

## INCORPORAÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL À REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE

Diogo Pupo Nogueira\*

---

NOGUEIRA, D. P. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 18: 495-509, 1984.

**RESUMO:** Os trabalhadores em geral constituem uma das frações mais importantes das comunidades e a proteção à sua saúde é elemento indispensável para o desenvolvimento social e econômico dos países. Muito tem sido feito, em todo o mundo, para proteger os trabalhadores contra acidentes do trabalho e doenças profissionais, mas muito pouco tem sido feito no sentido de se estudar o efeito do trabalho sobre doenças de natureza não-profissionais. Essa situação é especialmente grave quando se considera os trabalhadores de médias e pequenas empresas e os trabalhadores rurais que, em geral, não têm acesso aos centros de saúde ocupacional e que procuram atendimento para seus problemas de saúde na rede primária de saúde. Tal situação levou a Organização Mundial da Saúde a propor, a todos os países, especialmente os em desenvolvimento, que desenvolvam programas especiais de proteção à saúde dos trabalhadores a serem levados a efeito pela rede geral de saúde, especialmente pelos Centros de Saúde, quando existentes. São apresentados exemplos de planos-piloto já realizados em alguns países em desenvolvimento, e mesmo no Brasil, recomendando-se que o Brasil passe a adotar essa estratégia para proteger integralmente a saúde de seus trabalhadores conforme o propõe aquela agência internacional.

**UNITERMOS:** Serviços de saúde ocupacional. Assistência médica primária.

---

A saúde ocupacional nasceu com a Revolução Industrial e é, em grande parte, fruto dos movimentos trabalhistas ingleses que, principalmente após o "Massacre de Peterloo", resultou, em 1802, na primeira lei de proteção aos trabalhadores, a "Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes". Não obedecida, por falta de um organismo fiscalizador, resultou, finalmente, na "Lei das Fábricas" de 1833, onde se cria o "Inspetorado de Fábricas", órgão governamental que, pela primeira vez entra no interior das fábricas para verificar se a saúde do trabalhador estava sendo protegida contra os agravos do trabalho. Inicia-se, assim, a conscientização da importância da saúde ocupacional que, finalmente, tem seus objetivos definidos em

1957 pela Comissão Mista da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber<sup>2</sup>:

"A Saúde Ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho".

---

\* Do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01255 - São Paulo, SP, Brasil.

A saúde pública, por sua vez, nasce realmente em 1854, com o trabalho epidemiológico pioneiro de Snow localizando no poço da Broad Street de Londres a origem da epidemia de cólera que atingia um bairro dessa cidade e consolida-se durante a chamada "era bacteriológica" que se inicia em 1875 com a descoberta das bactérias por Pasteur, o aparecimento da vacinação apoiada em dados científicos e o desenvolvimento dos instrumentos básicos de Saúde Pública: a epidemiologia, a estatística, a administração, o saneamento do meio, a educação sanitária e a aplicação a esse ramo do conhecimento humano das ciências sociais. Surge, pois, a perfeita conscientização da imensa importância da saúde pública sobre as comunidades humanas que, na clássica definição de Winslow<sup>13</sup> é a:

"... ciência é a arte de prevenir a doença, prolongando a vida e promovendo a saúde física e a eficiência. . ."

entendendo-se que, como bem a define a Organização Mundial da Saúde, a

"saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim o completo bem estar físico, mental e social do indivíduo".

A comparação desses dois conceitos revela que a saúde ocupacional é, na realidade, parte integrante da saúde pública, uma vez que esta indubitavelmente engloba os objetivos daquela proposta pela Comissão Mista OIT-OMS<sup>2, 9</sup>.

No entanto, através dos anos tem-se notado existir uma dicotomia bem evidente, pela qual os que praticam a saúde pública em regra não se preocupam com os problemas da saúde ocupacional. Por outro lado, os que esta praticam nem sempre o fazem dentro dos preceitos estabelecidos pela saúde pública. Disso resulta uma separação totalmente artificial entre saúde pública e saúde ocupacional, com evidente prejuízo para a microcomunidade trabalhadora que, não obstante estar incluída dentro da macrocomunidade, é muitas vezes completamente esquecida por aqueles que zelam pela saúde pública desta última.

No entanto, o trabalhador permanece apenas 8 horas diárias como membro da mi-

crocomunidade; nas 16 horas restantes é parte integrante da macrocomunidade que, através da sua rede de saúde, deve propiciar-lhe os cuidados preventivos de que necessita e a promoção da sua saúde física e da sua eficiência mesmo quando estas são produto das ações nocivas de agentes que existem na microcomunidade. Por outro lado, estes mesmos agentes podem, por intermédio dos próprios trabalhadores, agir nocivamente sobre participantes da macrocomunidade que não se incluem na microcomunidade como, por exemplo, a família desses trabalhadores.

É por essa razão que a OMS vem se preocupando seriamente com essa nociva dicotomia que foi artificialmente criada e que deve desaparecer para benefício da saúde das populações. Nesse sentido, uma série de ações vêm sendo tomadas por aquela agência internacional com o objetivo específico de dar assistência à saúde do trabalhador no seu sentido mais amplo possível.

Em 1979, a Assembléia Mundial de Saúde, através da sua Resolução 32.14<sup>8</sup>, assinalava a urgente necessidade de se cuidar da melhor forma possível da saúde dos trabalhadores através de programas especiais para esse setor tão importante da comunidade.

Em 1980, a mesma Assembléia, através da sua Resolução 33.31<sup>7</sup>, solicitava ao Diretor Geral da OMS que desse apoio decisivo a esta última no sentido de promover a melhoria das condições de vida e trabalho de trabalhadores agrícolas, industriais e mineiros, principalmente nos países em desenvolvimento, lembrando a existência entre eles de grupos especialmente vulneráveis como os trabalhadores menores, do sexo feminino e migrantes.

A nível regional, a Resolução XXXII, da XX Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-americana de Saúde<sup>7</sup> (OPAS) solicita que o Diretor desta, estenda — dentro dos limites orçamentários — à sua ação sobre os Governos no sentido de dar apoio aos programas existentes de saúde ocupacional de acordo com a evolução industrial de cada país, dando especial atenção ao treinamento de pessoal técnico, à realização de levantamentos sistemáticos e de controle do pessoal

técnico e avaliação periódica dos programas já em desenvolvimento.

