- a) a doença profissional assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a atividade, constante da relação de que trata o Decreto nº 2.172/97;
- b) a doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante da relação de que trata o Anexo II do Decreto nº 2.172/97.

Neste estudo apresentado, serão abordados apenas os acidentes do trabalho, e não serão contempladas as doenças profissionais e nem as doenças do trabalho, em virtude da escolha do recorte da pesquisa. No entanto, apresenta-se, para conhecimento, que não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;
- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produz incapacidade laborativa;
- d) a doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo se comprovado que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Pela atual legislação previdenciária, as prestações e benefícios relativos ao acidente do trabalho são devidos: ao empregado; ao trabalhador avulso; ao médico residente e ao segurado especial. E não são devidas as prestações de acidente de trabalho: ao empregado doméstico; ao empresário: titular de firma individual urbana ou rural, diretor não empregado, membro de conselho de administração de sociedade anônima, sócios que não possuem, na empresa, a condição de empregado; ao autônomo e outros equiparados e ao facultativo.

A Lei n. 8.213/91 determina, no seu artigo 22, que “[...] todo acidente do trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão.” A empresa é obrigada a informar à Previdência Social acidentes de trabalho

ocorridos com seus funcionários, mesmo que não haja afastamento das atividades, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Em caso de morte, a comunicação deve ser imediata. A empresa que não informar acidentes de trabalho estará sujeita a multa.

Quanto à sua caracterização, os acidentes de trabalho são classificados em três tipos:

- 1- Acidente típico é o que ocorre a serviço da empresa;
- 2- Doença profissional ou do trabalho;
- 3- Acidente do trajeto, que ocorre no percurso residência para o local de trabalho e vice-versa.

Desta forma, entende-se como **acidente de trajeto ou de percurso**, o trajeto da residência ou do local de refeição para o trabalho ou deste para aqueles, independentemente do meio de locomoção, sem alteração ou interrupção por motivo pessoal, do percurso habitualmente realizado pelo segurado. Não havendo limite de prazo estipulado para que o segurado atinja o local de residência, refeição ou do trabalho, deve ser observado o tempo necessário compatível com a distância percorrida e o meio de locomoção utilizado.

É importante veicular informações aos trabalhadores, nos casos de acidente do trabalho de trajeto, sobre a necessidade de haver, no momento do acidente, a realização de um boletim de ocorrência, que geralmente é emitido no município, nos casos de socorro por ambulância ou resgate do corpo de bombeiros. Para a comprovação da ocorrência de acidentes, têm validade legal, as cópias de jornais ou qualquer outra forma de veiculação da informação através dos meios de comunicação de massa disponíveis.

Não é considerado acidente do trabalho, o ato de agressão relacionado a motivos pessoais.

A Comunicação de Acidente do Trabalho ou doença profissional será feita à Previdência Social em formulário próprio¹⁰⁸, preenchido em seis vias¹⁰⁹: 1ª via (INSS), 2ª via (empresa), 3ª via (segurado ou dependente), 4ª via (sindicato de classe do trabalhador), 5ª via (Sistema Único de Saúde) e 6ª via (Delegacia Regional do Trabalho). Conforme já mencionado no Capítulo 2, na folha 133.

Em 1994, após a Resolução SS - n. 587, de 18/11/94, definiu-se que cabe ao empregador a emissão da CAT ou, caso o empregador não a emita, pode ser emitida pelo

¹⁰⁸ Anexo um formulário da CAT.

¹⁰⁹ Como fruto do trabalho da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, tem a Ordem de Serviço INSS/DSS Nº. 329, DE 26/10/93, que disciplina o procedimento operacional no estabelecimento do nexos causal pela perícia médica, nos casos de acidente do trabalho e/ou doenças ocupacionais e a integração com outros setores envolvidos”, normatizando, portanto, no âmbito da Previdência Social, o preenchimento e fluxo da CAT, e estabelecendo que uma de suas vias é destinada ao SUS (CIS, 1993)

próprio trabalhador, por seus dependentes, pela entidade sindical, pelo médico ou por autoridade (magistrados, membros do Ministério Público e dos serviços jurídicos da União, dos estados e do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar). O formulário preenchido tem que ser entregue em uma Agência da Previdência Social pelo emitente.

Em 1999, ocorreu uma nova alteração no formato da CAT, através da Portaria 5.051 de 20/02/99, que permanece vigente até o momento.

Para que o acidente ou doença seja habilitado/considerado como acidente do trabalho é imprescindível que seja caracterizado de forma administrativa e técnica. É necessário que esteja de acordo com os conceitos previstos no Decreto nº 2.172/97; sendo que a caracterização técnica deverá ser efetuada pelo Setor de Perícia Médica do INSS, o qual fará o reconhecimento técnico donexo causal entre: o acidente e a lesão; a doença e o trabalho; e a “causa mortis” e o acidente.

O direito ao benefício previdenciário¹¹⁰ dar-se-á posteriormente ao reconhecimento técnico pela perícia médica do INSS, e ocorrerá a partir do primeiro dia de afastamento para o trabalhador avulso, segurado especial e médico residente. No caso de empregado, a partir do 16º dia (décimo sexto) dia de afastamento do trabalho por acidente ou doença, sendo os primeiros 15 (quinze) dias pagos pelo empregador. Nos casos de morte, a avaliação quanto ao nexo “causa mortis” e o acidente ou doença do trabalho ocorrerá após a comunicação do óbito ao INSS. O valor do auxílio-doença acidentário é de 91% do salário de contribuição do trabalhador.

O auxílio-doença deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade e retorna ao trabalho, ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez.

Cabe aos profissionais da área da saúde, principalmente o Assistente Social que é um profissional que trabalha com diversas expressões da questão social esclarecendo à população seus direitos sociais e os meios de terem acesso aos mesmos; de fazer o acolhimento ao acidentado do trabalho, veiculando informações sobre esses direitos previdenciários, e incentivá-lo, após o cadastro/habilitação da CAT, no INSS, para que, como trabalhador segurado, portando as outras vias da CAT, procure a Delegacia Regional do Trabalho e o Sindicato de sua categoria profissional, visando reafirmar a existência do acidente e, no contato direto com esses seus representantes legais, reivindicar mais sobre seus direitos, principalmente acerca das condições e seguranças no local do trabalho.

¹¹⁰ São benefícios previdenciários, na habilitação do acidente do trabalho: auxílio-doença acidentário; aposentadoria por invalidez; auxílio-acidente e pensão.

Sob este prisma, questionou-se os colaboradores sobre o seu conhecimento acerca de acidentes do trabalho, e se foi informado, durante o atendimento, sobre seus direitos como trabalhador acidentado.

Eu fui orientado primeiro pela assistente social aqui no hospital, no leito e depois também, pelo médico aqui no ambulatório... eu recebi orientações sobre muitas coisas, porque a gente não sabe nada..., e eu vim a saber de muita coisa aqui sobre os meus direitos como trabalhador [...]. (informação verbal do colaborador maquita).

Eu vim sabe sobre os meu direito de acidente do trabalho, aqui quando eu internei com a assistente social, depois que tive o acidente, e depois vim a sabe com o médico no ambulatório, porque quando a gente tá na lida, não se fala nisso. Mas, o meu patrão é muito meu amigo, e eu não quero prejudicar ele em nada não. (informação verbal do colaborador serra circular)

Verifica-se a falta de conhecimento do colaborador quanto às políticas de saúde e visão restrita sobre o programa de atendimento, visualizando os profissionais como “prestadores de favores” e não como mediadores do acesso aos direitos sociais, embora colocando um resultado positivo sobre o serviço oferecido.

Os colaboradores, em suas falas, ressaltaram que somente foram informados, pelos profissionais do programa que atendem à demanda, e deixaram claro que não tinham nenhum conhecimento anterior sobre os seus direitos. Constata-se que reconhecem a importância do programa na veiculação das informações, para que possam lutar pela efetivação dos seus direitos enquanto sujeitos e cidadãos.

Nesta direção, as necessidades atuais estão interligadas aos aspectos socioeconômicos, resultantes das transformações ocorridas nas últimas décadas, tendo como reflexo a priorização dos interesses políticos e econômicos, em detrimento à efetivação dos direitos previstos na CF/1988, assim como nas legislações específicas: Lei Orgânica de Saúde e Sistema Único de Saúde, reafirmando o papel das políticas setoriais no enfrentamento de expressões da questão social.

O conhecimento do contexto social e da visão dos usuários sobre essa temática é de relevância, uma vez que os desafios enfrentados pelo assistente social, neste contexto, é a construção de estratégias e visão crítica da realidade social para o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social e, simultaneamente, um trabalho profissional que propicie aos usuários a construção de uma consciência de cidadania.

Ainda neste sentido, dispõe o art. 118, da Lei n. 8.213/91, “O segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantido, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário,

independentemente de percepção de auxílio-acidente.” Portanto, tem direito à estabilidade somente o segurado que ficar afastado do trabalho por mais de 15 (quinze) dias, ou que vier a receber o auxílio-doença acidentário. Enquanto recebe auxílio-doença por acidente de trabalho ou doença ocupacional, o trabalhador é considerado licenciado.

O segurado afastado para tratamento da saúde, recebendo alta e retornando às atividades de trabalho, havendo necessidade de outro afastamento em decorrência do mesmo acidente do trabalho, tem direito à retomada de tratamento e novo afastamento por agravamento de lesão decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, desde que seja comunicado à Previdência Social em formulário próprio, neste caso como CAT de reabertura. Nessa CAT deverão constar as informações da época do acidente e os dados atualizados do novo afastamento (último dia trabalhado, atestado médico e data da emissão).

Segundo o art. 86, da Lei n. 8.213/91, “[...] o auxílio-acidente será concedido, como indenização ao segurado quando após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem em seqüelas que impliquem em redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.” O valor de direito corresponde a 50% do salário de benefício que deu origem ao auxílio-doença corrigido até o mês anterior ao do início do auxílio-acidente.

A instituição de saúde que prestar o primeiro atendimento médico em casos de acidente do trabalho, além de realizar a notificação, deverá preencher o laudo médico da CAT e proceder às orientações necessárias através da sua equipe.

O trabalhador acidentado ou adoecido, para conseguir um benefício acidentário junto ao INSS, caso a empresa não emita a CAT, terá que provar, a duríssimas penas, que esse agravo a sua saúde decorreu ou foi agravado pelo trabalho, independentemente se a empresa que o emprega adocece e mata muito ou pouco comparada com as demais. O INSS, por intermédio dos médicos peritos, tem a incumbência de dizer se há incapacidade, no qual o tamanho dele e principalmente, se é ocupacional ou não mediante a relação que a Previdência Social estabelece numa visão individualista entre o diagnóstico e a ocupação. Entre o acidente e a lesão, entre acidente e causa mortis do trabalhador, chamado Nexo Técnico Previdenciário (NTP), conforme disposto no artigo 337 do decreto 3.048/99, Regulamento da Previdência Social (RPS). O diagnóstico é descrito no atestado médico e transcrito na CAT se a empresa vier a emití-la, e codificado conforme a Classificação Internacional de Doença (CID). (OLIVEIRA, P. R., 2005, p. 99).

Para Mendes (2005, p. 83):

A Saúde dos Trabalhadores enquanto área em construção necessita, para sua consolidação, deste conhecimento que está sendo produzido cotidianamente, ao nível dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, pelos atores sociais envolvidos. Neste particular, deve ser destacada a importância de parcerias ou de trabalhos conjuntos

realizados pelos serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa, a Fundacentro, os setores de trabalho e da Previdência, as organizações sociais e de trabalhadores através dos Departamentos de Saúde, e organismos intersindicais buscando o conhecimento da realidade de saúde-doença dos trabalhadores em seus múltiplos aspectos, na perspectiva de transformá-la positivamente.

As estatísticas oficiais de acidentes do trabalho e de doenças profissionais, no Brasil, são passíveis de críticas. Mendes e Dias (1991) ressaltam a importância destes indicadores com vistas a analisar o processo saúde-doença dos trabalhadores. Entretanto, lembram que esses dados dizem respeito apenas a uma “subpopulação de trabalhadores contribuintes da Previdência Social”, somando menos de 50% da população economicamente ativa (PEA) e que, conseqüentemente, podem contar com a cobertura do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT).

Os números de Acidentes do Trabalho (AT), registrados pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), cuja fonte são as Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT), apresentaram para o ano de 2002, no Brasil, um total de 387.905 de acidentes do trabalho. Destes, 320.398 foram classificados como típicos; 38.799, como acidentes de trajeto e 20.880, como doenças do trabalho. Na Região Sudeste, registrou-se, no ano de 2002, um total de 225.078 de acidentes do trabalho. Destes, 184.619, foram classificados como típicos, 27.923, como acidentes de trajeto e 12.536, como doenças do trabalho. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2002).

Entretanto, apesar da normatização oficial que requer das empresas a notificação de todos os acidentes, ainda ocorre, no país, um sub-registro muito importante dos dados, o que dificulta o dimensionamento real do problema e quase inviabiliza a realização de análises epidemiológicas de características regionais ou locais da acidentabilidade, dentro da grande heterogeneidade existente em todo território nacional.

Em seu cotidiano, os profissionais de saúde não se dão conta da responsabilidade que lhes cabe na assistência ao acidentado do trabalho. Nesses atendimentos, concomitantemente aos cuidados médicos, cabe-lhes também o papel de primeiro mediador do acesso do trabalhador aos direitos sociais a que faz jus. (MENDES, 2005).

Santos (1990) chama a atenção para a responsabilidade do governo, das empresas, do setor fiscal e dos próprios trabalhadores quanto à continuidade do problema do sub-registro dos acidentes e doenças profissionais. Levanta pontos críticos bastante coerentes para a interpretação epidemiológica e social desta omissão de informações, através da ausência de emissão de Comunicações de Acidentes do Trabalho (CATs).

Um setor extremamente importante para a formação de recursos humanos – a Universidade – também deveria ser questionado quanto a sua atuação no sentido de colaborar efetivamente, em

âmbito nacional, para a mudança do perfil epidemiológico da acidentalidade no Brasil. Em relação à medicina, por exemplo, a escola médica deve transmitir a seus alunos informações quanto a responsabilidades referentes a diagnóstico, tratamento, registro e notificações de doenças e acidentes profissionais. Por isso, poder-se-ia supor que os hospitais universitários seriam instâncias “modelo” de diagnóstico e registro dentro do sistema de saúde como um todo. Entretanto, nem sempre isso ocorre. Em vários locais do Brasil, além do sub-registro, há também carência de serviços de epidemiologia e assistência especializada na área de Saúde do Trabalhador programados de forma integrada para uma atuação interinstitucional (PINHEIRO; CECÍLIO, 1994/1995).

Os programas e ações em favor da saúde do trabalhador devem ser entendidos como um dos componentes da estratégia geral para o alcance da saúde para todos. A nova percepção do conceito de promoção da saúde do trabalhador transcende a perspectiva da prevenção dos acidentes e das doenças profissionais e remete à necessidade de se conquistar a integralidade, favorecendo o desenvolvimento de diferentes estilos de vida em comunidades saudáveis.

