



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Trabalho, Questão Social e Serviço Social

Sub-eixo: Trabalho e expressões da questão social

A situação da Saúde do Trabalhador na região de abrangência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Duque de Caxias/RJ

DEBORA LOPES DE OLIVEIRA ¹

Resumo

O artigo apresenta uma reflexão sobre a situação de Saúde do Trabalhador na região de abrangência do CEREST Duque de Caxias/RJ. Expõe um panorama econômico, social, produtivo, e epidemiológico da população geral e da população trabalhadora com a finalidade de conhecer a realidade local sob a ótica da Vigilância em saúde do Trabalhador. A análise parte de dados sobre o contexto nacional e do Estado do Rio de Janeiro para contextualizar a situação da região de saúde, na perspectiva da totalidade, considerando as relações entre trabalho e saúde, bem como identifica os desafios e ações necessárias.

Palavras chave: Saúde, Saúde do Trabalhador, CEREST, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Resumen

El artículo presenta una reflexión sobre la situación de la Salud de los Trabajadores en la región cubierta por el CEREST Duque de Caxias/RJ. Presenta un panorama económico, social, produtivo y epidemiológico de la población general y de la población trabajadora para entender la realidad local desde la perspectiva de la vigilancia de la salud de los trabajadores. El análisis parte de los datos del contexto nacional y del estado de Río de Janeiro para contextualizar la situación de la región sanitaria, desde la perspectiva de la totalidad, considerando la relación entre el trabajo y la salud, además de identificar los desafíos y las acciones

¹Professor com formação em Serviço Social. Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro

necessárias.

Palabras Claves: Salud, Salud de los Trabajadores, RENAST, CEREST, Vigilancia de la Salud de los trabajadores.

Introdução:

Este artigo versa sobre a situação de saúde do trabalhador na região de abrangência do CEREST Duque de Caxias/RJ, a saber: Duque de Caxias, Queimados, Magé e São João de Meriti, entendendo que um dos limites ao processo de implantação das ações de ST é o desconhecimento acerca da situação de saúde da população trabalhadora. Buscou-se reunir informações que pudessem produzir um panorama sobre a região, pensada a partir da perspectiva de totalidade são apresentados breves apontamentos sobre a situação de saúde dos trabalhadores no Brasil, no Estado do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, por levar em conta a relação de vinculação entre os entes e as regiões, bem como as análises comparativas que consideram os níveis de complexidade em âmbito municipal, regional, estadual e nacional.

Um dos limites para o planejamento das ações de saúde do trabalhador e da estruturação do processo de vigilância em saúde é a dificuldade em realizar a análise da situação de saúde. Assim, como observa o *Guia para a Análise da situação de Saúde do Trabalhador* (BAHIA, 2014, p. 16)

É necessário conhecer o perfil socioeconômico demográfico e o perfil epidemiológico – os modos de viver e adoecer da população nos territórios – para identificar necessidades e problemas de saúde da população, fatores determinantes e potenciais riscos à saúde, de modo a subsidiar a tomada de decisão política e o estabelecimento de prioridades para atuação, seja em relação à organização da rede de serviços de saúde, em relação às ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos e doenças, seja para a devida articulação entre as políticas setoriais visando o fortalecimento do SUS no enfrentamento dos principais determinantes do processo saúde-doença.

A construção dos diagnósticos da situação de saúde nos municípios, estados e no âmbito federal não consideram o trabalho como determinante da situação de saúde da população, o que explica muitas das dificuldades e limites ao processo de implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RENAST) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Desta forma, a principal contribuição da análise da situação de saúde do

trabalhador, como parte do processo de planejamento em saúde, é dar visibilidade e desnaturalizar os problemas de saúde na sua relação com o trabalho, servindo como instrumento para a tomada de decisão e planejamento de ações de promoção, proteção à saúde dos trabalhadores, e para prevenção de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

1. Considerações sobre o panorama da situação de saúde do trabalhador na região de abrangência do CEREST Duque de Caxias.

O cenário apresentado, embora restrito as informações registradas pelos sistemas de informação existentes como a base de informações do INSS e do Ministério da Saúde (SIM, SINAM e DATASUS), oferece um retrato das condições de trabalho e saúde da população trabalhadora na região, apontando para desafios e limites que precisam ser enfrentados.