Por outro lado, a Resolução XI do XXVIII Encontro do Conselho Diretor da Organização Pan-americana de Saúde<sup>8</sup>, que aprova o "Plano de Ação para a Implementação da Estratégias Regionais HFA/2000", considera os trabalhadores como um "grupo especial" ao qual deve ser dada a mais alta prioridade. Tal ponto de vista foi confirmado pela Assembléia Mundial da Saúde quando aprovou a estratégia global para o HFA/2000 (Resolução 34.36)<sup>8</sup>.

A importância do assunto levou a OPAS, em 1983, a reunir um grupo de consultores incumbido de preparar um documento básico sobre o assunto<sup>7</sup>. Esse Grupo elaborou um "Programa de Saúde do Trabalhador", cujo objetivo geral é o de contribuir para a proteção e a promoção da saúde dos trabalhadores, através do desenvolvimento ou do reforço, a nível nacional, dos programas de saúde cuja cobertura e conteúdo permitam a identificação, a avaliação e o controle eficiente de fatores e condições relacionadas ao trabalho e que sejam responsáveis por efeitos adversos sobre a saúde.

Dentro desse programa, constitui ponto importante a execução, por parte da rede geral de saúde, de ações de saúde ocupacional. Assim, "... o principal enfoque estratégico da OPAS/OMS. . . é o de cooperar com os países da região de forma tal que a introdução de ações de saúde ocupacional na rede de saúde e nos programas de saúde seja objeto da política de saúde desses países e que tais ações sejam adequadamente implantadas ou fortalecidas".

Com o intuito de discutir o problema, a Organização Pan-americana da Saúde reuniu em Campinas (São Paulo)<sup>11</sup>, no período de 12 a 15 de março de 1984, representantes de 10 países latino-americanos para participarem de um Seminário sobre o assunto, com os seguintes objetivos:

1. Discutir as implicações doutrinárias e práticas das inter-relações entre saúde pública e serviços de saúde.

2. Identificar e comparar experiências e modelos adotados em diferentes países da

região no que se refere à introdução de ações de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde.

3. Discutir mecanismos e propor estratégias para alcançar a reprodutibilidade das experiências já havidas na região.

As considerações feitas a seguir terão como base os trabalhos apresentados nesse Seminário.

No período de 13 a 16 de abril de 1982, um Grupo de Trabalho da OMS, reunido em Genebra (Suíça)<sup>14</sup>, dedicou especial atenção à assistência primária à saúde da população trabalhadora. Nessa ocasião, o Grupo afirmava que "... a preocupação básica dos serviços de saúde ocupacional tem sido tradicionalmente a saúde do trabalhador em relação às suas condições de trabalho. . ." mas "... a tendência moderna é a de ampliar essa preocupação básica, considerando a saúde dos trabalhadores como um todo e desenvolvendo parâmetros para a sua integração nos serviços de saúde dos países. . .".

A preocupação maior dos atuais sanitaristas é com dois grupos importantes de trabalhadores: os empregados na agricultura e aqueles das pequenas empresas; estas, particularmente, empregam cerca de 70% da força de trabalho mundial. Assim, são problemas importantes desses dois grupos:

1. Problemas de Saúde e de segurança são freqüentemente muito sérios.

2. Apresentam problemas econômicos maiores e, geralmente, não estão organizados em muitos países.

3. Na maior parte das vezes não estão cobertos pela legislação relativa à segurança e à saúde ocupacional.

4. A rede de serviços de saúde tanto urbana como rural, em muitos países, ou não dá atenção aos seus problemas de saúde ocupacional ou fazem-no de forma mínima.

Como destaca Sandoval<sup>10</sup>, torna-se necessário, pois, "... passar do conceito de saúde ocupacional para o de saúde dos trabalhadores para enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, onde se conjuguem fatores econômicos, culturais e individuais para que se possa produzir um resultado que é a saúde de uma sociedade, de um país, de

um continente. . .”. Isso decorre de uma série de circunstâncias que serão mencionadas a seguir.

Nos últimos anos os países em desenvolvimento procuraram criar um programa para alcançar o seu desenvolvimento econômico; esse objetivo, porém, não foi alcançado na maioria dos casos e resultou freqüentemente em problemas maiores que aqueles que deveriam ter sido solucionados.

A estratégia de desenvolvimento daqueles países resultou em migração rural-urbana e o surgimento de grandes grupos populacionais marginalizados, que se aglomeram na periferia dos grandes centros urbanos; a industrialização realizada não gerou a grande quantidade de empregos que prometia, enquanto que a modernização agrícola permitiu diminuir a mão de obra gerando tensões sociais de suma gravidade. Esse modelo de desenvolvimento “quebra estruturas tradicionais e agrava os problemas sociais porque está baseado em uma maximização dos benefícios econômicos a curto prazo. . .” pelo que “ . . . só logram algum benefício os setores de trabalhadores diretamente empregados nos setores produtivos mais avançados”<sup>10</sup>.

Por outro lado, esse modelo de desenvolvimento econômico faz com que “. . . os programas de saúde ocupacional sejam dirigidos de forma a proporcionar cobertura àqueles grupos de trabalhadores empregados nos setores mais dinâmicos da economia dos países. . .” daí resultando que “. . . esta estratégia permitiu oferecer uma cobertura a um setor reduzido da população economicamente ativa que, em geral, por pertencer a empresas maiores e melhor organizadas, tem acesso aos salários mais elevados, é beneficiário da Previdência Social e possui as organizações sindicais mais poderosas”<sup>10</sup>.

“Por outro lado, há uma grande massa de trabalhadores de médias e pequenas empresas, artesões, produtores familiares e individuais, empregados do setor terciário e, sobretudo, a grande maioria dos trabalhadores rurais que não tem cobertura dos riscos ocupacionais, particularmente na prevenção destes”<sup>10</sup>.

Destaca ainda Sandoval<sup>10</sup> que a industria-

lização e o desenvolvimento agrícola dos países em desenvolvimento se fez através da importação de técnicas, métodos de trabalho, maquinária, e outros, para os quais o trabalhador, originário destes países, foi preparado através de métodos educativos graduais; isso não ocorreu com os países em desenvolvimento, daí decorrendo o aumento do número de acidentes do trabalho e de doenças profissionais, sendo exemplo . . . . “a entrega indiscriminada de agrotóxicos a trabalhadores do campo que ignoram seu efeito nocivo sobre o homem”. Os trabalhadores devem enfrentar a situação de aceitar as condições de insalubridade que em alguns países — entre eles, infelizmente, o Brasil — leva os trabalhadores menos esclarecidos a procurar exatamente as atividades laborativas que ofereçam maior risco.