Referindo-se à saúde do trabalhador, os casos específicos de acidentes do trabalho, para a efetivação de cadastro da CAT e a garantia de seus direitos sociais, serão tratadas, a seguir, todas as instâncias pelas quais perpassam a trajetória da mesma, pelas vias normais: o Ministério da Saúde / Sistema Único de Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho e Sindicato de classe do trabalhador. Há, também, as outras instituições públicas, quando se tem de recorrer, para garantia de direitos trabalhistas: ao Ministério Público e à Justiça do Trabalho.

3.3 Dimensões da Saúde do Trabalhador e Instâncias Responsáveis – efetivação dos direitos

Referindo-se à pesquisa proposta, em que se evidencia o trabalho profissional, o fluxo de atendimento do Programa de acidentes do trabalho em que, além de ser acolhido o trabalhador vítima do acidente de trabalho, são veiculadas informações sobre os seus direitos sociais, conforme apresentado anteriormente, sendo, em sua maioria, sobre direitos trabalhistas e previdenciários, a fim de que se concretize a efetivação do fluxo da CAT. Para tanto, o usuário é orientado a procurar, num primeiro momento, a Agência da Previdência Social para cadastro da CAT, a fim de recebimento do auxílio-doença acidentário; em seguida, é orientado a entregar uma via da CAT e questionar dúvidas na Delegacia Regional do Trabalho, como também é feito o mesmo procedimento para o Sindicato de classe do

trabalhador, que é seu representante e defensor legal, e por último entregar uma via para o empregador.

Portanto, justifica-se apresentar as dimensões da saúde do trabalhador, referindo-se às instâncias ou órgãos responsáveis para a efetivação dos seus direitos, que são garantidos pelas legislações vigentes.

É importante enfatizar que a Constituição Federal de 1988 é a norma jurídica de eficácia máxima, não podendo seus princípios serem rebatidos por nenhum outro que o suceder. É também a regra de maior legitimidade, dado o processo constituinte estabelecido para sua definição e aprovação, que contou com a maior participação popular jamais vista no Brasil.

Esta Constituição é de fundamental importância para a saúde por ser a primeira a referir-se “[...] explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social” (DALLARI, 1995), ao declarar, em seu artigo 196, que “[...] a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, direito este a ser “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Título VIII- Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde) (BRASIL, 1989).

No Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II – Dos Direitos Sociais, em seu artigo 6º, já ficava estabelecido que “ são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. O direito à saúde aparece, portanto, pela primeira vez, numa constituição brasileira, como direito individual e coletivo.

Referindo-se às competências, a CF de 1988 diz expressamente que cuidar da saúde é competência comum da União, dos estados e dos municípios (art. 23, inciso II) e legislar sobre a defesa da Saúde compete, ao mesmo tempo, à União, aos estados e suplementarmente, aos municípios (art. 30, inciso II).

No âmbito da legislação concorrente, a CF de 1988 prevê “[...] a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais”, que poderão ser suplementadas pelos estados e pelos municípios, no que couber (art. 30, inciso II). Segundo Dallari (1995),

[...] a constituinte de 1988 não deixou, portanto, qualquer espaço para a criação doutrinária ou jurisdicional na matéria: à União, nas tarefas definidas constitucionalmente como competência legislativa concorrente, cabe apenas a fixação das normas gerais”, entendidas como declarações principiológicas editadas pela União que, sem violar a autonomia dos demais entes federativos, estabelecem as diretrizes nacionais a serem respeitadas quando da elaboração de suas próprias leis.

Para evitar conflitos, a Constituição Federal de 1988 previu a edição de lei complementar fixando “[...] normas para a cooperação entre a União e os estados, o Distrito Federal e os municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (art. 23, parágrafo único).” (DALLARI, 1995).

Neste sentido, são importantes essas definições colocadas, especialmente, no que concerne às ações de vigilância em saúde e, em particular, da saúde do trabalhador, pois verifica-se que os setores de Vigilância e de Saúde do Trabalhador de estados e de municípios deparam-se com a questão da hierarquia dos instrumentos legais entre as três esferas e com a discussão da intersetorialidade e da possível concorrência de atribuições entre os setores da saúde, previdência, meio ambiente e especialmente trabalho.

Para vários autores, a Constituição é esclarecedora pois, quando prevê, como objeto de ação, a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde (Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: ... II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ... VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho). Portanto, estabelece que saúde do trabalhador e ambiente do trabalho inserem-se, efetivamente, no campo da saúde.

Prevê, inclusive, que ações e serviços de saúde são de relevância pública (art.197), com ações conjuntas dos três entes federados num sistema único, tendo por diretrizes a descentralização política e o atendimento integral, priorizando a ação preventiva (art. 198). Desta forma, fica evidente que a competência no campo da saúde, nele incluídos, a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho é comum a todas as esferas do governo e não exclusiva da União.

Neste sentido, na atenção à saúde dos trabalhadores são indissociáveis às ações de prevenção, de promoção e proteção da saúde, de assistência, ou de recuperação e reabilitação. As ações de atenção à saúde dos trabalhadores podem ser elencadas como:

- A assistência aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho, doenças profissionais, ou doenças relacionadas ao trabalho, compreende as ações de diagnóstico, que incluem o estabelecimento do nexo com o trabalho, e de recuperação da saúde, envolvendo o tratamento e a reabilitação, quando necessária;
- Os procedimentos visando o acesso dos trabalhadores segurados pelo Seguro de Acidentes do Trabalho da Previdência Social aos Benefícios previstos na legislação;
- As ações de promoção e proteção da saúde, que incluem a vigilância da saúde dos trabalhadores e das condições e os ambientes de trabalho, a normatização e a fiscalização; e os procedimentos de notificação;
- A capacitação e treinamento de recursos humanos;
- Informação e educação dos empregados, trabalhadores e outros setores sociais envolvidos ou interessados no tema. (DIAS, 2000, p. 22).

É importante ressaltar que nenhuma dessas ações devem ser realizadas isoladamente, mas através de uma articulação, a partir de um referencial teórico e de instrumentos de abordagem das relações de trabalho, saúde e doença que buscam integrar as dimensões individual, coletiva, técnicas e políticas envolvidas. (DIAS, 2000).

Serão apresentadas, a seguir, as atribuições e a organização de alguns órgãos governamentais e não governamentais que atuam nessa questão específica apresentada, sendo representados pela União, através do Ministério da Previdência Social (INSS), Ministério Público e Justiça do Trabalho, pelo Estado (Delegacia Regional do Trabalho) e pelo Município (Ministério da Saúde /Sistema Único de Saúde) e a instância de Sindicatos de categorias profissionais. Destaca-se que cada um desses órgãos ou setores, têm suas especificidades, que se complementam, principalmente quando da atuação no campo da Vigilância da Saúde. Verifica-se que, recentemente, têm sido desenvolvidos esforços no sentido de articular e racionalizar a atuação destes distintos serviços de forma intersectorializada e integrada.

Em cumprimento ao preceito Constitucional, os Ministérios do Trabalho, da Previdência e da Saúde, contam com órgãos de deliberação colegiada, respectivamente, os Conselhos do Trabalho, da Previdência Social e Nacionais de Saúde, com participação de representantes dos segmentos sociais interessados, que se constituem em importantes órgãos de deliberação e de controle social.

O Conselho Nacional de Saúde dispõe de uma Câmara Técnica, a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST), instituída em 1993, cujo papel é assessorar o CNS nas questões relativas à temática apresentada. Esta Comissão foi, posteriormente, transformada no Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT), que tem por tarefa a compatibilização e integração das políticas e práticas setoriais de atenção à saúde dos trabalhadores.

Seguindo a temática da presente pesquisa, fazendo referência aos acidentes do trabalho em que são vitimizados trabalhadores do mercado formal, quando da sua ocorrência, em um primeiro momento, quando não existe serviço de atendimento médico ofertado pelo empregador, o trabalhador é encaminhado e atendido pelo serviço de saúde de referência, conveniado ao SUS, o que lhe é assegurado de direito pela Lei 8.080/1990. É o que será apresentado a seguir.

3.3.1 Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde – saúde direito de todos

Apenas a partir da década de 1980, no Brasil, o sistema público de saúde vem diferenciando sua prática, considerando os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, passando a ser ação do SUS quando a Constituição de 1988, na seção que regula o Direito à Saúde, a inclui no seu Artigo 200. “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...]”.

No mesmo caminho, a Lei Orgânica de Saúde n. 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.

Nesta mesma Lei, em seu artigo 6º, ficou previsto que a realização das ações de saúde do trabalhador deveriam seguir os princípios gerais do SUS indicando, especificamente, a assistência ao trabalhador vítima de acidente do 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 e periódicos, dentre outros.

Nesse mesmo artigo, a Saúde do Trabalhador é definida:

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.

Referindo-se ao capítulo da Organização, da Direção e da Gestão, em seu art.13, faz referência à criação, entre outras, de comissão intersetorial de saúde do trabalhador, como forma de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas pelo SUS.

Como já citado anteriormente, a Lei Federal n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ela cria as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, a partir das quais foram criadas as Conferências Nacionais Setoriais e as Conferências Estaduais e Municipais de Saúde dos

Trabalhadores, tendo desempenhado papel importante na implantação de ações de saúde do trabalhador no SUS.

Nesta mesma direção, o Decreto Federal n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências, estando incluídas as ações respectivas à saúde do trabalhador.

Merecem destaque outras importantes leis federais, como a Portaria n. 1.565/94, do Ministério da Saúde, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e trouxe uma contribuição importante, especialmente à saúde do trabalhador e aos ambientes de trabalho. Esta Portaria foi substituída pela Lei Federal n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, redefinindo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Destaca-se que a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) 01/96, aprovada pela Portaria MS n. 2.203, de 5 de novembro de 1996, instaurou novas bases de relação entre União, estados e municípios no processo de municipalização das ações de saúde, definindo, como um dos três grandes campos de atenção à saúde do SUS, “[...] o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle dos vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental.”

A Portaria MS n. 1.889, de 18 de dezembro de 1997, definiu nova estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS.

Neste sentido, a Portaria MS n. 3.925, de 13 de novembro de 1998, no tocante às responsabilidades quanto à atenção à saúde do trabalhador, consta a “[...] divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando a redução da morbimortalidade por acidentes ou doenças do trabalho” e assistência básica aos acidentados e portadores de doenças do trabalho e notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho.

Seqüencialmente, há Portarias Federais Normatizadoras da Saúde do Trabalhador no SUS, como a Portaria MS n. 3.908, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, definindo o mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal.

Neste contexto, a Portaria MS n. 3.120, de 1º de julho de 1998, aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS, que define a Vigilância em Saúde do Trabalhador, como:

Um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção do conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente a superação das práticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial.

Foi aprovada, também, a Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, denominada RENAST. Seu principal objetivo é estimular a criação de centros coordenadores de Saúde do Trabalhador nos estados e regiões, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e delimitada pelas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002.

A estruturação da RENAST implica em ações na rede de Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (PSF), na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST); e em ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

Ainda, como resultado do trabalho da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST), foram aprovadas várias portarias, ordens de serviço e protocolos de intenção, merecendo ser citadas algumas delas, segundo o Ministério da Saúde (2005):

- A Ordem de Serviço INSS/DSS n. 329, de 26 de outubro de 1993, disciplina o procedimento operacional no estabelecimento donexo causal pela perícia médica, nos casos de acidentes do trabalho e/ou doenças ocupacionais e a integração com outros setores envolvidos, normatizando, portanto, no âmbito da Previdência Social, o preenchimento e fluxo da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) e estabelecendo que uma de suas seis vias é destinada ao SUS (CIST, 1993).
- A Portaria Interministerial MTb/MS/MPS n. 18, de 9 de novembro de 1993, institui o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT), de caráter permanente, incumbido de buscar, promover ações integradoras, harmonizadoras e sinérgicas entre os vários órgãos de execução, na implantação concreta das políticas emanadas dos respectivos Ministérios e dos Conselhos Nacionais de Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, visando melhorar os serviços públicos oferecidos aos usuários.
- A Portaria SAS/MS n. 119, de 9 de setembro de 1993, inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais SAI/SUS o procedimento “Atendimento Específico para Acidente do Trabalho”, compreendendo o preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM) para o primeiro atendimento médico a paciente vítima de acidente do trabalho.

- A Portaria Interministerial MPAS/MS n. 11/95, estabelece o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado do Trabalho (PIAT), com o intuito de disciplinar o atendimento ambulatorial, hospitalar, a reabilitação física e o fornecimento de medicamentos aos trabalhadores acidentados ou portadores de doença do trabalho e definir o repasse de recursos financeiros do Seguro Acidente do Trabalho, do Ministério da Previdência Social para o SUS.
- A Portaria Interministerial MPAS /MS n. 14/96, pretende implantar o PIAT, organizando a oferta do atendimento hospitalar de urgência e emergência a esses trabalhadores e atribuindo remuneração diferenciada aos procedimentos realizados em casos de acidentes do trabalho.
- A Portaria MS n. 142, de 13 de novembro de 1997, de interesse à notificação e registro dos acidentes do trabalho, dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em casos com quadro compatível com causas externas.
- A Portaria MS/GM n. 3.947, de novembro de 1998, aprovou os atributos a serem adotados pelos sistemas de bases de dados do Ministério da Saúde, dentre os quais estão incluídos: raça/cor (conforme IBGE), o grau de escolaridade, a situação no mercado de trabalho, a ocupação (codificada de acordo com CBO) e o ramo de atividade econômica (de acordo com o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas).
- A Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998, que aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, definindo procedimentos básicos para o desenvolvimento de ações.
- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST).
- A Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde e aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, na forma de anexo a esta Portaria.
- A Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS e dá outras providências, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Consta as diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador e as atribuições e ações desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

- A Portaria n. 656, de 20 de setembro de 2002, aprova, na forma de anexo, as normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).
- A Portaria n. 666, de 30 de setembro de 2002, dispõe sobre a inclusão na Tabela de Serviço / Classificação de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), alteração de redação de procedimentos e outras providências.
- A Portaria n. 777, de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde.

Art. 1º Regular a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador – acidentes e doenças relacionadas ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica.

§ 1º São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:

- I – Acidente de Trabalho Fatal;
- II – Acidente de Trabalho com Mutilações;
- III – Acidente com Exposição a Material Biológico;
- IV – Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
- V – Dermatoses Ocupacionais;
- VI – Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- VII – Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
- VIII - Pneumoconioses;
- IX – Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;
- X – Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
- XI – Câncer Relacionado ao Trabalho.

Assim, para fins de vigilância, os acidentes do trabalho devem ser considerados “eventos sentinela”, cuja ocorrência deverá ensejar estudos epidemiológicos, de engenharia ou de higiene e servir como sinal de advertência para a necessidade de substituição de materiais, adoção de controles de engenharia, de medidas de proteção coletiva e pessoal, atenção médica ou mudanças na organização do trabalho (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1999).