Apesar de não refletir fielmente a situação de adoecimento e morte da população trabalhadora, em face de grande subnotificação dos casos, refletem a magnitude da situação e a necessidade de dar visibilidade à tragédia e a violência no trabalho no Brasil, no estado e na região do CEREST Duque de Caxias.

No mundo morre um trabalhador a cada 15 segundos, no Brasil entre 2012 e 2020 foram registradas 21.467 mortes, ou seja, 06 (seis) óbitos a cada 100 mil empregos existentes. Estes números colocam o Brasil na segunda posição entre os países que formam o G20, atrás apenas do México, neste mesmo período foram registrados 5,6 milhões de doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Corroborando para esta conclusão a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, que verificou através de uma abordagem autorreferida que as informações sobre adoecimentos e acidentes de trabalho são subnotificados, revelando dados que foram 08 (oito) vezes maiores, daqueles registrados pela Previdência Social.

Em relação às condições de trabalho dados mais recentes da PNADC mostram que as taxas de desocupação e de informalidade ainda se encontram em patamares

elevados no Brasil. Ainda que a taxa de desocupação tenha recuado de 15,1% em março de 2021 para 14,1% no segundo trimestre de 2021, o avanço da população ocupada ocorre em segmentos informais do mercado de trabalho como construção civil, agricultura e serviços domésticos. No segundo trimestre de 2021 além da taxa de 14,1% de desemprego que representa 14.4 milhões de trabalhadores, é observado, também, 5.6 milhões de pessoas em situação de desalento e uma taxa de subutilização da força de trabalho de 28,6%.

No caso dos afastamentos acidentários pelo INSS entre 2012 e 2020 no Brasil identificamos 5.589.837 casos, já no SINAN, neste mesmo período foram notificados 1.677.410 casos. Fato importante, é que apesar do SUS apresentar uma maior capilaridade e um conceito ampliado para definir o perfil dos trabalhadores, abarcando por tanto um universo maior da população trabalhadora, por não se restringir ao mercado de trabalho formal, os dados demonstram que o SUS notificou menos de 36% dos casos notificados pelo INSS.

Quanto ao Estado do Rio de Janeiro as observações reportam ao agravamento da situação econômica do estado, a precarização e os reflexos no adoecimento da classe trabalhadora, expressando a necessidade de ações que permitam tanto o diagnóstico mais preciso sobre as demandas dos trabalhadores quanto em relação às ações a serem efetivadas. De acordo com os dados apresentados o ano em que há um número maior de notificações de acidentes de trabalho pelo INSS é 2014, quando foram registrados 49.265 acidentes de trabalho.

Já os afastamentos acidentários tiveram um pico em 2012 com 18.851 acidentes que geraram afastamento do trabalho. Do mesmo modo, que nos dados apresentados sobre a realidade nacional, é observada uma discrepância entre os dados registrados pelo INSS e os dados registrados no SINAN que correspondem a 22,4% dos dados do INSS, pois enquanto o SINAN registrou 83.014 acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, o INSS registrou entre 2021 e 2020 369.253 casos.

Os dados da Região Metropolitana I e da situação de saúde do trabalhador dos

municípios que compõem a região de abrangência do CEREST também retratam as questões aludidas acima tanto em âmbito nacional quanto estadual. Um dos nós críticos deste sistema, em relação à Saúde do Trabalhador, concerne ao acesso aos dados produzidos pela área seja na esfera federal, estadual e municipal. Verificamos que no período de 2007 a 2020 foram notificados 43.165 casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho nesta região de saúde.