A legislação referente à saúde ocupacional geralmente limita-se a estabelecer quais as doenças que resultam diretamente do trabalho executado, pela ação de agentes mecânicos, físicos, químicos e biológicos. “Porém, hoje em dia deparamos com condições que não se enquadram nos critérios de doença profissional, mas que são fatores patogênicos que influem sobre a saúde da população trabalhadora e provocam patologia inespecífica que não reconhece uma etiologia única. Exemplo dessa condição é a hipertensão arterial que se encontra com maior freqüência em algumas categorias sócio-profissionais (por exemplo: condutores de veículos de transporte coletivo) do que na população geral”<sup>10</sup>.

Os profissionais de saúde não têm, em regra, formação adequada em saúde ocupacional. Tanto no Brasil como em outros países em desenvolvimento, são poucas as escolas médicas que oferecem a disciplina isolada de medicina do trabalho, resultando no fato de que os futuros profissionais ou não têm nenhum conhecimento dessa área da medicina ou apenas conhecem um ou outro dos seus múltiplos aspectos. Como bem afirma Sandoval<sup>10</sup>. . . assim como as condições de trabalho podem modificar a evolução de patologias comuns ou ser fator importante para o seu desencadeamento, as condições

de vida e de saúde externas ao trabalho condicionam também a aparição e a evolução de doenças comuns". Especialmente quando os trabalhadores são pessoas que migraram de áreas rurais para áreas urbanas, neles "... se encontram alta prevalência de parasitoses intestinais e externas, malnutrição, más condições de habitação, inadaptação ao modo de vida urbano e outras patologias derivadas do baixo nível de vida e que os fazem mais susceptíveis aos agentes patogênicos que se encontram no seu local de trabalho. . . Esta é a "carga dupla" dos trabalhadores de países em desenvolvimento. . .".

Um exemplo excelente dessa "carga dupla" a que se refere aquele autor é encontrado no estabelecimento dos chamados "limites de tolerância", ou seja, as concentrações ponderadas pelo tempo de exposição a substâncias nocivas durante o tempo de trabalho que não agem adversamente contra a saúde dos trabalhadores. Na ausência de estudos epidemiológicos, toxicológicos, entre outros, em países em desenvolvimento, nestes se adotam os limites estabelecidos para populações norte-americanas ou européias. É óbvio que um determinado limite de tolerância que não afeta a saúde de um trabalhador anglo-saxão bem nutrido, com boas condições de moradia e nível salarial satisfatório, não pode ser aplicado para, por exemplo, um trabalhador provindo do Nordeste brasileiro, portador de doenças endêmicas, subnutrido, em condições miseráveis de habitação e ganhando salário muito baixo. É de se imaginar que uma insuficiência protéica alimentar possa tornar o organismo de um trabalhador mais apto a ser lesado do que quando o aporte protéico é satisfatório.

É por essa razão que Sandoval<sup>10</sup> assinala que "... a incorporação de atividades de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde é praticamente a única via que existe para outorgar uma cobertura abrangente da população, no que se refere à prevenção dos riscos profissionais, a atenção oportuna às lesões, a pesquisa e o diagnóstico precoce das doenças profissionais e declaração compulsória destas à Previdência Social sempre que resultem em uma incapacidade para o

trabalho".

Para que tal incorporação seja possível, necessário se faz analisar como é levada a cabo, tanto no Brasil como em outros países em desenvolvimento, as atividades de saúde ocupacional (Fig. 1).

No caso particular do Brasil, tradicionalmente o atendimento da saúde dos trabalhadores e de seus dependentes é feito pelo Ministério do Trabalho e pelo Ministério da Previdência Social, sem qualquer participação do Ministério da Saúde; este, por sua vez, atende a rede geral de saúde sem qualquer preocupação especial com a saúde dos trabalhadores e de seus dependentes.

As grandes empresas brasileiras, na sua imensa maioria, dispõem de dois serviços médicos, ideal e inteiramente separados mas que, na prática, funcionam conjuntamente, a saber:

1. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, exigido por lei para todas as empresas maiores, conforme seu grau de risco.

2. Serviço de medicina assistencial, quase sempre extensivo aos dependentes dos empregados, que pode ser:

- a) Serviço médico assistencial próprio de empresa, pelo qual o serviço médico atende às necessidades assistenciais de trabalhadores, tanto ambulatorial como hospitalar, de forma direta.

- b) Serviço médico mantido por entidade de medicina de grupo que, mediante pagamento feito pela empresa, atende empregados e dependentes em seus próprios ambulatorios e hospitais.

No caso da medicina assistencial, geralmente os serviços de ambos os tipos mantêm convênio com o INAMPS, pelo qual as empresas passam a prestar todos os cuidados assistenciais normalmente a cargo da previdência social, tanto a empregados como a dependentes, mediante o reembolso, pelo INAMPS, de determinada importância por empregado (independentemente do número de dependentes por empregado).

Tal sistemática permitiria, idealmente, uma atenção global à saúde do trabalhador. No entanto isso não ocorre senão quando a