Na seqüência cronológica, após o acolhimento e atendimento do trabalhador acidentado nos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, o mesmo, portando as suas vias da CAT, para o seu cadastro e a sua efetivação de direitos, é encaminhado à Agência da Previdência Social, no INSS, para cadastro administrativo e técnico (perícia), visando, além do registro do acidente do trabalho, e havendo necessidade de ficar afastado por mais de quinze dias, terá direito de receber o benefício de auxílio doença acidentário. É o que se demonstrará no próximo item.

3.3.2 Ministério da Previdência Social - direitos sociais

O Ministério da Previdência Social (MPS), através das Agências da Previdência Social, é uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalho do contribuinte quando perde a capacidade de trabalho, seja pela doença, acidente do trabalho, invalidez avançada, morte, desemprego involuntário, ou mesmo maternidade e reclusão. Os benefícios oferecidos pela instituição aos detentores da qualidade de segurado, por meio do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), somam dez (10) benefícios, incluindo as aposentadorias.

Há, ainda, os benefícios assistenciais destinados às pessoas que não têm condições financeiras de contribuir para a Previdência Social; sendo que têm direito ao amparo assistencial, os idosos a partir de 65 anos de idade que não exerçam atividade remunerada e os deficientes incapacitados para o trabalho e uma vida independente, devendo comprovar renda per capita mensal de um quarto do salário mínimo vigente.

Referindo-se ao objeto de nossa pesquisa, a Previdência Social, por meio do INSS, adota a teoria do risco social e assume a parte onerosa, efetuando o pagamento dos benefícios dos acidentes do trabalho com afastamento superior a 15 dias, enquanto perdure a incapacidade decorrente do acidente do trabalho. Entre outras atribuições do INSS, estão os procedimentos de reabilitação profissional, de preparo e capacitação para acidentados ou incapacitados para a reinserção no mercado e a coleta, consolidação e divulgação dos dados sobre ocorrência de acidentes de trabalho.

Conforme já referido no item 3.2, no caso de acidentes do trabalho, a empresa deverá comunicar o AT através da emissão da Comunicação do Acidente do Trabalho – CAT, em

seis vias, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato à Previdência Social, sendo a 1ª via, para o INSS, a 2ª via, para a empresa, a 3ª via, para o segurado, a 4ª via, para o sindicato da categoria, a 5ª via, para o SUS e a 6ª via, para a Delegacia Regional do Trabalho.

Em caso da falta de comunicação, por parte da empresa, poderá emitir a CAT o próprio acidentado, ou seus dependentes, a entidade sindical correspondente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública. Nesses casos, não prevalecem os prazos acima citados.

Nesta perspectiva, o acidente do trabalho deverá ser caracterizado administrativamente, através do setor de benefícios do INSS, que estabelecerá o nexos entre o trabalho exercido e o acidente e, tecnicamente, através da perícia médica do órgão que estabelecerá o nexos de causa e efeito entre o acidente e a lesão.

A CAT deverá ser emitida, independentemente da gravidade do acidente ou doença profissional. Portanto, 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 acidente deverá ser registrado.

Em outra perspectiva, questionando os colaboradores quanto à questão de conhecimento sobre a política de atendimento aos acidentados do trabalho, referindo-se às instituições: Ministério do Trabalho (Delegacia Regional do Trabalho), Sindicato da Construção Civil, e Agência da Previdência Social, estes apresentaram como respostas.

Eu só tive orientação aqui de vocês, aqui, porque o resto, depois a burocracia é demais e o acidentado sofre demais até resolver tudo, tudo tem um probleminha, e foi muito demorado no INSS, eu tive que voltar lá quatro vezes, e nos outros lugares, como eu fui orientado a ir para saber de mais direitos, só fiquei esperando, e eles não me informaram nada... só deixei um papel da CAT no Ministério, e no Sindicato, não me falaram nada, disse que era só para deixar a via da CAT, e ainda perguntei, se era só isso mesmo, e não me disseram mais nada... mais nada [...]

Eu acho que se a gente não correr atrás, eles não querem saber de nada não....

Nada nesse mundo vem de mão beijada, o que tem a gente tem de passar a gente passa, porque enrola todo mundo enrola, até eu enrolo as obras, só é ruim o chá de cadeira que a gente toma... o resto é muita burocracia... eu tive quatro vezes no INSS, então é muita enrolação é muita coisa que tem que fazer.. e eu tenho dó é dos outros que as vezes não pode andar...(informação verbal do colaborador maquinta)

Eu fui bem instruído, começando por aqui com vocês, aí eu depois fui no INSS, mas eu tive que voltar várias vezes, porque deu errado o número do meu PIS, que era igual a de outro com o mesmo nome, aí foi uma confusão...mas, depois cadastrou a CAT, e depois eu fui no Ministério do Trabalho, daí foi marcado um dia para o meu patrão também esta presente na conversa, e depois eles me informaram que depois da alta do tratamento, eu volto a trabalhar e tenho 12 meses de estabilidade sem eles pode me mandá embora. Mas, os meus papel quem tava mexendo depois era o contador do meu patrão. (informação verbal colaborador serra circular).

Neste enfoque, percebeu-se, nas falas dos colaboradores, o reconhecimento de que, através do atendimento no Programa de Acidentes do Trabalho, é que passaram a conhecer sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários, sem nenhum tipo de informação sobre o assunto na empresa em que trabalham; mas, ficou claro que há fragmentação e dissociação das demais ações no campo de atenção à saúde do trabalhador; quando se referem ao INSS que, além da demora no atendimento, solicitaram outros papéis, gerando retornos, outras filas. Contudo, conseguiram o cadastro da CAT. Mas, mesmo com o registro da CAT, existe a preocupação com a perícia médica, com a data da liberação do pagamento do benefício, com os retornos médico ambulatorial, com a indefinição sobre a incapacidade temporária ou permanente, etc.

Quanto ao Sindicato da Categoria e ao Ministério do Trabalho que, no caso de Uberaba, é representado pela Delegacia Regional do Trabalho, verificou-se, em seus depoimentos, que não foram satisfeitas suas dúvidas e indagações sobre o seu acidente. Apenas foi entregue a via da CAT correspondente à instituição e, mesmo o trabalhador questionando se era somente aquilo mesmo, nada foi respondido, ficando, portanto, um ponto de interrogação, dúvidas insatisfeitas, palavras que foram silenciadas. Aquele momento, para o trabalhador, talvez fosse o único, em sua trajetória, para perguntar, retirar dúvidas, questionar seus direitos, denunciar falhas nas condições oferecidas no local de trabalho, falta de EPI, e até mesmo contribuir para a participação e efetivação da política pública e no controle social, mas isso foi negado como direito.

Neste sentido, o programa de acidentes do trabalho veicula informações sobre os direitos sociais dos acidentados, incentiva-os a, além do cadastro da CAT no INSS, procurarem a Delegacia Regional do Trabalho e o Sindicato da categoria profissional correspondente, para a efetivação dos seus direitos, mas, verificou-se pelos seus depoimentos, haver desconexão, uma fragmentação e desarticulação de ações, uma descontinuidade do fluxo de acesso a seus direitos, levando o trabalhador à desorientação e ao descrédito sobre os serviços que lhe são prestados, interferindo, negativamente, na efetivação e legitimação dos seus direitos, pois o mesmo encontra-se em meio a antagonismos que lhe são expressos, e, por outro lado, órgãos que burocratizam, desinformam e dificultam o seu acesso.

Nesta conjuntura, a política de saúde do trabalhador apresenta interfaces com as políticas econômicas, de indústria e comércio, agricultura, educação e justiça, além de estar relacionada, diretamente, às políticas do trabalho, da previdência social, da saúde e do meio ambiente. Esta mesma política deve estar articulada com as organizações de trabalhadores e com a sociedade civil organizada, de forma a garantir a participação e dar contribuição para a

promoção de condições de trabalho dignas, seguras e propícias ao pleno desenvolvimento do trabalho.

Conforme já informado no capítulo II, a Constituição Federal de 1988 expressa, em seu art. 186, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O direito à saúde entende:

- I- condições dignas de trabalho, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer e saneamento básico;
- II- acesso às informações de interesse para a saúde, obrigando o Poder Público a manter a população informada sobre os riscos e danos à saúde e sobre as medidas de prevenção e controle (BRASIL, 1998).

Neste contexto, evidencia-se que a ocorrência desses fatos estão relacionados com a falta de acesso à educação de qualidade, às informações sobre os bens e serviços disponibilizados pelo estado, total desconhecimento da política de atendimento ao acidentado do trabalho, falta de uma política pública que integre as ações de saúde do trabalhador e que contribua na diminuição dos agravos à sua saúde.

Referindo-se às ações de prestações por acidente do trabalho, podem ser apreciadas na esfera administrativa (INSS), por via normal, e na via judicial (Justiça do Trabalho dos Estados), e prescrevendo em 5 (cinco) anos, computados da data do acidente.

Neste contexto, o trabalhador, registrando sua CAT na Agência da Previdência Social (INSS), é orientado a levar, ele próprio, uma via à Delegacia Regional do Trabalho e sanar suas dúvidas referentes ao seu contrato de trabalho, seus direitos, estabilidade e sobre as condições dignas de trabalho individual e coletivo. Será abordado, na seqüência, o Ministério do Trabalho e Emprego, mais especificamente o emprego formal, em que, na ocorrência de acidentes são emitidas as CATs.

3.3.3 Ministério do Trabalho e Emprego – o emprego formal

A Constituição Federal atribui ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o papel, dentre outros, de realizar a inspeção do trabalho em nível nacional. A normatização e a fiscalização das condições e ambientes de trabalho para garantir a saúde dos trabalhadores são

suas atribuições históricas, implementadas a partir de 1934, através da Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho, por um corpo técnico constituído por médicos e engenheiros especializados, apoiados pelas organizações sociais. Na atualidade, estão subordinados, ao nível central no Ministério do Trabalho, à Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, que é representada, nos estados, pelas Divisões de Segurança e Saúde do Trabalhador (DSST) das Delegacias ou Sub-Delegacias Regionais do Trabalho.

O Ministério do Trabalho e Emprego conta com o apoio técnico da FUNDACENTRO (Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho), instituída pela Lei n. 5.161, de 21 de outubro de 1966, com a finalidade de “[...] realizar estudos e pesquisas sobre as condições de trabalho e do trabalhador visando a identificação das causas de acidentes e doenças do trabalho; propor medidas de prevenção e controle; avaliar sua aplicação e desenvolver programas educacionais e de apoio técnico na área.” O MTE, para o cumprimento de suas atribuições, apoia-se nos dispositivos legais vigentes, especialmente na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nas Convenções Internacionais sancionadas no Brasil, e nas cláusulas dos Contratos Coletivos de Trabalho celebrados entre empregadores e trabalhadores, através de seus representantes.

A CLT, criada através do Decreto Lei n. 5.432, de 1º de maio de 1943, e sancionada pelo, então, presidente Getúlio Vargas, unificou toda legislação trabalhista existente no Brasil. Seu objetivo principal é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho nela previstas.

Referindo-se ao Capítulo V da CLT, que trata das condições de Segurança e Medicina do Trabalho, foi regulamentado pela Portaria n. 3.412/78, que criou as chamadas Normas Regulamentadoras (NRs) e, em 1988, as Normas Regulamentadoras Rurais (NRRs). Atualmente, as NRs são em número de 33 e as NRRs, em número de 5. Elas vêm sendo continuamente atualizadas e constituem-se nas mais importantes ferramentas deste ministério, no sentido de vistoriar e fiscalizar as condições e ambientes de trabalho, visando garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores.

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) é um órgão do Poder Executivo, mais precisamente da administração federal direta, que atua por meio das Delegacias Regionais do Trabalho. Tem como área de competência as seguintes temáticas: fiscalização do trabalho e aplicação das sanções previstas em normas legais ou coletivas; política salarial; formação e desenvolvimento profissional; segurança e saúde no trabalho; política e diretrizes para a geração de emprego e renda e de apoio ao trabalhador, bem como para a modernização das relações do trabalho; política de imigração e cooperativismo e associativismo urbanos. Destaca-se que, dentre os serviços prestados pelas Delegacias Regionais do Trabalho, estão: a emissão de carteira de trabalho, a concessão de seguro-desemprego e a homologação de rescisões contratuais.

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 nacional.

Nos casos das notificações dos acidentes de trabalho, conforme a legislação previdenciária, uma das vias da CAT (6ª via) é destinada às Delegacias Regionais do Trabalho.

É importante destacar que, das quinze (15) Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que tratam da proteção jurídica da Saúde dos Trabalhadores, dez (10) já foram aprovadas pelo Brasil.

Neste sentido, os Acordos Coletivos de Trabalho têm conquistado importância crescente como instrumentos definidores de condições de saúde e segurança dos trabalhadores, particularmente, para as categorias mais organizadas.

Mas, quando se ultrapassam as funções de fiscalização do Ministério do Trabalho, há necessidade de que os trabalhadores sejam protegidos por seus representantes legais, nas reclamações, denúncias, defendendo os seus direitos individuais e coletivos, alicerçando o que é preconizado por lei. Neste sentido, serão apresentadas breves considerações acerca do espaço no qual as normatizações das relações de trabalho são efetivadas - os sindicatos.

3.3.4 O Sindicato¹¹¹ Profissional do trabalhador

A origem do Sindicalismo, no Brasil, remonta aos últimos anos do século XIX e está vinculada ao processo de transformação da economia do país, cujo centro agrário era o café, quando houve a substituição do trabalho escravo pelo trabalho assalariado.

Os imigrantes vindos da Europa à procura de emprego traziam consigo uma experiência de trabalho assalariado e vários direitos trabalhistas conquistados no mundo desenvolvido. No Brasil, se depararam com uma sociedade atrasada no item direitos e com práticas escravocratas, os motivou a organizarem-se, formando o que viriam a ser os sindicatos.

¹¹¹ O termo "sindicato" deriva do latim *syndicus*, proveniente por sua vez do grego *sundikós*, que designava um advogado, bem como o funcionário que costumava auxiliar nos juízos. Segundo o Dicionário Aurélio (2002), define sindicato, como “uma associação de pessoas de uma mesma categoria profissional”. O sindicalismo tem origem nas corporações de ofício (associação de artesãos), na Europa medieval; que tinham a finalidade de proteger seus integrantes e defender seus interesses.

O movimento sindical efetivou-se, basicamente, no século XX, em decorrência do processo de industrialização e esteve ligado a correntes ideológicas como o positivismo, o marxismo, o socialismo, o anarquismo, o trabalhismo vanguardista e o populismo.

Destaca-se que, em 1906, ocorreu o I Congresso Operário Brasileiro, que lançou bases para a fundação da Confederação Operária Brasileira (COB). Em 1907, com a promulgação do Decreto 1.637, permitiu-se que qualquer classe de trabalhadores formasse sindicatos, inclusive profissionais liberais.

Naquela época, o governo articulava de forma que essas entidades fossem submetidas a sua vontade. Várias associações foram criadas nos anos seguintes, chegando até o Congresso Sindical Nacional, em 1929, que reuniu todos os sindicatos e fundou a Central Geral de Trabalhadores.