2 – A relação entre trabalho e adoecimento: aproximações da realidade dos municípios da área de abrangência do CEREST Duque de Caxias

O reconhecimento da relação entre o trabalho e o adoecimento da população é uma questão a ser enfrentada no âmbito do SUS. Tal situação se evidencia no atual momento pandêmico pela a exposição dos trabalhadores ao risco de contaminação e adoecimento. Sendo assim, a significativa subnotificação dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho pelos serviços de saúde no SUS, este é um problema que persiste no sistema desde a institucionalização da área de saúde do trabalhador no SUS. A dificuldade de estabelecer onexo causal do adoecimento na sua relação com o trabalho é um dos fatores que impactam na subnotificação, outro aspecto que merece ser analisado é a não incorporação pelos serviços de saúde do trabalho como uma dimensão central no processo saúde-doença. Assim, embora os serviços estejam tratando doenças e agravos relacionados ao trabalho, a perspectiva de orientação às ações e intervenções nos serviços e entre os profissionais foge a esta perspectiva. Neste sentido, se coloca a importância de investimento em ações de formação, de educação permanente que contribuam para a mudança na cultura de saúde pública que incorpore a saúde do trabalhador como questão central e transversal ao sistema.

Em Duque de Caxias merece destaque o número de Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho, Pela série histórica este é o agravo de maior notificação

no município (2.469), aqui cabe um esclarecimento, embora as intoxicação exógenas sejam um agravo relacionado ao trabalho, este protocolo de notificação não é exclusivo da saúde do trabalhador, a descrição do caso refere todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis. Assim, na série histórica elaborada pelo site da Smartlab, os casos não foram desagregados de acordo com sua relação com o trabalho e foram utilizadas todas as notificações registradas para este agravo independente de sua relação com o trabalho, situação que também ocorre em outros municípios.

Tal informação pode ser contraposta com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde na Sala de apoio à gestão Estratégica (SAGE), nesta verifica-se que entre 2007 e 2018 apenas em 51 notificações foi identificada a relação com o trabalho. Em um estudo realizado pela área técnica de saúde do trabalhador do município de Duque de Caxias acerca das intoxicações exógenas notificadas no anos de 2017, verificou-se que 75% não foram decorrentes do trabalho e que 59% dos caso ocorreram com crianças entre 0 e 5 anos, 18% foram caracterizadas como tentativas de suicídio e 64% foram consideradas acidentais. Embora haja uma divergência na análise dos dados do SINAN, o que fica nítido é a subnotificação das situações de saúde que estão relacionadas ao trabalho, observando o perfil produtivo do município, apresentado anteriormente, identificamos que grande parte dos trabalhadores e da população está exposta a agentes tóxicos, tendo em vista principalmente a cadeia produtiva do petróleo que abrange principalmente o Complexo Industrial de Campos Elíseos no 3º distrito.

Outra ponderação guarda relação com os acidentes com exposição a material biológico, a segunda causa apontada na série histórica. A notificação desses acidentes aparece como primeiro agravo em notificação tanto na série histórica nacional, quanto no Estado do Rio de Janeiro, um dos aspectos que precisa ser

evidenciado é que esta notificação também implica na dispensação de medicamentos, e em muitos municípios o fluxo para acompanhamento dos casos inclui compulsoriamente a notificação, como no caso de Duque de Caxias. Outro aspecto refere-se a NR 32 (Norma Regulamentadora), que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

A análise dos dados do município de Queimados em relação ao quadro de mortalidade da população em geral e sua possível relação com o trabalho, destacam duas questões que podem elucidar outras situações semelhantes na região, por isso destacamos aqui. A primeira tem relação com as causas indeterminadas, ou mal definidas, observa-se um crescimento exponencial entre os anos de 2015 e 2019. No ano de 2015 segundo dados disponibilizados no Plano Municipal de Saúde de Queimados foram registrados 140 óbitos com causas indeterminadas, o que correspondia a 12,8% dos registros, no ano de 2019 verificamos um crescimento de mais de 221%, onde foram registrados 310 casos, sendo esta a principal causa de óbitos no município 24% dos óbitos. O mesmo é identificado no município de Duque de Caxias, onde as causas indeterminadas figuram em segundo lugar. Esta situação aponta para a necessidade de investimento na melhoria dos registros das informações declaradas, tendo em vista que os óbitos que tiveram a causa básica da morte classificada no capítulo XVIII da CID-10, não permitem um diagnóstico adequado sobre os determinantes do processo saúde-doença no âmbito local.