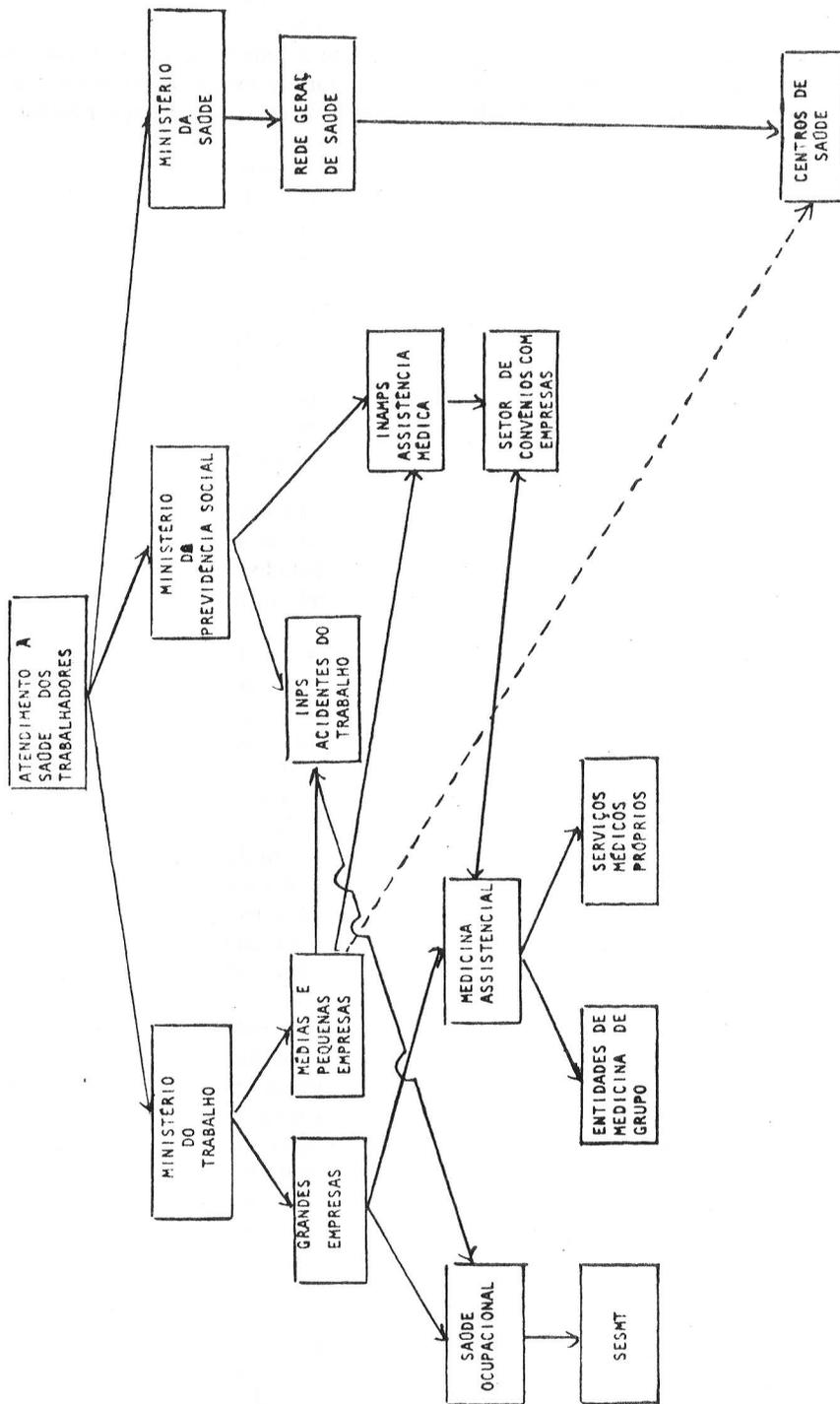


Fig. 1 - Sistema atual de atendimento a saúde dos trabalhadores, extraído de El Batawi<sup>4</sup>, modificado para a realidade brasileira.

empresa mantém um serviço médico assistencial próprio, quando seus médicos, que conhecem bem as condições de trabalho, podem realmente dar uma assistência global; porém, quando a assistência médica é subestabelecida pela empresa para uma entidade de medicina de grupo, tal não ocorre uma vez que os médicos desta não conhecem saúde ocupacional e desconhecem as condições de trabalho das empresas para as quais prestam serviços.

O problema se agrava sobremaneira quando se trata de empresas médias e, principalmente, empresas pequenas. Mendes<sup>6</sup>, já em 1975, mostrava que no Estado de São Paulo as empresas até 99 empregados constituíam 95,7% do total de empresas e empregavam cerca de 40% da mão-de-obra. Tal situação tende apenas a se acentuar face à crise econômica presente que, levando as grandes empresas a reduzir seu pessoal, estimula o aparecimento de microempresas.

A população das pequenas empresas não goza de nenhuma proteção especial no que se refere aos agravos do trabalho. Como o número de empregados não obriga à criação de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), inexistem profissionais qualificados — engenheiros e médicos — que possam protegê-los; toda a assistência médica lhes é prestada pela Previdência Social, onde a inexistência de conhecimentos especializados por parte dos médicos atendentes não permite que manifestações óbvias de doenças profissionais em curso sejam reconhecidas.

Empregados de pequenas empresas e seus respectivos dependentes, quando não recorrem aos serviços médicos da previdência social, com frequência recorrem à rede geral de saúde do país onde também a patologia profissional passa totalmente despercebida. Mais importante ainda, as doenças gerais que podem ser afetadas pelas condições de trabalho são atendidas e tratadas sem que se estabeleça qualquer nexos entre a moléstia geral propriamente dita e as condições do ambiente de trabalho que propiciaram a sua eclosão ou que contribuem poderosamente para o seu agravamento.

Mesmo em relação aos dependentes de trabalhadores — mulheres e crianças — que recorrem à rede geral de saúde podem estes apresentar até mesmo doenças causadas por agentes diversos de doença profissional; é clássico o fato ocorrido em vários países altamente industrializados, onde mulheres de trabalhadores da indústria de asbesto, que lavavam em casa as roupas profissionais de seus maridos, apresentaram quadro de asbestose.

Considerações idênticas devem ser feitas em relação aos trabalhadores agrícolas, ainda mais desprotegidos que os trabalhadores industriais pelas condições peculiares em que seu trabalho é realizado e pela menor eficiência da rede geral de saúde nas áreas agrícolas.

Para solucionar tal problemática, o que se propõe é o que se encontra esquematicamente representado na Fig. 2.

Pretende-se, na realidade, duas ações específicas:

1. Que a rede de saúde geral passe a dar especial atenção aos trabalhadores e seus respectivos dependentes que a procurem com o objetivo de, segundo Sandoval<sup>10</sup>:

a) Dar atenção aos acidentes de trabalho.  
b) Procurar diagnosticar precocemente as doenças profissionais e aquelas doenças gerais que sejam direta ou indiretamente afetadas pelo trabalho.

c) Avaliar incapacidades existentes e providenciar que estas sejam devidamente avaliadas e compensadas pelos órgãos competentes.