Dentro deste cenário, começou a se desenvolver, em 1930, uma legislação trabalhista, quando o Governo Federal criou o Ministério do Trabalho, conforme citado na folha 95. Assim, em 1931, ocorreu a promulgação do Decreto 19.770, de 19 de março, considerada a primeira Lei Sindical Brasileira, que regulamentou a sindicalização das classes patronais e operárias e criaram-se as Juntas de Conciliação e Julgamento.

Neste contexto histórico, aconteceu a regulamentação do trabalho e os Institutos de Previdência Social. As organizações sindicais passaram a ter caráter paraestatal, a greve foi proibida e foi instituído o imposto sindical.

No ano de 1955, o movimento sindical brasileiro voltou a expandir-se, sendo formado, em 1961, o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) e o Pacto de Unidade e Ação (PUA).

Com o golpe militar de 1964, os sindicatos foram muito reprimidos por várias medidas, como a limitação da lei de greve e a substituição da estabilidade no emprego pelo Fundo de Garantia.

A repressão da ditadura, nos anos 1970, continuou. Apenas a partir de meados da década é que os sindicatos voltaram a atuar como atores importantes na luta pelos trabalhadores e pela redemocratização. O Sindicato dos Metalúrgicos do ABC foi o maior exemplo, quando paralisou as fábricas do setor automobilístico. Com esse avanço, nos anos de 1980 e 1990, foram criadas três das mais importantes centrais sindicais do Brasil – CUT, CGT e Força Sindical.

Na década de 1980 até o início da de 1990, o movimento sindical brasileiro consolidou a negociação coletiva de trabalho como um dos espaços fundamentais para a normatização das relações de trabalho. Período em que os acordos e as convenções coletivas apresentaram

grande evolução, na forma e no conteúdo, assegurando conquistas relevantes para os trabalhadores.

A partir do início da década de 1990, intensas modificações foram inseridas no cenário das relações trabalhistas e da negociação coletiva no Brasil. A abertura da economia, a privatização, a competitividade internacional, a reestruturação produtiva, o Mercosul e a reforma administrativa do Estado passaram a pautar o debate nacional, forçando as entidades sindicais a se organizarem para negociações em outras instâncias.

Historicamente, os sindicatos tiveram um importante papel na luta pela defesa de direitos dos trabalhadores e nas relações de conflito entre capital e trabalho, com grandes conquistas reconhecidas pelo seu papel combativo. Ele cumpriu o papel heróico de abrir caminhos na época de transição da ditadura militar para um regime com mais liberdades civis, um movimento de reconquista de cidadania. Atualmente, os sindicatos, respondendo às novas demandas que lhe foram colocadas, como a empregabilidade e a globalização de serviços e, cada vez mais assume um papel de mediador, de negociador nas relações de trabalho, lutando por condições dignas de trabalho.

Neste contexto, os sindicatos são pessoas jurídicas de direito privado que têm base territorial de atuação e são reconhecidas por lei como representantes de categorias de trabalhadores ou econômicas (empregadores). Os sindicatos funcionam a partir da associação de trabalhadores que pertencem a uma mesma categoria profissional ou de empresas ou entidades de classe que atuam em um mesmo ramo de atividades. Os sindicatos de trabalhadores são chamados de Sindicatos Profissionais e do de empresas ou entidades de Sindicatos Patronais.

Todo trabalhador pode organizar e participar de sindicatos, sendo um direito garantido por lei ao trabalhador (CLT, art. 511).

Na realidade brasileira, os sindicatos são subsidiados por uma contribuição obrigatória (conhecida como imposto sindical) e também arrecadam recursos por via de contribuições assistenciais (estipuladas em dissídios, acordos e convenções coletivas) ou confederativas.

Cabe aos sindicatos a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas, sendo prerrogativa destes representar, perante as autoridades administrativas e judiciárias, os interesses gerais da respectiva categoria ou profissão liberal, bem como os interesses individuais dos associados, relativos à atividade ou profissão exercida.

Neste sentido, os sindicatos têm competência legal para representar suas categorias para validar toda norma coletiva: Dissídios coletivos, Convenções Coletivas ou Acordos coletivos.

Quanto à forma de estruturação e funcionamento, os sindicatos, em sua maioria, dispõem de serviço de orientação sobre os direitos trabalhistas dos integrantes da categoria, contando com um departamento jurídico para a defesa dos interesses dos associados.

Retomando o cenário da pesquisa proposta, referindo-se aos casos de acidentes do trabalho, quando a CAT é emitida e cadastrada junto ao INSS, uma das vias da mesma (4ª via), destina-se ao sindicato de classe profissional correspondente, que, neste caso, é o Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil, para notificação, estatística, vistoria, fiscalização e controle.

Fazendo referência, especificamente, ao Sindicato de Trabalhadores da Construção Civil de Uberaba, conforme informações obtidas *in loco*, dispõe de Câmaras de Conciliação¹¹² Trabalhista, conforme a natureza da atermação recebida, quando há participação do trabalhador, do empregador, do sindicato e advogado do sindicato que, em 90% dos casos, há resultados positivos, não necessitando que o trabalhador recorra à Justiça do Trabalho.

No entanto, ainda há, no Brasil, necessidade de trabalhadores recorrerem à Justiça do Trabalho, por terem seus direitos não respeitados, violados pelos empregadores. Neste sentido, será abordada adiante, referentes às instâncias de defesa e de garantia dos direitos dos trabalhadores, a Justiça do Trabalho e o Ministério Público.

3.4 Instâncias de defesa e de garantia dos direitos dos trabalhadores

3.4.1 Justiça do Trabalho

No Brasil, a Justiça do Trabalho surgiu instituída pela Constituição de 1934, com um caráter administrativo, como órgão do poder executivo. Quando surgiu, sua principal função era a de evitar o acirramento dos conflitos entre capital e trabalho, dotando de instrumentos especiais que favoreciam a conciliação das partes em litígio.

¹¹² Com a Lei n. 9.958, de 2000, facultou a criação de Comissão de Conciliação Prévia Trabalhista, de composição paritária, que teve como um dos objetivos, desafogar a Justiça do Trabalho, onde os processos são demorados. Foram criadas as câmaras de conciliação trabalhista, com o objetivo de estimular empregadores e trabalhadores a solucionar conflitos trabalhistas por meio de acordos, além de contribuir efetivamente para a agilizar a negociação entre as partes, evitando a demora e os gastos do ajuizamento de uma ação na Justiça do Trabalho. Somente no caso de não haver conciliação entre as partes é que caberá recurso à Justiça do Trabalho.

Neste cenário, ela é reflexo de todo um processo histórico, religioso e social de reconhecimentos de direitos dos trabalhadores, que teve marco, no Brasil, a criação da Consolidação das Leis do Trabalho, em 1943.

No contexto atual, integra o Poder Judiciário e, de acordo com o artigo 11 da Constituição Federal de 1988, é constituída pelas Juntas de Conciliação e Julgamento (JCJ), Tribunal Regional do Trabalho (TRB) e Tribunal Superior do Trabalho (TST).

A função da Justiça do Trabalho é pacificar conflitos oriundos das relações de emprego, envolvendo danos materiais e morais, conflitos sindicais e outras questões de interesse coletivo, conforme consta no art. 114 da Constituição Federal.

Nesta visão, um processo judicial trabalhista começa com o ajuizamento de uma Reclamatória Trabalhista na Vara do Trabalho (VT), de acordo com a localidade em que o trabalho era prestado. São realizadas audiências nas quais as partes são ouvidas, tentando-se um acordo (conciliação). Caso não haja acordo, será julgado o processo, podendo as partes recorrer. Neste caso, o recurso será julgado no Tribunal Regional do Trabalho (TRT), por um grupo de juízes.

Neste enfoque, evidencia-se que o acesso à Justiça do Trabalho é bem respeitado e democrático, uma vez que a tramitação do processo trabalhista é rápida, além de possibilitar ao trabalhador poder ajuizar uma ação sem advogado. Verifica-se que é uma área do poder judiciário privilegiado pelo grande percentual de acordos.

No entanto, ainda existem trabalhadores em situação irregular, como o caso de não assinatura em carteira de trabalho, ou a falta de contrato de trabalho, situações irregulares, em sua maioria no mercado informal. Quando há ocorrência de acidentes do trabalho, nestas circunstâncias, o trabalhador não tem como recorrer ao sindicato profissional e nem à Justiça do Trabalho, devido à falta do vínculo trabalhista, restando a alternativa procurar o Ministério Público para defesa do seu direito.

3.4.2 Ministério Público

O Ministério Público, segundo Campos e Campos (1992) é uma instituição essencial na defesa da ordem jurídica e dos interesses da sociedade. Tem por finalidade a fiscalização da aplicação das Leis, com atuação independente, integrado pelos Procuradores e Promotores de Justiça.

O Art. 127 da Constituição Federal, dispõe que o Ministério Público (MP) é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

O Ministério Público brasileiro é composto por dois ramos:

- a) o Ministério Público da União (compreendido pelo Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Militar, pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e pelo Ministério Público Federal - MPF);
- b) os Ministérios Públicos dos Entes Federados.

São princípios institucionais do Ministério Público a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.

Ele tem como objetivo a assistência jurídica aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho e doenças do trabalho e/ou seus dependentes, a fiscalização e acompanhamento de denúncias de descumprimentos das normas de Segurança e Medicina do Trabalho, e, caso necessário, medidas judiciais cíveis, acidentárias e penais.

Nesta perspectiva, o Ministério Público, acompanhando o processo social em desenvolvimento no país, tem se aproximado da comunidade e ampliado o seu campo de atuação, envolvendo-se na defesa do meio ambiente, da saúde, do patrimônio histórico e cultural e dos trabalhadores urbanos e rurais acidentados.

O Ministério Público do Trabalho (MPT) é um dos ramos do Ministério Público da União. Atua, principalmente, nas áreas de erradicação do trabalho infantil, combate ao trabalho escravo e a todas as formas de discriminação no trabalho, preservação da saúde, segurança do trabalhador e regularização do trabalho do adolescente, do indígena e dos contratos de trabalho em geral. As Promotorias de Justiça são órgãos de administração do MP, com pelo menos um cargo de promotor de justiça.

Neste sentido, o MPT, em sua atuação, envolve o recebimento de denúncias, a instauração de procedimentos investigatórios, inquéritos civis públicos e outras medidas administrativas ou o ajuizamento de ações judiciais, quando comprovada a irregularidade. Além disso, desempenha papel de defensor da lei para intervir nos processos judiciais em curso, nos quais haja interesse público a proteger, emite pareceres em processos de competência da Justiça do Trabalho, participa das sessões de julgamento e ingressa com recursos quando há desrespeito à legislação.

Portanto, o presente capítulo teve como intencionalidade apresentar os acidentes do trabalho na construção civil em Uberaba-MG, evidenciando que as expressões da questão

social são advindas da relação capital-trabalho, que causa impacto no modo de vida da classe trabalhadora, principalmente, na sua submissão diante dos seus direitos constitucionais. A partir de tal realidade é posto para o Serviço Social que medie as relações sociais, conforme diretrizes indicadas pelo projeto ético-político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proposto pautou-se no acidente do trabalho na construção civil em Uberaba/MG: um espaço de “(des) construção” do humano.

Discorrer sobre a temática que envolve a saúde dos trabalhadores é, em primeiro momento, abordar um tema que ainda não atingiu a maturidade, exigindo muita discussão, deliberação e que envolve um marco teórico-prático complexo que não pode ser visualizado por um único viés. Seu conhecimento e compreensão exigem visão ampla e profunda do contexto histórico no qual a sociedade do trabalho está inserida e dos nexos causais trabalho/saúde/doença.

A concretização deste trabalho se baseou no trabalho profissional vivenciado, cotidianamente, junto aos usuários vitimizados por acidentes do trabalho, atendidos no programa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no município de Uberaba- Minas Gerais, que é referência regional para vários municípios. Estes trabalhadores acidentados são encaminhados pelos empregadores com, ou sem, as respectivas vias das Comunicações de Acidentes do Trabalho, quando possuem vínculo empregatício. Embora em muitos dos atendimentos, havendo o acolhimento e a veiculação de informações sobre seus direitos sociais verificou-se, em vários casos, que o trabalhador não possui vínculo empregatício, estando inserido no mercado informal, desprovido dos direitos da seguridade social e, em alguns casos, não há a notificação dos acidentes por parte dos empregadores.

Frente a essa realidade, torna-se necessário identificar estratégias capazes de contribuir para uma análise crítica do discurso e das práticas de uma determinada política. Tais estratégias implicam em uma compreensão abrangente dos contextos sociais onde esta se realizada seja na área política, econômica, e social, áreas que não podem ser abordadas de forma fragmentada. Portanto, o mundo do trabalho faz parte da existência do homem como ser social, que vai determinar a vida e as formas de organizações humanas e sociais.

Dentro dessa perspectiva, os acidentes do trabalho são uma realidade presente no cotidiano da classe trabalhadora, em que está envolvida a relação capital-trabalho, que não acrescentou, ainda, as transformações necessárias, capazes de apresentar alternativas às mudanças ocorridas que se vêm impondo à sociedade brasileira. Portanto, são importantes causas de morbi-mortalidade da população brasileira e, apesar da normatização oficial que exige a notificação dos casos, há sub-notificação de ocorrências, dificultando o

redimensionamento real do problema, inviabilizando a realização de análises epidemiológicas de características da acidentabilidade.

As políticas sociais, no Brasil, vêm-se destacando por indicadores que revelam uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, condenando à pobreza largas parcelas da população, fato este que reafirma a histórica questão da má distribuição de renda e a reforma ineficiente do Estado.

Neste contexto, concebe-se a relação Estado/sociedade e Estado/mercado, na qual predominam políticas econômicas voltadas para o crescimento a qualquer preço, com a internacionalização do capital, principalmente a partir da globalização, com a abertura do mercado brasileiro, em meados de 1990.

Dentro desse cenário, assiste-se, nos anos de 1990, um redimensionamento do papel do Estado, influenciado pela Política Neoliberal. O neoliberalismo se instala como ideologia, sob a argumentação de que quanto menor a responsabilidade do Estado na economia, maior é o poder dos indivíduos e mais rapidamente a sociedade pode se desenvolver e progredir, ou seja, superar a crise.

Os neoliberais defendem a tese de que crise econômica é resultado da excessiva intervenção do Estado na economia, e ainda, que esta é culpa da intervenção do Estado. A privatização e a liberação da economia do mercado, principalmente externo, são as principais soluções apontadas para se sair da estagnação econômica. Portanto, a maximização do lucro é seu principal objetivo. Desta forma, as satisfações das necessidades sociais não contam; o que conta é o lucro.

Por via desta, a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável e acarretou na perda de muitos direitos conquistados e na redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego, informalidade e precarização do trabalho, aumento da carga tributária, reforma fiscal, privatizações de serviços públicos, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação, aumentando, significativamente, a pobreza e a miséria.