Neste sentido, entende-se que os indicadores de mortalidade sobre causas de morte são importantes para conhecimento do perfil epidemiológico da população, bem como servem como subsídio para o planejamento das ações de saúde e avaliação dessas ações. No entanto, para que esta finalidade seja alcançada a base das informações precisa ser qualificada e adequada para refletir o padrão das causas de morte. Os valores deste indicador refletem a disponibilidade da assistência médica prestada à população e as características do preenchimento da declaração de óbito. Assim, altas proporções de óbitos por causas mal definidas são alarmantes e

revelam problemas de acesso e qualidade da assistência médica recebida pela população, além de prejudicar a fidedignidade das estatísticas de mortalidade por causas. (SANTO, 2008; FRANÇA et al, 2014)

A segunda questão, que merece destaque, pode ser observada nas causas externas de morbidade e mortalidade. O termo "causas externas" para classificar as mortes por acidentes e violências foi instituído pela Organização Mundial da Saúde. Estudos mostram que no Brasil, "as causas externas" ocupam o segundo lugar no perfil da mortalidade geral e é a primeira causa de óbitos na faixa etária de 5 a 49 anos. De acordo com dados apresentados pelo Ministério da Saúde acerca do *Impacto da Violência na Saúde do Brasileiros*, evidenciou-se que entre 1991 e 2000, cerca de 1.118.651 pessoas morreram por esses motivos em nosso país. Desse total, 369.068 foram a óbito por homicídios; 62.480, por suicídio e 309.212, por acidentes e violências no trânsito e nos transportes (Brasil, 2005).

No município de Queimados, em 2019, esta causa ocupou o terceiro lugar correspondendo a 13% (168) dos óbitos, destes 82% (139) das vítimas foram homens. Importa considerar que os agravos provocados por causas externas impactam significativamente nos problemas de saúde pública, suas consequências podem ser orgânicas, psicológicas, econômicas e culturais. Nos demais municípios a situação também é identificada, em Duque de Caxias e São João aparece em 4º lugar, e em Magé na terceira posição. Em 1993 a OMS já apontava para os desafios ao reconhecer seu caráter endêmico, tanto pelo número de vítimas quanto pela magnitude das sequelas, o que denota a conversão em um problema de saúde pública como reforçam Batista J, Barreto MS, Merino MFGL, et al.(2018).

Minayo (1998) chama a atenção para algumas peculiaridades do quadro brasileiro destacando que este perfil é configurado majoritariamente pelos acidentes de trânsito que atingem principalmente pedestres que morrem por atropelamentos, e pelos homicídios que lidera a tendência crescente das causas externas na mortalidade geral. Destaca-se, ainda, que as Regiões Metropolitanas concentram a maior proporção da mortalidade por violência em todas as causas específicas e

faixas etárias.

Outro aspecto a ser considerado, em relação a esta categoria, é a sua pouca rigorosidade na classificação dos eventos e processos, marcados por uma amplitude que abarca: todos os tipos de acidentes (E800-E949); suicídios (E950-E959); homicídios e lesões intencionalmente infligidas (E960-969); intervenções legais (E970-E978); lesões resultantes de operações de guerra (E990-E999); e lesões que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas (E980-E989). Considerando a série histórica brasileira entre os anos de 2009 e 2019, esta causa tem oscilado entre a terceira e a quarta ocorrência registrada em relação aos óbitos, no ano de 2019 foram registrados 142.800 casos correspondendo a 10,5% da mortalidade geral da população brasileira. Observando os dados referentes ao Estado do Rio de Janeiro às "causas externas" ocupam a quarta posição e correspondem a 9,6% da mortalidade registrada, da mesma forma na Região Metropolitana 1 com 9% dos registros.