2. Que a rede de saúde, ao reconhecer a existência na sua área de atuação, de pequenas e médias empresas, dirija-se às mesmas empresas para, dentro de uma nova perspectiva de ação, procurar estabelecer nelas as bases de um programa preventivo no que respeita ao binômio saúde-trabalho.

A OMS já vem estabelecendo planos-piloto em várias regiões do mundo, especificamente em países em desenvolvimento, para atingir os objetivos acima apontados.

Em Botswana, Birmânia, Malásia e Tailândia, conforme refere El Batawi<sup>4</sup>, foram criados Centros de Saúde que dispõem de uma

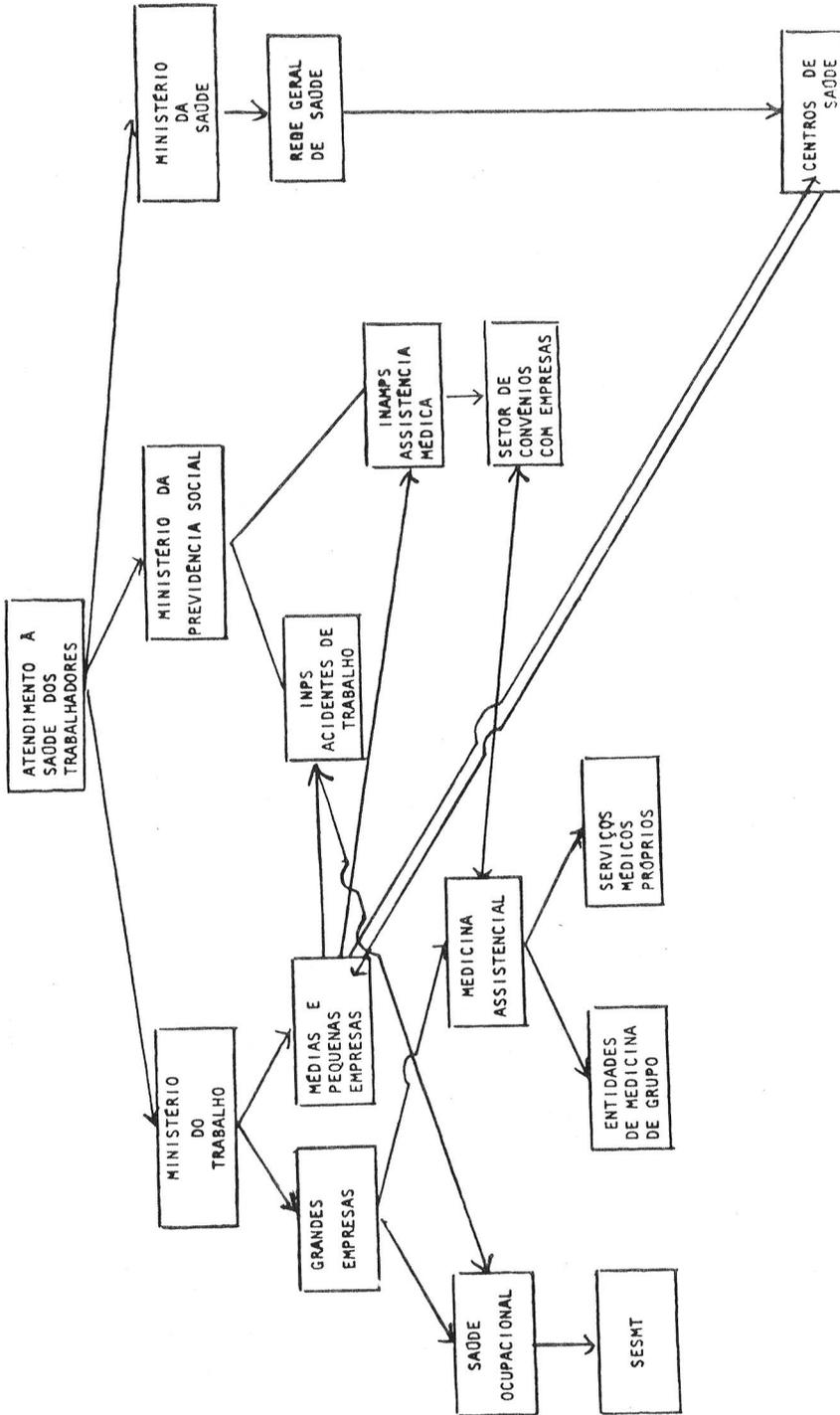


Fig. 2 - Sistema proposto pela OMS para a integração das atividades de saúde ocupacional na rede geral de saúde, extraído de El Batawi<sup>4</sup>, modificado para a realidade brasileira.

unidade móvel onde um médico, com especialização em saúde ocupacional, visita os locais de trabalho da área e, dispondo de equipamentos simples de exame e de diagnóstico, procura verificar quais os problemas de saúde que são causados pelo trabalho e qual a forma de resolvê-los. Além disso, tais centros preparam pessoal para prestação de assistência primária à saúde (primary health workers) de trabalhadores com ênfase nos seguintes itens:

1. Levantamento preliminar de riscos à saúde decorrentes do trabalho.

2. Coleta de amostras biológicas (sangue, urina, etc.) e amostras de ar.

3. Identificação de fontes de risco ocupacional.

4. Identificação de pessoas doentes — sejam doenças profissionais ou gerais — encaminhando-as ao Centro de Saúde.

5. Educação dos trabalhadores sob seus cuidados.

6. Prestação de socorro de urgência.

7. Manutenção de registro de todas as suas atividades.

O pessoal treinado recebe um livreto simples de instrução e passa a trabalhar em uma ou mais pequenas empresas, em estreito contato com o Centro de Saúde e com o médico do trabalho.

Em Bahrein, no Egito e Sudão é feito, nos Centros de Saúde, o treinamento em saúde ocupacional de um médico, ou de um enfermeiro ou de qualquer outro elemento de saúde, que exerce suas atividades no próprio Centro. Além disso, uma unidade móvel atende vários Centros (5 ou 6, dependendo da população atendida); trata-se de um microônibus com pequeno laboratório, facilidades para exame médico e para atividades educativas (projeter de filmes, retroprojeter e outros). Nas áreas agrícolas, um elemento é especialmente educado para realizar exames simples, com "kits" especialmente preparados, da atividade da colinesterase nos que manejam inseticidas fosforados; além disso, cabe-lhe fazer a educação dos que manejam pesticidas quanto ao uso de equipamento de proteção individual, forma adequada de fazer a pulverização, destinação de

recipientes que contiveram pesticidas, além de outras.