Conseqüentemente, implantou a concepção de Estado Mínimo, que surgiu como reação ao padrão de acumulação vigente durante grande parte do século XX, em que o Estado financiava não só a acumulação de capital, mas a reprodução da força de trabalho, via políticas sociais, deixando de financiá-las, direcionando ao máximo para o capital. Ele pressupõe um deslocamento das atribuições do Estado perante a economia e sociedade, transferindo suas responsabilidades. E ainda, como promotor de proteção social aos mínimos sociais, considera que o modelo de saúde voltado para o mercado tem como principal característica a contenção de gastos governamentais com a racionalização da oferta. Sendo

assim, o Estado é responsável por garantir os mínimos aos que carecem do serviço público de saúde e o mercado demanda para aqueles que podem pagar ao setor privado. Suas principais estratégias são: política focalizada visando atender às populações de baixa renda por meio de um pacote básico, ampliação da privatização, fortalecimento do seguro privado, descentralização dos serviços locais, eliminação da vinculação de fonte e financiamento.

Portanto, o capitalismo, em sua versão neoliberal, faz com que o Estado amenize as expressões da questão social, por meio de políticas públicas focalizadas e compensatórias.

Neste contexto político-econômico, e com as transformações no mundo do trabalho, agravam-se as inúmeras expressões da questão social, o que se torna um desafio intransigente para o assistente social que trabalha com essas expressões e procura, cotidianamente, em seu trabalho profissional, posicionar-se em favor da equidade, justiça social e fortalecimento dos sujeitos coletivos.

Dessa forma, durante a realização do estudo, foi possível conhecer as demandas dos usuários acidentados do trabalho atendidos no programa, identificar o seu perfil e as características dos acidentes em que foram vitimizados que, de acordo com a pesquisa no período proposto, somaram 148 ocorrências, conforme apresentado no Capítulo 2 deste trabalho, na folha 141.

De acordo com os dados pesquisados, verificou-se que, das CATs emitidas, 120 (81%) foram iniciais, 25 (17%), foram de reabertura e 3 (2%), foram de óbito. Quanto às emissões, houve relevância de terem sido realizadas pelo empregador, 145 (98%), e pelo sindicato, 3 (2%). Do total dos acidentados, 27 (18%) são trabalhadores da construção civil (pedreiro, eletricista, carpinteiro, servente, pintor). Referindo-se ao perfil, identificou-se que quanto ao sexo dos acidentados, 131 (88%), são do sexo masculino, a maioria na faixa etária de 18 a 30 anos, com 69 ocorrências (46%) e quanto ao estado civil, 70 (48%) são solteiros, e a escolaridade predominante é de ensino fundamental, 73 (50%), com a remuneração de um a dois salários mínimos em sua maioria, 79 (53%).

Analisando os dados, ficou evidente que a ocorrência de acidentes do trabalho é prevalente nas pessoas do sexo masculino, inseridos no mercado formal da construção civil, sendo significativos na faixa etária de vida produtiva (18 a 30 anos). Observou-se, também, que houve maior incidência em trabalhadores que possuem baixo nível de escolaridade, sendo que a maioria apresentou ensino fundamental, conseqüentemente, justificando os baixos rendimentos, que, por sua vez, não exige e não dispõe de qualificação e nem preparo para o desempenho da função exigida.

Constatou-se que o maior número de acidentes ocorreu no local de trabalho, totalizando 94 (63%), sendo acidentes típicos 109 (73%), com a ocorrência no município de Uberaba, 130 (87%), em sua maioria, na zona urbana. Dos acidentados atendidos, 77 (52%) demandaram internação, e, como agente causador identificado, 70 (47%) foram os equipamentos /ferramentas de trabalho. Houve prevalência da parte do corpo atingida em 38 (26%), os dedos das mãos, seguidos de pernas (fraturas), 18 (12%).

Desta forma, verificou-se que a ocorrência de acidentes, em sua maioria, é decorrente de acidentes típicos, tendo como agente causador, na maior parte dos casos, as próprias ferramentas ou equipamentos de trabalho que atingiram, principalmente, os dedos das mãos, de forma mais grave, porque grande parte demandou internação. Estes fatos levaram a questionar sobre a falta de segurança no ambiente de trabalho, a falta do uso de equipamento de proteção individual para uso dessas ferramentas ou equipamentos, como a ausência de capacitação e treinamento, impulsionando os trabalhadores a uma situação de exploração, de coisificação e desconstrução do seu trabalho, o que é um reflexo da sociedade capitalista. Verificou-se que os conflitos existentes são inerentes ao modo de produção capitalista, especialmente na política neoliberal que amplia o quadro da precarização do trabalho, da pobreza e da desarticulação de lutas dos trabalhadores, buscando a maximização do lucro e minimização dos gastos.

Referindo-se, especificamente, aos trabalhadores inseridos no mercado da construção civil, que é o estudo proposto, a situação é mais alarmante, pois verificam-se as sub-contratações, terceirizações, contratos temporários, não exigência de experiência para o desempenho da função e nem exigência da escolaridade, não oferecimento de treinamento adequado para a função, situações que os expõem a uma maior vulnerabilidade às ocorrências de acidentes do trabalho. Reflexo este da sociedade capitalista em que se vive.

Estes são fatores determinantes que estão relacionados com a falta de acesso à educação de qualidade e às informações sobre os bens e serviços públicos disponibilizados pelo Estado para atender às demandas postas pela população usuária, dificultando a compreensão de seus direitos e, conseqüentemente, a luta pela transformação de sua realidade.

Neste sentido, para que o Estado cumpra sua função social de garantir que o trabalho seja realizado em condições adequadas, visando preservar a saúde, integralidade física e mental dos trabalhadores, necessárias se fazem políticas sociais públicas que garantam o desenvolvimento econômico direcionado à inclusão social.

Evidenciou-se, na pesquisa, o desconhecimento sobre suas demandas e direitos sociais no contexto do trabalho e da atenção à saúde. A visão das demandas decorre, principalmente,

da falta de conhecimento que têm sobre seus direitos, levando-os a certa posição de inércia, comodismo, insegurança quanto ao tratamento de saúde, preocupação quanto ao recebimento do benefício previdenciário para sua subsistência, o retorno ao trabalho, a expectativa quanto à recuperação, medo da incapacidade para o trabalho e dificuldades quanto à exigência dos papéis burocráticos para o cadastro do seu direito. Estes fatos são desencadeantes para refletir e apontar que os acidentes do trabalho, na construção civil, são, realmente, um espaço de des(construção) do humano, pois, ao mesmo tempo em que o explora, aliena e nega condições, oferece oportunidades de situações concretas para sua superação como sujeito de seu processo, um ser coletivo a caminho de alternativas e estratégias que levam à consolidação de seus direitos garantidos.

Constatou-se que os colaboradores pesquisados não possuem conhecimento crítico quanto aos antagonismos presentes na sociedade capitalista que, a cada dia, reproduz as diferenças e as injustiças sociais. São marcados pela consciência ingênua, pelo fatalismo da ocorrência dos fatos, dos acidentes do trabalho, que consideram ser provenientes da vontade de Deus, ou por que tinha que acontecer, como se houvesse um destino traçado, demonstrando como a sociedade capitalista aliena, explora e deixa os trabalhadores em estado de estagnação e conformismo.

Os impasses e ambigüidades do modo de produção capitalista refletem na fragmentação da política pública, nos mínimos sociais que fomenta a sua ideologia: uma minoria detentora dos meios de produção, a massa populacional a serviço do mercado competitivo e excludente, e o Estado, na atualidade, buscando repassar para a sociedade civil parte de suas responsabilidades.

Neste contexto, é importante o papel do assistente social em promover a mudança de mentalidade do usuário, aproximando-o do conhecimento de seus direitos, como uma política de saúde, política de saúde do trabalhador e demais políticas públicas, que é um dever do Estado e direito do cidadão, superando-se a cultura do atendimento como um favor.

Identificou-se, pela fala dos sujeitos colaboradores, que desconheciam e desconhecem a política de atendimento das instituições que efetivam o seu direito social, como o próprio SUS (onde recebeu o primeiro atendimento após o acidente do trabalho), assim como no INSS, na Delegacia Regional do Trabalho e no Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil. Conforme constatou-se nos depoimentos, os sujeitos colaboradores relataram que nessa realidade em estudo há os seguintes pontos a serem trabalhados:

- a presença em excesso da burocracia (papéis);
- a ausência de esclarecimentos sobre os seus direitos;

- a fragmentação de ações entre as instituições;
- e a falta de integralidade de ações tanto dos profissionais que trabalham nas instituições como entre elas.

Nesta perspectiva, ficou nitidamente apresentada a falta de integralidade de ações entre os profissionais da saúde, interinstitucional e a inexistência de interlocução de ações entre os órgãos ou instâncias que lidam nesta temática. Torna-se, portanto, necessária a intersetorialidade de ações, especialmente entre serviços de ações co-relatadas como Sistema Único de Saúde, Instituto Nacional de Seguridade Social, Delegacia Regional do Trabalho, Sindicatos, e a inserção do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, para a efetivação de um fluxo de atendimento, para que se alcancem os objetivos propostos.

Conforme se constatou, há necessidade de melhoria do atendimento dentro do contexto do primeiro atendimento ao trabalhador vítima de acidente do trabalho, nos serviços de saúde públicos e, no caso desta pesquisa, dentro da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a qual tem como missão, além da assistência à saúde, a pesquisa, a extensão e o ensino, com importante atuação, não somente na formação de recursos humanos, como colaboradora no âmbito local e regional, para a mudança do perfil epidemiológico da acidentabilidade. Dessa forma, é importante implementar os serviços de epidemiologia e de assistência especializada na área de Saúde do Trabalhador, buscando a participação efetiva de todos os atores envolvidos e o estabelecimento de parcerias necessárias.

Portanto, nesta perspectiva, o papel do assistente social como mediador entre os demais profissionais que atuam, nesta área, é relevante. Exigindo, portanto, que os assistentes sociais sejam propositivos, dinâmicos e críticos, buscando desempenhar o papel de promoção ao acesso e à efetivação dos direitos sociais. Realizando assim um trabalho profissional voltado à participação coletiva dos sujeitos sociais envolvidos neste contexto para que os mesmos sejam capazes de concretizar sua autonomia enquanto sujeitos de direitos, enquanto cidadãos.

Por outro lado, fica constatada a necessidade de incorporar um conjunto de decisões coerentes, que contemplem os aspectos sanitários, ambientais, éticos, econômicos e sociais, que envolvem a Saúde do Trabalhador, contribuindo para a efetivação do processo de desenvolvimento do SUS. Aliam-se a isto as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, que necessitam ser fortalecidas através do envolvimento dos profissionais, estabelecimento de parcerias com sindicatos e instituições relacionadas à área, buscando, principalmente, sua prevenção e promoção, cumprimento das normas de segurança no trabalho, melhoria dos ambientes de trabalho e a redução dos riscos e agravo de doenças e de acidentes do trabalho.

Para a execução dessas políticas que contemplem a Saúde do Trabalhador e a realização do direito à saúde, está condicionada a participação ativa da comunidade no planejamento, na execução de políticas e no controle social. É o que preconiza a Lei 8.142/1990, uma vez que a construção desse processo se desenvolve no cotidiano da própria vida do trabalhador e do seu trabalho, em que se enfrentam todas as forças políticas, econômicas, culturais e sociais.

Soma-se a isto, a necessidade de responsabilidades e integralidades de ações e resolutividade por parte de todas as instâncias envolvidas, seja nas esferas federal, estadual e municipal, na construção de serviços de saúde e políticas públicas que atendam à demanda dos usuários de forma efetiva e resolutiva.

Sob esta ótica, o assistente social tem seu compromisso pautado na democracia, na liberdade e na justiça social, nos interesses e necessidades referentes à classe trabalhadora assegurando, assim, o direito à saúde e contribuindo, prioritariamente, na perspectiva de pesquisa, levantamentos e estudos que priorizem os fatores condicionantes e determinantes da saúde junto aos órgãos públicos, elaboração de planos de saúde e políticas de saúde, assistência aos usuários por intermédio de ações que resguardam a saúde existente, democratização de informações e efetivação dos direitos sociais a partir da elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais, objetivando a participação dos sujeitos sociais nos diversos âmbitos de representação pública.

Portanto, o Serviço Social, na área da saúde – pela sua dimensão – propõe uma atuação que vai além das demandas cotidianas, priorizando o enfrentamento das diversas expressões da questão social que integram os níveis de saúde da população usuária, possibilitando a realização de ações assistenciais, institucionais e preventivas. Deverá nortear seu trabalho profissional embasado nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e instrumentos técnico-operativos para a melhoria da qualidade de vida do usuários, garantindo a humanização do atendimento, devendo trabalhar numa perspectiva emancipatória do sujeito.

Ficou, também, evidenciado, que as estratégias para o enfrentamento da efetivação do direito social à saúde do trabalhador permeiam numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem uma permanente articulação política da sociedade civil organizada para contribuir com a definição de propostas e estratégias comuns ao campo democrático. Assim, entende-se que cabe ao Serviço Social promover uma incorporação ativa no aprofundamento das questões colocadas na busca criativa e incessante da efetivação do projeto profissional, com ações que busquem reforçar o fortalecimento dos sujeitos coletivos ampliando suas bases de sustentação e legitimidade.

Para tanto, a relevância deste estudo está no fato de poder contribuir na melhoria do atendimento prestado, com maior qualidade, interdisciplinaridade, integralidade de ações e resolutividade nos atendimentos, contribuindo para assegurar a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, bem como o comprometimento com o projeto ético-político profissional.

Especificamente aos usuários, este estudo consolida, tanto a produção do conhecimento, quanto a efetivação de seus direitos, utilizando o espaço da instituição para intermediar os mesmos, promovendo, além do atendimento, um trabalho que permita o estabelecimento de um protocolo que os oriente quanto ao percurso realizado na busca de seus direitos sociais, na integralidade de ações interinstitucionais e a efetivação dos direitos dos trabalhadores.

Enfim, acredita-se que este trabalho possa contribuir para um novo olhar, no que diz respeito às políticas públicas de atendimento à saúde do trabalhador, especificamente aos acidentes do trabalho, numa perspectiva transformadora, de acesso, viabilização e efetivação de direitos trabalhistas e previdenciários, a integralidade no atendimento nos serviços públicos de saúde, especificamente no HC/UFTM, com o INSS, com a Delegacia Regional do Trabalho e o Sindicato profissional do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- ABESS/CEDEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. **Cadernos ABESS**, São Paulo, n. 7, ed. especial, p. 58-76, 1997.
- ABRANCHES, Fernando Figueiredo. **Do seguro mercantilista de acidentes do trabalho ao seguro social**. São Paulo: Sugestões Literárias, 1981.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- _____. Construção e desconstrução da legislação social no Brasil. In: _____. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- BARATA, Rita de Cássia Barradas; RIBEIRO, Manoel Carlos S. A.; MORAES, José Cássio de. Acidentes do trabalho referidos por trabalhadores moradores em área urbana no interior de São Paulo em 1994. **Informe Epidemiológico do SUS**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 199-201, 2000.
- BATISTA, Célia Fernandes de Matos; RIBEIRO, Cláudia Gomes da Silva Soares. **Reflexões sobre o exercício profissional do assistente social no Programa de Acidentes do Trabalho no Ambulatório Maria da Glória - UFTM**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2007.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: reprodução social, Serviço Social e a política social. Módulo 3. Brasília, DF: CEAD, 2000.
- _____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BILHARINHO, José Soares. **História da medicina em Uberaba**: Academia de Letras da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Uberaba: [s.n.], 1995.
- BINDER, Maria Cecília Pereira; ALMEIDA, Ildeberto Muniz. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso? In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2005.
- BOAVENTURA, Edivaldo M. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.
- BONETTI, Dilséa Adeodata. et al. **Serviço Social e ética**: convite a uma nova práxis. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BRAGA, José Carlos; PAVIA, Sérgio Góes. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES : HUCKEC, 1981.