Mesquita Filho & Jorge (2007, p. 11) ressaltam que as causas externas representam um desafio à saúde pública seja pela insuficiência de ações e políticas de enfrentamento aos agravos e sequelas no âmbito da promoção, prevenção e vigilância, seja pela não confiabilidade das informações disponibilizadas. Nesse sentido, reforçam a importância de estudos que possam subsidiar a gestão pública no desenvolvimento de políticas de controle e prevenção de acidentes e violências. Acrescenta-se ao desafio, na perspectiva do estudo aqui realizado, a necessidade de informações mais precisas e confiáveis quanto aos acidentes e violências relacionadas ao trabalho, é imperativo o investimento em ações que promovam a qualificação e a socialização das informações que colabore para a identificação da população em situação de risco, bem como o planejamento de ações de combate. Deste modo, *"é necessário que sejam conhecidos os seus determinantes, as circunstâncias que os envolvem, as formas de atenção aos problemas de saúde gerados e as características dos pacientes que procuram os serviços."* (Ibid, p. 12)

Quanto à cobertura da Atenção Básica no município de Queimados, segundo dados

disponibilizados pela Plataforma do e-gestor Atenção Básica² a estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família³ em dezembro de 2020 era de 34.000 pessoas o que corresponde a 22,95% da população, já a estimativa da população coberta pelas equipes de Atenção Básica⁴ é de 52.050 correspondendo a 34,63% ⁵da população. Em Duque de Caxias a estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em dezembro de 2020 era de 269.100 pessoas o que corresponde a 29,26% da população, já a estimativa da população coberta pelas equipes de Atenção Básica é de 417.600 correspondendo a 45,41% da população. No município de Magé a estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em dezembro de 2020 era de 158.700 pessoas o que corresponde a 64,76% da população, já a estimativa da população coberta pelas equipes de Atenção Básica é de 161.700 correspondendo a 65,98% da população. Já em São João de Meriti a estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em dezembro de 2020 era de 220.800 pessoas o que corresponde a 46,74% da população, já a estimativa da população coberta pelas equipes de Atenção Básica é de 289.590 correspondendo a 61,30% da população.

Os dados apresentados são indicativos da necessidade de investimento dos municípios na ampliação dos serviços de saúde oferecidos à população. A situação observada nos municípios reflete a realidade da Região Metropolitana 1 que figura no contexto do estado do Rio de Janeiro como a região com menor cobertura de Atenção Básica (50,15%) e, em relação a cobertura da Estratégia de Saúde da Família atinge apenas 39,94% da população, ficando acima apenas da Região Norte do Estado com 31,18% da cobertura. Cabe destacar, também, que o Estado do Rio de Janeiro apresenta uma cobertura de AB de 50,15% e de ESF é de 39,94%,

²<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml#>

Acesso em 04 de agosto de 2021.

³A estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família considera o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe.

⁴A estimativa da população coberta pelas equipes de Atenção Básica considera o parâmetro de 3.000 indivíduos cobertos por equipe.

⁵A cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicionais equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional.

considerando dados dos demais estados que compõem a Região Sudeste do país o Estado é o que apresenta a menor cobertura de AB com 58,94% seguido do estado de São Paulo com 62,92%, em relação a ESF a menor cobertura é de São Paulo com 38,82% seguido do Rio de Janeiro com 47,55%.

As informações demonstram a manutenção de um cenário identificado em estudo realizado por Malta DC et al (2016) acerca da cobertura da ESF no Brasil segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. Deste modo, o estudo revela que a região Nordeste apresentou o maior percentual, seguida da Sul, e o Sudeste teve a menor proporção. Neste mesmo sentido, Giovanella et al (2021, p. 2546) ao analisar a PNS de 2019 referem que o Sudeste apresentou a mais baixa cobertura, 51,3%, ponderando que *“no entanto, é no Sudeste, que vive a maior parte dos brasileiros cadastrados a uma USF, espelhando o padrão de distribuição populacional nacional.”*

Cabe destacar que

Estudos apontam que países orientados pelo modelo da Atenção Primária têm melhores indicadores de saúde, incluindo: saúde infantil (menores taxas de baixo peso ao nascer, menor mortalidade infantil); detecção precoce de cânceres tais como o cólon-retal, mama, uterino/cervical e melanoma; menor mortalidade precoce devido a causas preveníveis; e maior expectativa de vida. Também no Brasil, estudos apontam maior redução da mortalidade infantil em municípios onde o PSF estava implantado, tornando-se importante ampliar a cobertura e o acesso da atenção primária no país e nos diversos Estados. (MALTA et al, 2016, p. 332-333)

Diante dos dados apresentados em relação aos municípios da área de abrangência, a Região Metropolitana I e ao Estado do Rio de Janeiro é preciso que sejam implementadas estratégias comprometidas com a ampliação da cobertura e do acesso da população à atenção primária em saúde, considerando que a atenção primária resolutiva implica na ampliação do acesso às demandas dos usuários, bem como a integração com outros níveis de assistência no SUS. (MALTA et al, 2016; STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al, 2009).