No Estado de São Paulo foram levados a cabo vários planos-piloto de integração de atividades de saúde ocupacional na rede de saúde geral, que bem revelam as possibilidades existentes no país de adotar a nova sistemática proposta pela OMS.

Há cerca de 10 anos atrás, o Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, decidiu incorporar às suas atividades normais as de Saúde Ocupacional<sup>3</sup>. Para isso foram contactadas várias pequenas empresas, com número reduzido de trabalhadores, sendo seus proprietários informados do interesse do Centro em:

a) atender, no próprio Centro, os trabalhadores dessas empresas, realizando exames médicos pré-admissionais e periódicos, exigidos por lei, além de outros exames de saúde porventura necessários, especialmente em relação a grupos particulares de trabalhadores (menores, mulheres, subnormais, e outros).

b) fazer avaliações do ambiente de trabalho e propor medidas corretivas e/ou preventivas porventura necessárias.

Inicialmente os empregadores foram convidados para participar de curso de noções de higiene, segurança e medicina do trabalho; essa participação foi surpreendentemente elevada, com os empregadores procurando conhecer mais em detalhe diversos problemas do binômio saúde-trabalho. Em seguida, foram feitos levantamentos dos locais de trabalho, com apresentação de relatório detalhado dos resultados encontrados e propostas para a solução dos problemas observados. Ao mesmo tempo, os trabalhadores passaram a procurar o Centro de Saúde para exames de rotina e exames especiais.

O programa foi levado a cabo por alguns anos, mas não prosseguiu no seu êxito inicial porque não era dada prioridade aos trabalhadores das pequenas indústrias, que eram atendidos juntamente com os demais clientes; com isso, havia demora relativamente grande nas dependências do Centro, o que levou ao desinteresse tanto de empregados

como de empregadores, terminando a experiência por uma auto-extinção.

Projeto interessante — por localizar-se em área iminentemente industrial — ocorreu em Londrina (Paraná) em 1976, quando o Centro de Saúde da Secretaria do Município, localizado no distrito industrial do município, decidiu incluir nas suas atividades rotineiras também ações de saúde ocupacional. Mantidos entendimentos com entidades locais, que congregavam proprietários de pequenas e médias indústrias da área, foi-lhes apresentado um programa de trabalho extremamente semelhante ao que fora levado a cabo no bairro da Barra Funda, em São Paulo, e já descrito anteriormente. Diversos problemas fizeram com que o projeto se desenvolvesse lentamente e, com a mudança da política de saúde do município, foi totalmente desativado<sup>3</sup>.

No Rio de Janeiro foi desenvolvido um programa de saúde ocupacional junto ao Hospital Souza Aguiar, da Secretaria Municipal da Saúde, mas problemas políticos não permitiram que essa experiência fosse levada adiante<sup>3</sup>.

Experiência particularmente interessante de integração de atividades de saúde ocupacional na rede geral de saúde ocorreu em São Paulo, em Centro de Saúde pertencente ao Distrito Sanitário de Penha de França no bairro de Cangaíba<sup>8</sup>. Como nesse Centro trabalhasse médico com especialização em medicina do trabalho, este teve a sua atenção voltada para o fato de que várias pequenas e médias empresas industriais da área, que não dispunham de serviço médico próprio ou conveniado, encaminhavam seus empregados ao Centro para que ali se submetessem aos exames médicos pré-admissional e periódico exigidos por lei. Tal fato levou-o a interessar a administração do Centro em incorporar ações de saúde ocupacional dentro da rotina de trabalho geral do Centro; por outro lado, com o apoio do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, foi possível fazer-se o levantamento preliminar e, em cinco casos, um levantamento mais detalhado de higiene, segurança e medicina do trabalho

nas pequenas empresas da região. Os excelentes resultados obtidos nesse estudo-piloto levou seus realizadores a propor um programa mais amplo que não encontrou nenhum interesse e apoio da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, pelo que o plano não mais teve continuidade.

Em 1979 foi apresentada à Secretaria de Saúde do Município de Campinas (Estado de São Paulo) uma proposta de programa de saúde ocupacional<sup>3</sup> a ser desenvolvido pela rede de saúde municipal; porém, como já havia um plano pré-estabelecido de prioridades, o programa foi relegado a segundo plano e, com mudanças políticas ocorridas no município, não chegou a ser implementado. Porém, atualmente a nova administração do município mostrou-se interessada no assunto; foi feito inquérito junto a todas as unidades de saúde para identificar entre os profissionais de saúde que ali trabalham quais os que têm formação e/ou experiência no campo de saúde ocupacional, ao mesmo tempo em que está sendo levado a efeito um levantamento geográfico das empresas, especialmente industriais, que existem na área com o objetivo de se estabelecer áreas prioritárias para a implementação inicial do programa. Trata-se de plano muito bem elaborado por especialistas de grande capacidade na área de saúde ocupacional e da saúde pública, que certamente irão se aproveitar dos erros dos planos anteriormente executados para levar a cabo um programa eficiente de proteção à saúde do trabalhador dentro do espírito proposto pela OMS.

No município de Paulínia (Estado de São Paulo) vem se desenvolvendo, atualmente, uma das experiências mais promissoras no campo da execução de atividades de saúde ocupacional pela rede de saúde geral<sup>3</sup>. Trata-se de área do Estado que é altamente industrializada, com elevada renda "per capita" e onde, ao lado de grandes empresas — inclusive a Refinaria do Planalto da Petrobrás — há numerosas médias e pequenas empresas. Mediante convênio estabelecido entre a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Prefei-

tura Municipal de Paulínia foi criado em Paulínia o Centro Saúde-Escola que, ao criar agentes de saúde para agir nas fazendas da área, passou a encontrar numerosos casos de problemas de saúde relacionados ao trabalho; tal fato fez nascer a idéia de criação de agentes de saúde a nível industrial, preferentemente escolhidos entre trabalhadores das indústrias locais.