BRAGA, Marigildo Camargo. **Acidentes do trabalho**: temas, legislação, jurisprudência, comentários. Rio de Janeiro: Alba, 1964.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 31 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 2007/2008.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 2007/2008.

_____. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Diretrizes de ação do SUS**. Brasília, DF, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST)**. Brasília, DF, 1994.

_____. Coordenação do Trabalhador. Divisão de Saúde do Trabalhador. **Relatório de atividades do ano de 1995**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 96**. Brasília, DF, 1997.

_____. Decreto n. 2.172, de 5 de março de 1997. Aprova o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 mar. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto/D2172.htm>. Acesso em: 2007/2008.

_____. **Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST)**. Brasília, DF, 1999.

_____. Instrução Normativa n. 01/97, de 15 de maio de 1997. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do distrito federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 maio 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/normas/Instdo.htm>>. Acesso em: 2007/2008.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Secretaria de Inspeção do Trabalho**: Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>. Acesso em: 5 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: ilustrada. Brasília, DF, 2006. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 88, p. 75-100, nov. 2006.

CAMPOS, José Luiz Dias; CAMPOS, Adelina Bitelli Dias. **Responsabilidade penal, civil e acidentária do trabalho**. 4. ed. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 1992.

CANASSA, Flávio Arduini. Por que freguesia? **Boletim Informativo do Arquivo Público de Uberaba**, Uberaba, n. 6, p. 5, mar. 1995.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. SCHNEIDER, A. et al (Org.). **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE: CEAP, 2007.

CESARINO JUNIOR, Antonio Ferreira. **Direito social brasileiro**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1970.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia. **Acidentes do trabalho**: uma forma de violência. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

_____.; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviço. 3. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., 2005, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, Hertz Jacinto. As regras que disciplinam os acidentes do trabalho: Lei nº 8.213/91. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 7, n. 62, fev. 2003. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3722>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

COSTA, Márcia Regina. **Vítimas do capital**: os acidentes do trabalho. Rio de Janeiro: Achimé, 1981.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana M. et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, Pedro dos Reis. **Catálogo histórico**. Uberaba: Arquivo Público de Uberaba, 2000.

GRESS-7º Região. **Coletânea de Leis e Resoluções**. 4. ed. Belo Horizonte, 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DEGENSZAJN, Raquel Raichelis et al.. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **O Serviço Social no Brasil: a reconceituação do Serviço Social na América Latina e a renovação profissional no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 2 mar. 2007.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas/SP: Autores Associados, 1995.

_____. **Participação é conquista**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Princípio científico e educativo**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DIAS, Elizabeth Costa. A organização da atenção à saúde do trabalhador. In: FERREIRA FILHO, Mário. (Org.). **Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Rocca, 2000.

DUTRA, A. S.; FACHINELLI, S. T. T. **Trabalho Final do Curso de Especialização para Gerentes Hospitalares Macro e Micro-Regionais de Saúde**. Uberaba: [s.n.], 2003.

ENCONTRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1990, Uberaba. **Anais...** Uberaba: UFTM, 1990.

ENGLER, H.B.R. Pesquisa Quantitativa: um aporte para a apreensão da extensão da realidade investigada. In: BERTANI, I. F. (Org.). **Retratos da saúde: o relatório QUAVISSS**. Franca: Ed. Unesp/FHDSS, 2006.

FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO. **História e médicos da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro: Gestão 2002/2005**. Uberaba, 1996.

_____. (1953-2003) **Importantes momentos de sua vida**. 50 anos da FMTM. Folder. 2003. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br>>. Acesso em: 20 maio 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores.** São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Saber profissional e poder institucional.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **Estratégias em Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, Tânia. (Org). **Trabalho, riscos industriais e meio ambiente: rumo ao desenvolvimento sustentável?** Salvador: EDUFBA/CRH/FFCH/UFBA, 1997.

FREIRE, Lúcia M. B. A relação saúde-trabalho no contexto das relações sócio-políticas no trabalho e o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 16, n. 49, p.67-97, nov. 1995.

_____. O Serviço Social e a saúde do trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: MOTA, Ana Elizabete da. (Org). **A nova fábrica de consensos.** São Paulo: Cortez, 1998.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** São Paulo: Paz e Terra, 1982.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.** 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

GAUDERER, Ernest Christian. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência.** 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa em ciências sociais.** 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

HASHIZUME, Maurício. Acidentes e doenças de trabalho: 6 mil morrem por dia. **ReporterBrasil**, São Paulo, 30 abr. 2008. Disponível em: <<http://www.reporterbrasil.com.br/pacto/noticias/view/50>>. Acesso em: 5 maio 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade.** CFESS/ Comissão de Fiscalização. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília, DF, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. 10 jul. 2008. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>. Acesso em: jul. 2008.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Cenário e estratégia em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 2., 1994, Brasília. Anais..., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

LAGES, Amarita G. Valério; SENA, Marisa Alves de Oliveira. Saúde do trabalhador. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 13, n. 40, p. 42-47, 1992.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LOPES, M.A.B. **Uberaba: história e memória**. Uberaba: Arquivo Público de Uberaba, 1987.

LUCCA, Sérgio R.; MENDES, René. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região Sudeste do Brasil, 1979-1989. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n.3, p.168-175, jun. 1993.

MARSIGLIA, Regina MariaG. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: intervenção e pesquisa **em serviço social**. Módulo 5. Brasília, DF: CEAD. 2001.

MARTINELLI, MariaLúcia. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 15, n. 45, p. 137-141, ago. 1994.

_____. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: _____. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

_____. **Identidade e alienação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. São Paulo: Atlas, 1999.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

_____. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: _____. (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

MENDONÇA, José. **História de Uberaba**. Uberaba: Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1974.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Parecer n. CNE/CES 492/2001**. Disponível em: <http://www.pp.ufu.br/Res_CNE_492.htm>. Acesso em: maio 2008.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Índices de acidentes do Trabalho em 2002**. Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br/estatística>>. Acesso em: 3 set. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: relatório final**. Brasília, DF, 2003.

_____. **Fundo Nacional de Saúde: consulta**. Disponível em <<http://www.fns.saude.gov.br/consulta>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: estatísticas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/projeção>>. Acesso em: 7 maio 2007.

MOTA, Ana Elisabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/politicagestao/artigoscompleto.htm>>. Acesso em: maio 2008.

OLIVEIRA, Francisco de. A produção dos homens: notas sobre a reprodução da população sob o capital. **Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.16, p. 5-25, 1976.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, José de. **Acidentes do trabalho: teoria, prática, jurisprudência**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

OLIVEIRA, Paulo Rogério Albuquerque de. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional da saúde. **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: trabalhar, sim! adoecer, não**. Brasília, DF, 2005.

OPITZ, Oswaldo. **Estatização do seguro de acidentes do trabalho**. Rio de Janeiro: Borsoi, 1968. 3 v.

_____; OPITZ, Silvia C. B. **Acidente do trabalho e doenças profissionais**. São Paulo: Saraiva, 1988.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A vigilância da saúde do trabalhador**: relatório de reunião, 1999. (mimeo).

OSWALDO Cruz. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 75, 2002.

PÁDUA, Elisabete M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagens teórico-prática. 10. ed. Campinas/SP: Papyrus, 2004.

PEPE, Carla Cristina Coelho Augusto. **Estratégias para superar a desinformação**: um estudo sobre os acidentes do trabalho fatais no Rio de Janeiro. 2002. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: [Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais], 2004.

PINHEIRO, Sandra de Azevedo; CECÍLIO, Sálua. **Projeto**: educação e saúde do trabalhador, período de outubro de 1994 a março de 1995. Uberaba: UFTM, 1994/1995.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. [2003]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>> Acesso em: 2007/2008.

POCHMANN, Marcio; AMORIM, Ricardo. (Org.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/Saude_no_Brasil.doc>. Acesso em: 2008.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho**: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

RIBEIRO, Herval Pina; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT, 1984.

RIGOTTO, Raquel Maia. Saúde do trabalhador e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 25, n. 93/94, p. 9-20, dez. 1998..

RUSSOMANO, Mozart Victor. **Estudos de direito do trabalho**. Rio de Janeiro: Konfino, 1964.

SALLES, Pedro. **Historia da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SAMPAIO, Antônio Borges. **Uberaba: história fatos e homens**. 2. ed. Uberaba: Arquivo Público de Uberaba, 2001.

SANTOS, Ubiratan de Paula et al. Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes de trabalho: uma experiência na Zona Norte do município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 286-93, 1990.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVEIRA, M. A. et al. O controle social do SUS e a RENAST. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional da saúde. **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: trabalhar, sim! adoecer, não**. Brasília, DF, 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

VIDAL, M.A. Evolução conceitual da noção de acidentes de trabalho: conseqüências metodológicas sobre o diagnóstico de segurança. **Cadernos de Engenharia de Produção**, São Carlos, ano 5, v. 13, p. 129, 1989.

WALDVOGEL, Bernadette Cunha. **Acidentes do trabalho: os casos fatais, a questão da identificação e da mensuração**. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

WUNSCH FILHO, Victor. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 41-52, jan./mar. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de esclarecimento

TÍTULO DO PROJETO: O acidente do trabalho na construção civil em Uberaba/MG: um espaço de “des-construção” do humano.

Você como usuário do sistema de saúde em Uberaba, e mais especificamente vítima de um acidente do trabalho, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “*O acidente do trabalho na construção civil em Uberaba/MG: um espaço de “des-construção” do humano*”. O objetivo desta pesquisa é conhecer os acidentes do trabalho registrados, entre os trabalhadores da Construção Civil, com vínculo empregatício, usuários de um hospital universitário. A partir dos objetivos específicos, poderá se identificar os usuários trabalhadores acidentados, identificar as causas registradas dos acidentes, compreender a relação trabalho/acidente dos trabalhadores acidentados. Sendo assim, relevando o que é proposto pela política de saúde, como também pelos programas de saúde do trabalhador e especificamente o Programa de Acidentes do Trabalho e mostrando sobre a realidade e necessidade para a efetivação desta política. Neste sentido o estudo contribuirá para o conhecimento sobre os acidentes do trabalho neste segmento, demonstrar sobre a importância do trabalho profissional do assistente social e a necessidade de integralidade de ações das instituições envolvidas e da intersetorialidade da política de saúde, visando ações na viabilização de direitos sociais . E caso você participe, será necessário responder algumas questões relacionadas ao Programa de Acidentes do Trabalho. Será resguardado sigilo sobre seu nome, e será garantido todos os seus direitos como usuário da saúde da rede do SUS.

Você receberá todas as informações necessárias e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento da pesquisa, pois para garantir sigilo, serão utilizados nomes fictícios de ferramentas de trabalho na construção civil.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre, após esclarecimento

TÍTULO DO PROJETO: “O acidente do trabalho na construção civil em Uberaba/MG: um espaço de “des-construção” do humano. .

Eu _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, _____ / _____ / _____ .

Assinatura do sujeito ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Prof^ª Helen Barbosa Raiz Engler (Pesquisadora)

(0**16) 37238958 (0**16) 37111892

Cátia Silva (Pesquisadora Mestranda)

(034) 33256233 (034) 99785838

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista

INSTRUMENTO APLICADO AOS SUJEITOS COLABORADORES ACIDENTADOS DO TRABALHO, NA CONSTRUÇÃO CIVIL, ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ACIDENTES DO TRABALHO DA UFTM.

- 1 – Como você soube do Programa de Acidentes do Trabalho?

- 2 – Como você se acidentou? Qual a causa? Você foi esclarecido sobre seus direitos quando da ocorrência do acidente?

- 3 – Há quanto tempo você trabalha nesta área, e é a primeira vez que você se acidenta? Por que você acha que ocorrem os acidentes? Descreva a sua trajetória.

- 4 – Você teve algum esclarecimento no seu local de trabalho, sobre os seus direitos como trabalhador, no caso da ocorrência de acidentes do trabalho?

- 5 – Você tem algum conhecimento da política de atendimento aos acidentados do trabalho quando se refere aos órgãos: Ministério do Trabalho, Sindicato da Construção Civil, e a Previdência Social? Como funciona?

APÊNDICE D - SÚMULA CURRICULAR

1 Formação Acadêmica / Titulação:

- **Mestrado em Serviço Social**, na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP / Campus de Franca / SP.
Dissertação: Acidentes do Trabalho na construção civil em Uberaba: um espaço de (des)construção do humano.
Orientadora: Prof^a Dr^a Helen Barbosa Raiz Engler. 2008.
- **Especialização em Política Social e Prática Profissional:** Polêmicas e Propostas. Faculdades Integradas do Triângulo (FIT) em Uberlândia/MG. Obtenção título em 1988.
Monografia: O trabalho com grupo de mães de crianças em tratamento no Centro de Reabilitação Dr. Fausto da Cunha de Oliveira.
- **Aperfeiçoamento em Capacitação em Gestão Hospitalar.** Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Finalização em 2004.
- **Graduação em Serviço Social.** Faculdade de Serviço Social de Uberlândia FASSU, Brasil. Graduação em 1985.
Trabalho de Conclusão de Curso: Projeto de Desenvolvimento da Educação da Pré-Escolar - Trabalho com Grupo de Mães.
Orientadora: Prof^a Carmem Angela Fructuoso Machado.