Quanto ao trabalho infantil e a identificação de situações relacionadas a adoecimentos e acidentes decorrentes da inserção precoce no trabalho, a partir dos dados utilizados na pesquisa, observa-se que na região de abrangência do

CEREST, embora tenham sido encontradas crianças e adolescentes nesta condição ilegal em um número significativo de acordo com o censo de 20010: 9 mil em Duque de Caxias, 2.400 em Magé, 1.200 em Queimados e 3.900 em São João de Meriti, que também são corroborados pelos dados do INEP, que só em Duque de Caxias identificou que que 1,7 mil alunos de 5º a 9º ano de escolas públicas trabalham fora de casa, destes 993 (57%) estudavam entre a 4ª e a 5ª série do Ensino Fundamental e 755 (43%) estudavam entre o 8º e o 9º ano. Essas informações indicam que 15% dos alunos que estão no 5º ano do ensino fundamental e 12,2% dos alunos do 9º anos estão em situação de trabalho irregular no município de Duque de Caxias. No entanto, esta estatística é invisível no SUS, às notificações nos sistemas são inexpressivas, diante da magnitude da situação a que estão submetidas às crianças e adolescentes na região. Os reflexos nocivos no desenvolvimento cognitivo, físico, emocional, psicológico, social, econômico e cultural de crianças e adolescentes são conhecidos, porém a persiste uma visão naturalizada do trabalho como estratégia de moldar o caráter da classe trabalhadora na sua subordinação ao capital.

A inserção de crianças e adolescentes precocemente no mundo do trabalho expõe a condição de vulnerabilidade, exploração e desproteção social a que estão submetidos na realidade brasileira, sobretudo aos riscos a que estão sujeitos face os efeitos nocivos dos processos de trabalho a que estão submetidos, sejam eles na indústria, na agricultura ou na rua.

Quando nos referimos à criança estes riscos estão relacionados diretamente com os fatores que ameaçam seu crescimento e desenvolvimento físico, psíquico e social ao longo de sua vida. Vale destacar, que a inserção destas crianças em situações impróprias de trabalho podem acarretar desde a perda da visão e audição, a mutilação de membros, o desvio da estrutura corporal, a atrofia do crescimento, bem como na sua forma mais nefasta levar a morte. Outro aspecto importante, e uma das consequências mais sérias e comuns é o impedimento do desenvolvimento intelectual da criança. (MINAYO-GOMEZ & MEIRELLES, 1997)

No perfil produtivo verificou-se a predominância do *setor terciário*, que aglutina o comércio e a prestação de serviços e envolve cerca de 80% da população ocupada na região, realidade que converge com a situação da já apontada por Antunes (2010) e Pochmann (2019) em relação à ampliação da precarização e da terceirização, via ampliação dos postos de trabalho no setor de serviços. Destaque para Duque de Caxias, onde o crescimento do setor terciário tem ligação, dentre outros aspectos com a prestação de serviços a empresas vinculadas a cadeia produtiva do petróleo e gás no Complexo Industrial de Campos Elíseos.

Em Queimados existe um parque industrial significativo, localizado às margens da Rodovia Presidente Dutra, KM 197, sentido São Paulo x Rio de Janeiro, o *Distrito Industrial de Queimados* foi fundado em 1976 e iniciou a comercialização de lotes em junho de 1978, iniciando a instalação das primeiras indústrias no município de Queimados. Com uma área de 2.326.575 m², possui 30 empresas nacionais e internacionais, e emprega aproximadamente 1.500 trabalhadores.