Inicialmente foi feito um levantamento das empresas do município e do número de trabalhadores ali existentes. Em seguida foram selecionadas empresas que envolviam riscos de trabalho maiores e cujo número de trabalhadores justificasse a criação de pequeno posto de saúde no seu interior; tais empresas foram visitadas por docentes e residentes de medicina do trabalho da UNICAMP, que receberam boa acolhida por parte dos empregadores. A estes foi apresentado o seguinte plano básico.

a) Inicialmente seriam examinados todos os trabalhadores da empresa, em local situado no interior desta, que oferecessem condições para os exames; os equipamentos seriam levados pela própria equipe de saúde, que visitaria tais locais de trabalho, inicialmente uma vez por semana.

b) Dentre os trabalhadores examinados que mostrassem maior interesse pela saúde dos seus companheiros, um deles seria escolhido (pelos próprios trabalhadores ou pela direção da empresa) para receber treinamento em saúde ocupacional e, também em saúde geral, para triagem de doenças comuns.

c) A equipe da UNICAMP propunha-se, também, a assessorar as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) existentes naquelas empresas que, pelo seu número de empregados, fossem legalmente obrigadas a manter tais comissões.

d) A equipe da UNICAMP também se encarregaria das avaliações ambientais e de exames especiais dos trabalhadores tais como provas de função pulmonar, audiometria, dosagens de material biológico para avaliar a exposição a agentes químicos de doenças profissionais, além de outras.

Atualmente quatro empresas industriais, uma pedreira, um depósito de rocha fos-

fática (fertilizante) com um setor de preparação do fosfato, um abatedouro de aves (frigorífico) e uma indústria de microelementos para fertilizantes, fazem parte do programa, com excelentes resultados práticos, permitindo a identificação de numerosos desvios da saúde decorrentes do trabalho e de condições ambientais necessitando de correção.

Dos pontos básicos do programa, assinalados acima, somente não foi possível, até a presente data, conseguir a formação dos agentes de saúde dentro das empresas, seja por problemas destas (inexistência de disponibilidade de horário de trabalhadores em função da redução de pessoal decorrente da crise econômica do país), seja porque a visita periódica da equipe da UNICAMP tornava a sua presença desnecessária; no entanto, sua existência continua sendo considerada dentro de um futuro próximo.

Trata-se, portanto, de uma experiência em pleno funcionamento e com excelentes resultados práticos, mostrando a justeza do novo ponto-de-vista da OMS no que se refere à saúde dos trabalhadores.

Os exemplos de países estrangeiros e dos planos-piloto brasileiros revelam a perfeita factibilidade da introdução das ações de saúde ocupacional na rede de saúde geral e das vantagens que disso decorrem para a população trabalhadora e, indiretamente, para os dependentes destes. Torna-se, pois, indispensável que as autoridades de saúde pública estabeleçam planos que permitam, dentro do menor prazo possível, fazer com que as unidades de saúde, especialmente as de nível local, se disponham a levar adiante atividades de saúde ocupacional, de forma a poder atingir os fins colimados pela OMS. Como bem o destaca Henao<sup>5</sup>, "... o 'Programa de Saúde dos Trabalhadores' por seus objetivos e características não pode em momento algum trabalhar de forma isolada; é necessário um contacto estreito e permanente harmonia com os programas de prestação de serviços (gerais de saúde), saúde do adulto, saúde materno-infantil, saúde ambiental e epidemiologia. Além disso é imprescindível a ação paralela com outros setores: elevar as

condições de vida e saúde dos trabalhadores implica não somente corrigir as condições adversas do microambiente e organização do trabalho mas atender com justiça e equidade social os aspectos biossociais e sócio-culturais do trabalhador e de sua família”.

Torna-se imprescindível que o Brasil adote com urgência medidas que visem incorporar as atividades de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde. A despeito de legislação bastante avançada no campo de higiene, segurança e medicina do trabalho, emanada do Ministério do Trabalho, muito há ainda por se fazer. Exemplo típico é que as estatísticas oficiais sobre infortúnios do trabalho apresentam, a cada ano, quase dois milhões de acidentes do trabalho propriamente ditos (acidentes-tipo), mas apontam apenas cerca de 4.000 casos de doença profissional, o que é totalmente absurdo pois deveria se esperar por um número muito maior destas; isso indica unicamente que numerosos casos de doenças profissionais estão sendo atendidas pela rede de saúde sem que sua origem ocupacional seja diagnosticada.

A falta de diagnóstico das doenças profissionais tem conseqüências graves. De um lado, o problema não é reconhecido, o que impede a adoção das medidas preventivas indispensáveis para a sua solução; por outro lado, o trabalhador fica profundamente prejudicado, pois perde o direito às indenizações a que faz jus.

Por outro lado, a influência do trabalho sobre doenças não profissionais é totalmente ignorada pela maioria dos médicos brasileiros, daí decorrendo que os trabalhadores continuam exercendo atividades profundamente nocivas à sua saúde sem que nenhuma medida preventiva seja adotada.

No Estado de São Paulo esboça-se, a nível oficial, interesse maior pela saúde do trabalhador tal como o entende a OMS. Assim, o Departamento Regional de Saúde do Litoral, da Coordenadoria de Saúde da Comu-

nidade da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, apresentou “plano para a implantação de um programa de assistência médico-sanitária e de vigilância epidemiológica para os problemas de saúde decorrentes da poluição ambiental e das condições de trabalho da população trabalhadora de Cubatão”, que vem se desenvolvendo com êxito. Conforme o relata Augusto<sup>1</sup>, há cerca de um ano foi criado grupo de trabalho do qual participam a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria de Relações do Trabalho, ambas do Estado de São Paulo e a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental — CETESB, com representantes de todas as coordenadorias da Secretaria da Saúde. Foram criados 5 projetos, a saber:

1. Implementação de programa de assistência ao adulto onde a questão da saúde do trabalhador terá papel principal;

2. criação de serviço de controle de morbidade, através de um “boletim de morbidade”, a ser implantado através de diploma legal, e que deverá ser preenchido por todas as entidades relacionadas à saúde tais como: serviços médicos de empresa, serviços médicos próprios de sindicatos de trabalhadores, Centros de Saúde entre outras. Os resultados fornecidos por esse boletim irão para um banco de dados, com o objetivo de verificar-se quais os quadros mórbidos que predominam na população sob controle;

3. criação de sistema de vigilância epidemiológica que, inicialmente, abrangerá cinco patologias específicas: pneumoconioses, alterações hematológicas (principalmente leucopenias), dermatoses, disacusias e fluorose;

4. estabelecimento de programa de saúde mental, baseado fundamentalmente no programa de assistência a adultos, visando estudar os efeitos do trabalho sobre o psiquismo dos trabalhadores;

5. programa de educação, com o objetivo de desenvolver a consciência sanitária dos trabalhadores no que respeita a saúde ocupacional e às relações entre saúde e trabalho.