2 Trabalho Profissional:

- 1986 - 1987 – **Assistente Social contratada na Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social de Uberaba**, trabalhando na coordenação e assessoramento técnico com grupos de mães, grupo de idosos e Associação de moradores de bairros.
- 1987 – 1990 – **Assistente Social contratada pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba, lotada no Centro de Reabilitação Dr. Fausto da Cunha de Oliveira.** Com atividades de Planejamento e implantação do Serviço Social junto à equipe multiprofissional, com atendimentos individuais, em grupos, discussão de casos em equipe, reuniões com grupos de famílias, e início do trabalho da Associação de Crianças Deficientes (ACD) de Uberaba, de sua implantação, até sua legalização.
- 1986 – 1993 – **Assistente Social, servidor público estadual estatutário concursado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, na Diretoria Regional de Saúde.** Desenvolveu as atividades: Planejamento, implantação e execução de atividades específicas do Serviço Social, junto à equipe no atendimento em saúde pública, em Programas como: tuberculose, hanseníase, e prevenção ao câncer ginecológico.
- 1990 – 1994 – **Assistente Social contratada através de concurso público municipal, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba**, desenvolvendo as seguintes atividades: Coordenação de Programas Sociais nas Unidades Básicas de Saúde; Gerência de Unidades Básicas de Saúde, após capacitação e trabalho conjunto com essas equipes, trabalho com Conselhos locais de saúde e

- Conselho distrital de saúde (1991/1993); Referência Técnica, no Nível Central, da Secretaria de Saúde, para as Unidades Básicas de Saúde.
- 2002 – 2003 – **Assistente Social contratada para prestação de serviços com autônoma pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG). Programa IPSEMG – FAMÍLIA.** Atividades: Atendimento através de uma equipe multiprofissional composta de Assistente Social, Médico, Dentista, Enfermeira e Psicóloga, aos servidores públicos estaduais ativos de 10 Instituições Estaduais, atendendo também as famílias, objetivando a prevenção de doenças, promoção da saúde, e melhoria da qualidade de vida.
 - 2005 – 2005 – **Assistente Social contratada para prestação de serviços ao Socorro e Readaptação à Mulher Vítima de Violência Doméstica - SR – MULHER - ONG.** Atividades: Trabalho com famílias, vítimas de violência doméstica e sexual, com acompanhamentos / encaminhamentos.
 - 2006 – 2008 – **Professora horista na Universidade de Uberaba (UNIUBE), no Curso de Graduação em Serviço Social.** Disciplinas ministradas: Administração e Planejamento em Serviço Social; Gestão Social; Tópicos II; Estágio de Observação II e orientação de TCC.
 - 1994 - **Assistente social, contratada através de Concurso Público Federal, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com vínculo estatutário.** Atividades desenvolvidas: Chefia do Setor de Serviço Social, por 02 anos; participou da CIPA-UFTM, por dois mandatos consecutivos, através de eleição dos servidores; e atualmente: trabalho técnico-profissional junto às equipes multidisciplinares em atendimentos em Unidade de Pronto Socorro (plantões), enfermarias das Clínicas de Ortopedia, Neurologia e Hematologia e Programas ambulatoriais de Saúde do Trabalhador – Acidentes do Trabalho (desde 2002) e Programa de Atendimento Multidisciplinar ao paciente com Esclerose Múltipla (desde 2003). Atualmente, membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Escola da UFTM, através da portaria nº 06 de 13 de março de 2007; Supervisora de Estágio de Campo, desde 2005 e membro pesquisador do Grupo de Estudo e Pesquisa em Esclerose Múltipla, desde 2004.
 - 2005 - **Assistente social contratada para prestação de serviço na Comunidade Nova Jerusalém,** trabalhando com dependência química, tendo como atividades: Trabalho em equipe multidisciplinar com dependentes químicos, em uma Comunidade Terapêutica; ressocialização/reinserção de dependentes químicos e trabalho com famílias.

3 Participação em Grupos de Estudos Científicos e/ou Grupos de Pesquisa.

- Membro do Núcleo de Pesquisa – Mentalidades e Trabalho: do Local ao Global.
- Coordenação e Líder: Profa. Dra. Helen Barbosa Raiz Engler; vinculado a UNESP – Faculdade de História, Direito e Serviço Social de Franca e Cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisas - CNPq. Período: 2006 – atual.

- Membro do Grupo de Pesquisa - Grupo de Estudo e Pesquisa em Esclerose Múltipla (GPEM). Coordenação: Profa. Dra. Sônia Beatriz Félix Ribeiro. Vinculado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM); aprovado no Comitê de Ética e cadastrado no CNPq. Período: 2006 – atual.
- Membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob a Coordenação: Prof^a Sybelle de Souza Castro Miranzi, através da Portaria n. 06 de 3 de março de 2007, da Superintendência do Hospital Escola. Uberaba – MG.

4 Participação em Banca Examinadora de Concurso Público

- Participação em Banca Examinadora de Concurso Público Federal para Assistente Social, como Membro Titular, na Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pelo Edital de n. 12, de 10 de setembro de 2003. Conforme designação da Portaria n. 174, de 24 de setembro de 2003, em Uberaba – MG.

5 Outras participações:

- Membro titular do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Uberaba (COMDICAU), como conselheira, GESTÃO 2007/2010.
- Membro da Comissão Seletiva Eleitoral, do COMDICAU, responsável pela eleição dos Conselheiros Tutelares, para o mandato de três anos 2007/2010.
- Membro do Conselho Municipal de Saúde, eleito em 2003/2006 como suplente de delegado, no Distrito Sanitário I, na classe de trabalhador da saúde.
- Membro de Comissão setorial, por classe profissional, do Conselho Municipal de Assistência Social; em 1999/2002.
- Membro do Conselho Regional de Assistentes Sociais da 6ª Região, com a sub-sede em Uberlândia, no período de 1987 a 1990, representando Uberaba.

ANEXOS

ANEXO A - Unidades de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, conta com:

- 42 equipes do Programa de Saúde da Família – PSF, atuais Unidades Saúde da Família – USF's.
- 28 Unidades Básicas de Saúde na Zona Urbana, dentre elas 06 são Unidades Matriciais de Saúde, que funcionam em três turnos.
- 07 Unidades Básicas de Saúde na Zona Rural
- 02 Unidades Regionais de Saúde – URS
- 01 Centro de Referência de Ortopedia Municipal
- 01 Unidade Especializada de Reabilitação
- 02 Unidades de Pronto Atendimento, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA'S, com funcionamento 24 horas.
- 01 Centro Diagnóstico
- 01 Ambulatório Odontológico
- 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS
- 01 Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico – CAPS'D
- 01 Centro de Referência da Infância e Adolescência – CRIA
- 01 Centro de Atenção Intensiva Saúde da Mulher – CAISM
- 01 Centro de Testagem Anônima – CTA, em Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e AIDS
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST
- 06 Farmácias Básicas do Município
- 01 Farmácia Popular
- 01 Centro de Controle de Zoonoses

ANEXO B - IDH-M de Cidades do Estado de Minas Gerais

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) 2000 dos 10 municípios mineiros com maior IDH-M

Município	Índice de Desenvolvimento Municipal (IDH-M)	Ranking por UF	Ranking Nacional
Poços de Caldas	0,841	1	69
São Lourenço	0,839	2	72
Belo Horizonte	0,839	3	80
Uberaba	0,834	4	104
Divinópolis	0,831	5	122
Timóteo	0,831	6	127
Uberlândia	0,830	7	134
Alfenas	0,829	8	144
Juiz de Fora	0,828	9	151
Pouso Alegre	0,826	10	164

Fonte: PNUD, [2003], online.

ANEXO C- Normas Regulamentadoras - NR

<u>NR 01</u>	<u>Disposições Gerais (101.000-0)</u>
<u>NR 02</u>	<u>Inspeção Prévia</u>
<u>NR 03</u>	<u>Embargo ou Interdição (103.000-0)</u>
<u>NR 04</u>	<u>Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (104.000-6)</u>
<u>NR 05</u>	<u>Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (205.000-5)</u>
<u>NR 06</u>	<u>Equipamento de Proteção individual (206.000-0/10)</u>
<u>NR 07</u>	<u>Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (107.000-2)</u>
<u>NR 08</u>	<u>Edificações (108.000-8)</u>
<u>NR 09</u>	<u>Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (109.000-3)</u>
<u>NR 10</u>	<u>Instalações e Serviços em Eletricidade (110.000-9)</u>
<u>NR 11</u>	<u>Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais (111.000-4)</u>
<u>NR 12</u>	<u>Máquinas e Equipamentos (112.000-0)</u>
<u>NR 13</u>	<u>Caldeiras e Vasos de Pressão (113.000-5)</u>
<u>NR 14</u>	<u>Fornos (114.000-0)</u>
<u>NR 15</u>	<u>Atividades e Operações Insalubres</u>
<u>NR 16</u>	<u>Atividades e Operações Perigosas (116.000-1)</u>
<u>NR 17</u>	<u>Ergonomia (117.000-7)</u>
<u>NR 18</u>	<u>Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção (118.000-2)</u>
<u>NR 19</u>	<u>Explosivos (119.000-8)</u>
<u>NR 20</u>	<u>Líquidos combustíveis e inflamáveis (120.000-3)</u>
<u>NR 21</u>	<u>Trabalhos a Céu Aberto (121.000-9)</u>
<u>NR 22</u>	<u>Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração (122.000-4)</u>
<u>NR 23</u>	<u>Proteção Contra Incêndios (123.000-0)</u>
<u>NR 24</u>	<u>Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho (124.000-5)</u>
<u>NR 25</u>	<u>Resíduos Industriais (125.000-0)</u>
<u>NR 26</u>	<u>Sinalização de Segurança (126-000-6)</u>
<u>NR 27</u>	<u>Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no Ministério do Trabalho (127.000-1) - Status: Revogado</u>
<u>NR 28</u>	<u>Fiscalização e Penalidades</u>
<u>NR 29</u>	<u>Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Portuário</u>
<u>NR 30</u>	<u>Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário</u>
<u>NR 31</u>	<u>Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura</u>
<u>NR 32</u>	<u>Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde</u>
<u>NR 33</u>	<u>Segurança e Saúde nos Trabalhos em Espaços Confinados</u>

<u>NRR 1</u>	<u>Disposições Gerais (151.000-2) - Status: Revogado</u>
<u>NRR 2</u>	<u>Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural - SEPATR (152.000-8) - Status: Revogado</u>
<u>NRR 3</u>	<u>Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural CIPATR(153.000-3) - Status: Revogado</u>
<u>NRR 4</u>	<u>Equipamento de Proteção Individual - EPI (154.000-9) - Status: Revogado</u>
<u>NRR 5</u>	<u>Produtos Químicos (155.000-4) - Status: Revogado</u>

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego

ANEXO D - Lei Eloy Chaves

DECRETO N. 4.682 - DE 24 DE JANEIRO DE 1923 - DOU DE 28/01/1923 - LEI ELOY CHAVES



Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA dos Estados Unidos do Brasil:
Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte:

Art. 1º Fica creada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.

Art. 2º São considerados empregados, para os fins da presente lei, não só os que prestarem os seus serviços mediante ordenado mensal, como os operarios diaristas, de qualquer natureza, que executem serviços de caracter permanente.

Paragrapho único. Consideram-se empregados ou operarios permanentes os que tenham mais de seis mezes de serviços continuos em uma mesma empresa.

Art. 3º Formarão os fundos da Caixa a que se refere o art. 1º:

- a) uma contribuição mensal dos empregados, correspondente a 3% dos respectivos vencimentos;
- b) uma contribuição annual da empresa, correspondente a 1% de sua renda bruta;
- c) a somma que produzir um augmento de 1,5% sobre as tarifas da estrada de ferro;
- d) as importancias das joias pagas pelos empregados na data da criação da caixa e pelos admitidos posteriormente, equivalentes a em mez de vencimentos e pagas em 24 prestações mensaes;
- e) as importancias pagas pelos empregados correspondentes à diferença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou aumentados de vencimentos, pagas tambem em 24 prestações mensaes;
- f) o importe das sommas pagas a maior e não reclamadas pelo público dentro do prazo de um anno;
- g) as multas que atinjam o público ou o pessoal;
- h) as verbas sob rubrica de venda de papel velho e varreduras;
- i) os donativos e legados feitos à Caixa;
- j) os juros dos fundos accumulados.

Art. 4º As empresas ferroviárias são obrigadas a fazer os descontos determinados no art. 3º, letras "a", "d" e "e" nos salarios de seus empregados, depositando-os mensalmente, bem como as importancias resultantes das rendas creadas nas letras "c", "f", "g" e "h" do mesmo artigo, em banco escolhido pela administração da Caixa sem dedução de qualquer parcella.

Art. 5º As empresas ferroviárias entrarão mensalmente para a Caixa, por conta da contribuição estabelecida na letra "b", do art. 3º, com uma somma equivalente à que produzir o desconto determinado na letra "a" do mesmo artigo. Verificado annualmente quanto produziu a renda bruta da estrada, entrará esta com a diferença se o resultado alcançado pela quota de 1% for superior ao desconto nos vencimentos do pessoal. Em caso contrario, a empresa nada terá direito a haver da Caixa, não sendo admissível, em caso algum, que a contribuição da empresa seja menor que a de seu pessoal.

Art. 6º Os fundos e as rendas que se obtenham por meio desta lei serão de exclusiva propriedade da Caixa e se destinarão aos fins nella determinados.

Em nenhum caso e sob pretexto algum, poderão esses fundos ser empregados em outros fins, sendo nullos os actos que isso determinarem sem prejuizo das responsabilidades em que incorram os administradores da Caixa.

Art. 7º Todos os fundos da Caixa ficarão depositados em conta especial no Banco, escolhido de acordo com o art. 4º, salvo as sommas que o Conselho de Administração fixar como indispensáveis para os pagamentos correntes, e serão applicados, com previa resolução do Conselho de Administração para cada caso na aquisição de títulos de renda nacional ou estadual, ou que tenha a garantia da Nação ou dos Estados.

Paraphographo único. Não serão adquiridos títulos de Estado que tenha em atrazo o pagamento de suas dívidas.

Art. 8º Os bens de que trata a presente lei não são sujeitos a penhora ou embargo de qualquer natureza.

Art. 9º Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuido para os fundos da Caixa com os descontos referidos no art. 3º letra "a" terão direito:

1. a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;
2. a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
3. aposentadoria;
4. a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Art. 10. A aposentadoria será ordinária ou por invalidez.

Art. 11. A importância da aposentadoria ordinária se calculará pela média dos salarios percebidos durante os últimos cinco annos de serviço, e será regulada do seguinte modo:

1. até 100\$000 de salario, 90/100;
2. salario entre 100\$000 e 300\$000, 90\$000 mais 75/100 da differença entre 101 e 300\$000;
3. salario de mais de 300\$000 até 1:000\$000, 250\$000 e mais 70/100 da differença entre 301\$000 e a importância de 1:000\$000;
4. salario de mais de 1:000\$000 até 2:000\$000, 250\$000 e mais 65/100 da differença entre 301\$000 e a importância de 2:000\$000;
5. salario de mais de 2:000\$000, 250\$000 e mais 60/100 da differença entre 301\$000 e a importância do salario.

Art. 12. A aposentadoria ordinária de que trata o artigo antecedente compete:

- a) completa, ao empregado ou operario que tenha prestado, pelo menos, 30 annos de serviço e tenha 50 annos de idade;
- b) com 25% de redução, ao empregado ou operario que, tendo prestado 30 annos de serviço, tenha menos de 50 annos de idade;
- c) com tantos trinta avos quanto forem os annos de serviço até o máximo de 30, ao empregado ou operario que, tendo 60 ou mais annos de idade, tenha prestado 25 ou mais, até 30 annos de serviço.

Art. 13. A aposentadoria por invalidez compete, dentro das condições do art. 11, ao empregado que, depois de 10 annos de serviço, for declarado physica ou intellectualmente impossibilitado de continuar no exercício do emprego ou de outro compativel com a sua actividade habitual ou preparo intellectual.