No município de Magé merece destaque a ausência de informações oficiais sobre a situação dos trabalhadores rurais e pescadores artesanais. Embora seja uma prática laborativa com importante significado social tanto localmente quanto para a região, empregando parcela expressiva de trabalhadores da agricultura familiar e pesca artesanal, é uma prática invisibilizada. Situação também notada em Duque de Caxias, o que prejudica o reconhecimento das situações de adoecimento e acidentes decorrentes da atividade laborativa. Vale destacar a situação dos pescadores de Magé e Duque de Caxias, que convivem com a degradação ambiental, poluição, contaminação dentre outros riscos oriundos da ocupação se dar na Baía da Guanabara, em área que está instalado o complexo petroquímico da região.⁶

No que diz respeito à distribuição dos empregos celetistas, é patente que em todos os municípios da região foi observada uma queda significativa do número de empregos formais a partir de 2016, o que pode ser comprovado através do nível de

⁶Em 2012 foi criado Fórum dos Atingidos pela Indústria do Petróleo e Petroquímica nas Cercanias da Baía de Guanabara (FAPP-BG)

ocupação e da taxa de desocupação apresentadas anteriormente. O que corrobora para as análises anteriores em relação ao processo de deterioração das condições de vida e trabalho na região. Neste compasso, outro dado que pode guardar relação com esta situação, é a queda no número de registros de acidentes de trabalho através da CAT, seja pelo aumento do desemprego, seja pelo impacto do processo de precarização das condições de trabalho na região.

As desigualdades de gênero e raça foram observadas nos dados relativos às condições de trabalho na região. Os dados sobre a população ocupada demonstram que o nível de ocupação é menor entre negros do que brancos, e menores entre as mulheres quando comparadas aos homens. A taxa de formalidade confirma a condição de desigualdade sendo menor entre mulheres e negros. Na desocupação juvenil a condição também é verificada, assim os jovens negros e as mulheres são os mais atingidos. No entanto, em relação a situação de saúde na sua relação com o trabalho não foi possível estabelecer um parâmetro de análise considerando os quesitos raça/cor⁷e gênero⁸ pois as bases de dados utilizadas não permitiram a desagregação segundo tais quesitos.

Conclusão

A estruturação da ST requer a incorporação de ações e práticas no SUS que considerem a relação entre saúde e trabalho, alicerçado numa perspectiva ampliada de saúde. Tambellini (1988, pág. 8) afirma que “uma Política Nacional de Saúde que quer ser eficiente e eficaz deve partir de uma concepção ampla da questão saúde que permita o redimensionamento das políticas e ações específicas nos diferentes âmbitos do poder em que se fizer necessário”. Uma política que incorpore os

7A Portaria nº 344 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União na edição de 2 de fevereiro de 2017, tornou obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. O documento é resultado de articulações entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, SEPPIR.

8As estatísticas de gênero devem refletir, segundo informações do Manual de Gênero da Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (United Nations Statistics Division - UNSD), as questões relacionadas aos aspectos da vida de mulheres e homens, incluindo as suas necessidades específicas, oportunidades ou contribuições para a sociedade. (IBGE, 2018)

interesses dos trabalhadores, suas demandas e necessidades, comprometida com a promoção, prevenção e recuperação, para tanto precisa ser pensada e conduzida com e para os trabalhadores.

No que tange a situação de saúde dos trabalhadores na região, evidencia-se a ausência de informações consistentes que envolvam toda a população trabalhadora, fato associado de um lado à pulverização das informações nos sistemas oficiais disponíveis para consulta, e de outro a subnotificação dos registros nos referidos sistemas de informação. Apesar disso, constata-se que tais informações revelam a magnitude dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho na região, bem como reafirmam a necessidade de integração dos sistemas de informação, de estabelecimento de estratégias que qualifiquem os dados e reduzam a subnotificação.

Este é um panorama da grave situação a que estão submetidos os trabalhadores na região, o aviltamento das condições de trabalho, a supressão de direitos, a invisibilidade social, a desproteção social, a discriminação, e a exposição a riscos ocupacionais. Pouco se sabe sobre estes trabalhadores, as informações são escassas, porém indicam a necessidade de ações efetivas por parte dos governos federal, estadual e municipais.