Todos os elementos que trabalham nos Centros de Saúde locais estão sendo treinados em relação a esses cinco programas mediante visitas às indústrias, estudo teórico dos vários aspectos relacionados à saúde do trabalhador (especialmente pneumopatias e dermatoses) com o objetivo de torná-los mais conscientes em relação ao problema.

Outra atividade interessante é a que vem sendo levada a efeito pelo Centro de Saúde de Mogi-Mirim, onde se criou uma comissão composta pelos elementos do próprio centro e por elementos da comunidade tais como lavradores, fazendeiros, pequenos proprietários além de outros, com o objetivo de dar atenção especial aos casos de intoxicação pelos agrotóxicos. Essa comissão estabeleceu uma conduta padrão para o Centro de Saúde no atendimento de casos de intoxicação e a forma de utilização de aparelhagem técnica simples no diagnóstico destas. O Centro de Saúde estabeleceu um programa de vigilância epidemiológica e nele integrou outros serviços médicos (ambulatórios, hospitais e outros). Por outro lado, um movimento de conscientização foi feito junto às Casas da Lavoura, sindicatos de trabalhadores rurais, cooperativas, comunidades rurais e comerciantes principalmente no que se refere às intoxicações sub-agudas, cuja sintomatologia — cefaléias, cansaço fácil, mal estar geral e outras — facilmente se confunde com aquela de verminoses, como o refere Trape<sup>12</sup>.

Ainda a Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo criou uma área de Saú-

de e Trabalho que tem por objetivo estudar a forma pela qual as atividades de saúde ocupacional podem ser integradas de forma permanente e definitiva na rede de saúde do Estado de São Paulo. Recentemente (agosto de 84) a área Saúde e Trabalho organizou um seminário sobre "Estratégias para implantação de ações de saúde do trabalhador na rede básica da Secretaria da Saúde" do qual resultaram várias conclusões importantes sobre a forma pela qual será feita essa implantação.

Por outro lado, existe uma proposta de convênio entre o Governo do Estado de São Paulo, por meio das suas Secretarias da Saúde e das Relações de Trabalho e a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho — FUNDACENTRO para a implantação do projeto "a saúde ocupacional na atenção médica primária" que, se levado a efeito, redundará em aplicação imediata e bem estruturada das medidas recomendadas pela OMS.

Espera-se, pois, que essas primeiras medidas que começam a ser adotadas em prol da saúde dos trabalhadores do Estado de São Paulo — o mais industrializado de todo o Brasil — possam se desenvolver a contento, servindo de exemplo para um programa de âmbito nacional a ser desenvolvido, no futuro, pelo Ministério da Saúde com o apoio dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social e colaboração integral das autoridades sanitárias estaduais e municipais de todo o Brasil.

---

NOGUEIRA, D.P. [Integration of occupational health measures into the health system]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18: 495-509, 1984.

**ABSTRACT:** Workers in general constitute one of the most important parts of the community and, their health is therefore, an essential element in social and economic development. Much is being done throughout the world to protect workers against accidents at work and occupational diseases, but very little is being done to study the effects of work on non-occupational diseases. This situation is specially serious regarding workers of medium and small undertakings and agricultural workers, who, specially in developing countries, have no access whatsoever to occupational health centers and who usually are attended to by their countries' general health system. This situation led the World Health Organization to propose that all countries should develop special programs for this sector of the community, to be put into effect by their general health systems. Examples of pilot-plans of this type of medical care in some developing countries and in Brazil are presented and it is strongly recommended that Brazil adopt such a strategy as proposed by the World Health Organization to protect workers' health.

**UNITERMS:** Occupational health services. Primary health care.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AUGUSTO, L. G. da S. O programa de saúde do trabalhador para Cubatão. [Apresentado no Seminário Estratégias para a Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica da Secretaria da Saúde, São Paulo, 1984].
2. CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 43ª Reunion, Ginebra, 1959. *La organización de los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo.* Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1958. (Informe IV-1).
3. COSTA, J.L.R. Actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud. Experiencias de Campinas y Paulínia. [Apresentado ao Seminário/Taller Actividades de Salud Ocupacional en la red de Servicios de Salud, Campinas, 1984.]
4. EL BATAWI, M. Actividades de salud ocupacional en otras regiones; papel de la OMS. [Apresentado ao Seminário/Taller Actividades de Salud Ocupacional en la red de Servicios de Salud, Campinas, 1984.]
5. HENAO, S. Actividades de salud ocupacional en la red de servicios. [Apresentado ao Seminário/Taller Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud, Campinas, 1984.]
6. MENDES, R. Importância das pequenas empresas industriais no problema de acidentes do trabalho em São Paulo. São Paulo, 1975. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
7. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Program of action on workers health.* Washington, D. C., 1983.
8. PEREIRA, J.C.R. & OTANI, K. A saúde ocupacional como atividade de saúde pública: uma experiência. [Apresentado ao II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Nacional da ABRASCO, São Paulo, 1983].
9. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Recomendación sobre servicios de medicina del trabajo.* Ginebra, 1959.
10. SANDOVAL, H. Actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud - marca conceptual. [Apresentado ao Seminário/Taller Actividades de Salud Ocupacional en la red de Servicios de Salud, Campinas, 1984.]
11. SEMINÁRIO/TALLER Actividades de Salud Ocupacional en la red de Servicios de Sa-

- lud, Campinas, 1984. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1984.
12. TRAPE, A. Z. O projeto de Mogi-Mirim. [Apresentado ao Seminário Estratégias para a Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica da Secretaria da Saúde, São Paulo, 1984].
13. WINSLOW, C.E.A. The untilled fields of public health. *Science*, 51 (1306): 23-33, 1920.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health care and working populations*. Geneva, 1982. (WHO/OCH/82.2).

*Recebido para publicação em 10/07/1984.  
Aprovado para publicação em 15/08/1984.*