Art. 14. A aposentadoria por invalidez não será concedida sem previo exame do médico ou médicos designados pela administração da Caixa, em que se comprove a incapacidade allegada, ficando salvo à administração proceder a quaesquer outras averiguações que julgar convenientes.

Art. 15. Nos casos de acidente de que resultar para o empregado incapacidade total permanente, terá elle direito à aposentadoria, qualquer que seja o seu tempo de serviço.

Paragrapho único. Quando a incapacidade for permanente e parcial, a importância da aposentadoria será calculada na proporção estabelecida pela tabella annexa ao regulamento baixado com o Decreto nº 13.498, de 12 de março de 1919.

Art. 16. Nos casos de acidente de que resultar para o empregado incapacidade temporária, total ou parcial, receberá o mesmo da Caixa indenização estabelecida pela Lei número 3.724, de 15 de janeiro de 1919.

Art. 17. Não se concederá aposentadoria, em nenhum caso, por invalidez, aos que a requeiram depois de ter deixado o serviço da respectiva empresa.

Art. 18. Os empregados ou operarios que forem declarados dispensados por serem prescindiveis os seus serviços ou por motivo de economia, terão direito de continuar a contribuir para a Caixa, se tiverem mais de cinco annos de serviço, ou a receber as importancias com que para ella entraram.

Art. 19. As aposentadorias por invalidez serão concedidas em character provisorio e ficarão sujeitas à revisão.

Art. 20. O direito de pedir aposentadoria ordinária se extingue quando se completarem cinco annos da sahida do empregado ou operario da respectiva empresa.

Art. 21. A aposentadoria é vitalícia e o direito a percebe-la só se perde por causa expressa nesta lei.

Art. 22. O aposentado por incapacidade permanente e parcial, cujos serviços tenham sido utilizados em outro emprego, perceberá, além do salario, a fracção da aposentadoria. Se alcançar os annos de serviço para obter a aposentadoria ordinária ser-lhe-á concedida aposentadoria definitiva, igual ao total da ordinária que corresponda ao salario do seu novo emprego mais a fracção da aposentadoria por invalidez que tenha percebido.

Art. 23. Para os effeitos da aposentadoria só se levarão em conta os serviços effectivos, ainda que não sejam continuos, durante o número de annos requeridos e prestados em uma ou em mais de uma emprêsa ferroviária.

Quando a remuneração do trabalho for paga por dia, calcular-se-á um anno de serviço para cada 250 dias de serviço effectivo e se tiver sido por hora dividir-se-á por oito o número de horas para estabelecer o número de dias do trabalho effectivo.

Art. 24. A fracção que no prazo total de antiguidade exceder a seis mezes será calculada por um anno inteiro.

Art. 25. Não poderão ser aposentados os que forem destituídos dos seus logares por mão desempenho de seus deveres no exercicio dos seus cargos. A elles serão, porém, restituídas as contribuições com que entraram.

Art. 26. No caso de fallecimento do empregado aposentado ou do activo que contar mais de 10 annos de serviços effectivos nas respectivas empresas, poderão a viúva ou viúvo inválido, os filhos e os paes e irmãos enquanto solteiras, na ordem da successão legal, requerer pensão à Caixa creada por esta lei.

Art. 27. Nos casos de acidente de trabalho têm os mesmos beneficiarios direito à pensão, qualquer que seja o número de annos do empregado fallecido.

Art. 28. A importancia da pensão de que trata o art. 26 será equivalente a 50% da aposentadoria percebida ou a que tinha direito o pensionista, e de 25% quando o empregado falecido tiver mais de 10 e menos de 30 annos de serviço effectivo.

Paragrapho único. Nos casos de morte por acidente, a proporção será de 50%, qualquer que seja o número de annos de serviço do empregado fallecido.

Art. 29. Por fallecimento de qualquer empregado ou operario, qualquer que tenha sido o número de annos, em trabalho prestado, seus herdeiros terão direito de receber da Caixa, immediatamente, um peculio em dinheiro de valor correspondente à somma das contribuições com que o fallecido houver entrado para a Caixa, não podendo esse peculio exceder o limite de 1.000\$000.

Art. 30. Não se accumularão duas ou mais pensões ou aposentadorias. Ao interessado cabe optar pela que mais lhe convenha, e, feita a opção, ficará excluido o direito às outras.

Art. 31. As aposentadorias e pensões serão concedidas pelo Conselho de Administração da Caixa, perante o qual deverão ser solicitadas, acompanhadas de todos os documentos necessários para a sua concessão. Da decisão do Conselho contrária à concessão da aposentadoria ou pensão haverá recurso para a juiz de direito do civil da comarca onde tiver séde a empresa. Onde houver mais de uma Vara, competirá à primeira. Esse processos terão marcha summaria e correrão independente de quaesquer custas e sellos.

Art. 32. Logo que seja creado o Departamento Nacional do Trabalho, competirá ao respectivo director o julgamento de quaesquer recursos das decisões do Conselho de Administração das Caixas de pensões e aposentadorias.

Art. 33. Extingue-se o direito à pensão:

1. para a viúva ou viúvo, ou paes quando contrahirem novas núpcias;
2. para os filhos desde que completarem 18 annos;
3. para as filhas ou irmãs solteiras, desde que contrahirem matrimônio;
4. em caso de vida deshonesta ou vagabundagem do pensionista.

Paragrapho único. Não tem direito à pensão a viúva que se achar divorciada ao tempo do fallecimento.

Art. 34. As aposentadorias e pensões de que trata a presente lei não estão sujeitas a penhora e embargo e são inalienáveis. Será nulla toda a venda, cessão ou constituição de qualquer onus que recahia sobre ellas.

Art. 35. As empresas ferroviárias são obrigadas a fornecer ao Conselho de Administração da Caixa todas as informações que lhes forem por esta solicitadas sobre o pessoal.

Art. 36. As empresas ferroviárias que não depositarem no devido tempo, ou pela forma estatuida nesta lei, as quantias a que estão obrigadas a concorrer para a criação e manutenção da Caixa incorrerão na multa de 1:000\$000 por dia de demora, até que effectuem o depósito. O Conselho de Administração da Caixa terá autoridade para promover perante o Poder Executivo ou perante o Poder Judiciário e effectivação dessas obrigações.

Art. 37. O Conselho de Administração publicará, annualmente, até o dia 30 de março de cada anno, um relatorio e balanço dando conta do movimento da Caixa no anno anterior.

Art. 38. A Caixa organizará um recenseamento dos empregados compreendidos na presente lei e um estudo documentado sobre as bases técnicas em que estiver operando dentro dos três primeiros anos da sua vida, de modo a poder propor as modificações que julgar convenientes.

Art. 39. As aposentadorias e pensões poderão ser menores do que as estabelecidas nesta lei se os fundos da Caixa não puderem suportar os encargos respectivos e enquanto permaneça a insuficiência desses recursos.

Parapho único. Nos casos de acidente, quando os fundos da Caixa não forem suficientes para o pagamento da aposentadoria ou pensão, conforme as taxas estabelecidas na presente lei, poderão sempre o empregado ou seus sucessores optar pelo recebimento das indenizações estabelecidas na lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, que, nesses casos, ficarão a cargo das empresas ferroviárias.

Art. 40. O Conselho de Administração da Caixa de Aposentadorias e Pensões nomeará o pessoal necessário aos serviços da mesma e marcará os respectivos vencimentos.

Os membros do Conselho de Administração, desempenharão as suas funções gratuitamente.

Art. 41. A Caixa de Aposentadorias e Pensões dos ferroviários será dirigida por um Conselho de Administração, de que farão parte o superintendente ou inspetor geral da respectiva empresa, dois empregados do quadro - o caixa e o pagador da mesma empresa - e mais dois empregados eleitos pelo pessoal ferroviário, de três em três anos, em reunião convocada pelo superintendente ou inspetor da empresa ferroviária.

Será presidente do Conselho o superintendente ou inspetor geral da empresa ferroviária.

Parapho único. Se for de nacionalidade estrangeira o superintendente ou inspetor geral da empresa, será substituído no Conselho pelo funcionário de categoria imediatamente inferior que seja brasileiro.

Art. 42. Depois de 10 anos de serviços efectivos, o empregado das empresas a que se refere a presente lei só poderá ser demitido no caso de falta grave constatada em inquerito administrativo, presidido por um engenheiro da Inspectoria e Fiscalização das Estradas de Ferro.

Art. 43. As empresas a que se refere a presente lei fornecerão a cada um dos empregados uma caderneta de nomeação, de que, além da identidade do mesmo empregado, constarão a natureza das funções exercidas, a data de nomeação e promoções e vencimentos que percebe.

Art. 44. Os aposentados e pensionistas que residirem no estrangeiro só perceberão a sua pensão se forem especialmente autorizados pela Administração da Caixa.

Art. 45. Aos empregados chamados ao serviço militar serão pagos pelas empresas mencionadas no art. 1º, 50% do respectivo vencimento, pelo período em que durar aquelle serviço.

Art. 46. São, para os fins da presente lei, considerados empregados funcionários os funcionários das contadorias centrais das estradas de ferro.

Art. 47. A partir da entrada em execução da presente lei e para os fins nella visados ficam augmentadas de 1½% as tarifas das estradas de ferro.

Art. 48. Se dentro de sessenta dias após a sua publicação não for regulamentada a presente lei, entrará ella em vigor independente de regulamentação.

Art. 49. Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923; 102º da Independência e 35º da Republica.

ARTHUR DA SILVA BERNARDES
Miguel Calmon du Pin e Almeida
Francisco Sá

NOTA: Foi respeitada a ortografia do original.

DR. ELOY CHAVES

O Dr. Eloy Chaves nasceu em Pindamonhagaba, São Paulo, em 27 de dezembro de 1875, filho do Sr. José Guilherme de Miranda Chaves e de D. Cândida Marcondes de Miranda Chaves. Fêz o curso secundário no Colégio Pedro II, diplomando-se em Direito em 1896, pela Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, na capital paulista. Aos 20 anos, era Promotor Público em São Roque, transferindo-se, depois, para Jundiaí, onde advogou, fundou o Colégio Santo Antônio e iniciou sua carreira política, elegendo-se vereador. Mais tarde, como Deputado Federal, ocupou postos de relevância, entre os quais o de Presidente da Comissão de Marinha de Guerra. De 1913 a 1918 foi Secretário de Estado dos Negócios da Justiça e Segurança Pública, nos governos do Conselheiro Rodrigues Alves e de Altino Arantes.

Homem lúcido e de espírito empreendedor, teve atuação decisiva no surto de progresso de São Paulo, notadamente de cidades do interior, nas quais deixou a marca de sua capacidade realizadora. Em 1902, com José Teles, Edgar de Sousa e Aguiar de Andrade organizou a Empresa Elétrica de Jundiaí, mais tarde, em 1927, transferida para a "Light". Antes disso, em maio de 1912, adquiriu com outros companheiros a Central Elétrica Rio Claro, transformada, de pequena empresa com apenas uma usina, na maior companhia de eletricidade de capital nacional. Impulsionado por sua capacidade de realização, fundaria, em 1944, a Empresa Elétrica de Itapura, que absorveu, dando maiores dimensões, a empresa de Andradina. Com a construção posterior de uma usina na Salto do Itapura, feita com imensos sacrifícios, beneficiou extensa região de São Paulo e de Mato Grosso, em cuja divisa a usina se situava. Com mais de 56 anos de sua fecunda existência dedicados ao setor de eletricidade, Eloy Chaves foi, também, agricultor e pecuarista de idéias avançadas e um dos grandes incentivadores da indústria de cerâmica em São Paulo, como fundador da Cia. Cerâmica Jundiaense.

O Dr. Eloy Chaves faleceu em São Paulo no dia 18 de abril de 1964

ANEXO E - Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

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

I - EMITENTE						
Empregador						
3- Razão Social /Nome <input type="text"/>						
4- Tipo <input type="text"/>	1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT <input type="text"/>	5- CNAE <input type="text"/>	6- Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>			
Complemento (continuação) <input type="text"/>		Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7- Município <input type="text"/>	8-UF <input type="text"/>	9- Telefone <input type="text"/>
Acidentado						
10- Nome <input type="text"/>						
11- Nome da mãe <input type="text"/>						
12- Data de nasc. <input type="text"/>	13- Sexo <input type="text"/>	14- Estado civil <input type="text"/>	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão <input type="text"/>	16- UF <input type="text"/>	17- Remuneração Mensal <input type="text"/>	
		1- Masc. 3- Fem.	1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado			
18- Carteira de Indentidade <input type="text"/>		Data de emissão <input type="text"/>	Orgão Expedidor <input type="text"/>	19- UF <input type="text"/>	20- PIS/PASEP/NIT <input type="text"/>	
21- Endereço - Rua/Av/ <input type="text"/>						
Bairro <input type="text"/>		CEP <input type="text"/>	22- Município <input type="text"/>	23- UF <input type="text"/>	24- Telefone <input type="text"/>	
25- Nome da ocupação <input type="text"/>		26- CBO <input type="text"/>	27- Filiação à Previdência Social <input type="text"/>	28- Aposentado? <input type="text"/>	29-Áreas <input type="text"/>	
		consulte CBO	1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente	1- sim 2- não	1- Urbana 2- Rural	
Acidente ou Doença						
30- Data do acidente <input type="text"/>	31- Hora do acidente <input type="text"/>	32- Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>		33- tipo <input type="text"/>	34- Houve afastamento? <input type="text"/>	
				1-Típico 2- Doença 3- Trajeto	1-sim 2-não	
35- Último dia trabalhado <input type="text"/>		36- Local do acidente <input type="text"/>	37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>		38- CGC/CNPJ <input type="text"/>	39- UF <input type="text"/>
40-Município do local do acidente <input type="text"/>		41-Parte(s) do corpo atingida(s) <input type="text"/>		42- Agente causador <input type="text"/>		
43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença <input type="text"/>				44- Houve registro policial ? <input type="text"/> 1- sim 2- não		
				45- Houve morte ? <input type="text"/> 1- sim 2- não		
Testemunhas						
46- Nome <input type="text"/>						
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp. <input type="text"/>						
Bairro <input type="text"/>		CEP <input type="text"/>	48- Município <input type="text"/>		49- UF <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>

50- Nome _____				
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp. _____				
Bairro _____	CEP _____	52- Município _____	53- UF _____	Telefone _____
Local e data _____		Assinatura e carimbo do emitente _____		
II - ATESTADO MÉDICO Deve ser preenchido por profissional médico.				
Atendimento				
54- Unidade de atendimento médico _____			55-Data _____	56- Hora _____
57- Houve internação 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento _____ dias	59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1-sim 2-não		
Lesão				
60- Descrição e natureza da lesão _____				
Diagnóstico				
61- Diagnóstico provável _____			62- CID-10 _____	
63- Observações: _____ _____ _____				
Local e data _____		Assinatura e carimbo do médico com CRM _____		
III - INSS				
64- Recebida em _____	65- Código da Unidade _____	66-Número do CAT _____	Notas: 1- A inexactidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.	
67- Matrícula do servidor _____ Matricula _____ Assinatura do servidor _____				
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO				

Instruções de Preenchimento

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)