É crucial que os gestores locais, o controle social, os profissionais de saúde e demais sujeitos envolvidos com a questão, assumam a saúde do trabalhador como uma área de ação e intervenção dentro do Sistema Único de Saúde, para isto destacamos como ação prioritárias para a região: 1 – Criar e formalizar as referências técnicas em saúde do trabalhador, nas áreas de Vigilância em Saúde nos municípios que compõem a Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro; 2 – Mapear os serviços de saúde do trabalhador existentes na região; 3 – Identificar o perfil epidemiológico de morbi-mortalidade e indicadores diversos de saúde-doença com vistas à um diagnóstico sanitário; 4 – Mapear da rede de saúde na região abrangida, compreendendo equipes de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde da família e agentes comunitários de saúde, urgência, emergência,

rede sentinela, especialidades, números de profissionais; 5 - Identificar potenciais parceiros na região para ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador VISAT); 6 - Elaborar Perfil econômico-produtivo da região identificando a diversidade e os grandes empreendimentos potencialmente impactantes para a saúde do trabalhador; 7 - Estabelecer o perfil de representação sindical, identificando as representações potencialmente capazes de atuar nas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador.

As ações propostas contribuem para a construção de um diagnóstico situacional e estrutural das condições de saúde dos trabalhadores na região, possibilitando a identificação de prioridades em relação às ações de saúde do trabalhador. Uma ação efetiva no campo da saúde do trabalhador exige o conhecimento da realidade e a apropriação do trabalhador como sujeito de todo o processo e não como mero objeto. E, portanto, será sempre um capítulo inconcluso, que demanda constante atualização e incorporação de novos indicadores que devem ser alvo de um processo de construção coletiva. No âmbito do SUS é preciso romper com a marginalidade da saúde do trabalhador, Vasconcellos (2011, p. 37) adverte que “*o campo da saúde do trabalhador foi acolhido parcialmente pela saúde pública e vive o permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico operacional por dentro das práticas de saúde em geral.*” Torna-se primordial ocupar espaços decisórios e de gestão com a pauta da saúde do trabalhador, dar visibilidade a sua capilaridade, transversalidade, intersetorialidade e pluralidade.

Assim a criação de mecanismos de controle social, bem como da estruturação das áreas técnicas de saúde do trabalhador nos municípios e na região, são estratégias de fortalecimento da área no quadro atual de desmonte dos direitos sociais, agravados pelas contrarreformas trabalhistas, da saúde e da previdência social. Por fim, é essencial debater os desafios postos à efetivação de uma política de saúde do trabalhador na contemporaneidade comprometida com os interesses da classe trabalhadora, apresentando uma reflexão acerca da situação de saúde dos trabalhadores na região, discorrendo sobre a necessidade premente de fortalecimento desta política no SUS.

Referência Bibliográfica

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho no Brasil: Reestruturação e precariedade. **Revista Nueva Sociedad, Junho 2012**, ISSN: 0251-3552.

ANTUNES, R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, set. 2015 .

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Guia para análise da situação de saúde do trabalhador: SUS/Bahia**. Salvador, BA: DIVAST/CESAT, 2014. 92 p. il. color.

BATISTA, J.; BARRETO, M. da S.; MERINO, M. de F. G. L.; FRACASSO, N. V.; BALDISSERA, V. D. A. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas entre beneficiários de planos de saúde no Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 8, 2018. DOI: 10.19175/recom.v8i0.1870. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1870>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437/GM de 7 de dezembro de 2005** (revogada - vide Portaria 2.728 abaixo) Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS.

GIOVANELLA L, et. al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009; 14(3):783-794 [Acessado 31 Agosto 2021]..

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no BRASIL, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v.

21, n. 2 [Acessado 31 Agosto 2021].

MESQUITA FILHO, M.; JORGE, M. H. P. M. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2007, v. 10, n. 4.

POCHMANN, M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. **Cien Saude Colet [periódico na internet]** (2019/Nov).

SANTO, A. H. Causas Mal definidas de morte e óbitos sem assistência. **Revista da associação Médica Brasileira**, 2008.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

TAMBELLINI, Anamaria Testa. **Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1., 1986, Brasília, DF. Anais. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz, 1988. Mimeografado.

VASCONCELLOS, L. C. F. & MACHADO, J. M. H. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado**. In Minayo Gomes, Carlos (org). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.