



FELIPE ROVERE DINIZ REIS

**CRITÉRIOS PARA AUDITORIA  
DO PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE  
SAÚDE OCUPACIONAL**

CAMPINAS  
2015





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

FELIPE ROVERE DINIZ REIS

**CRITÉRIOS PARA AUDITORIA DO  
PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE  
SAÚDE OCUPACIONAL**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva área de concentração Epidemiologia.

---

ORIENTADOR: Prof. Dr. Satoshi Kitamura

*ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO FELIPE ROVERE  
DINIZ REIS E ORIENTADO PELO PROF. DR. SATOSHI  
KITAMURA.*

CAMPINAS

2015

**Ficha catalográfica**  
**Universidade Estadual de Campinas**  
**Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas**  
**Maristella Soares dos Santos – CRB 8/8402**

---

R277c Reis, Felipe Rovere Diniz, 1979-  
Critérios para auditoria do programa de controle médico de saúde ocupacional / Felipe Rovere Diniz Reis. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Satoshi Kitamura.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Controle de risco. 3. Auditoria médica.  
I. Kitamura, Satoshi, 1945-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

---

**Informações para a Biblioteca Digital**

**Título em outro idioma:** Criteria for audit of the Occupational Health Medical Control Program

**Palavras-chave em inglês:**

Occupational health

Risk management

Medical audit

**Área de concentração:** Epidemiologia

**Titulação:** Doutor em Saúde Coletiva

**Banca Examinadora:**

Satoshi Kitamura [Orientador]

Sérgio Roberto de Lucca

Valmir Antônio Zullian de Azevedo

José Tarcísio Penteado Buschinelli

Ildeberto Muniz de Almeida

**Data da Defesa:** 20-02-2015

**Programa de Pós-graduação:** Saúde Coletiva

---

## BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

FELIPE ROVERE DINIZ REIS

---

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SATOSHI KITAMURA

---

### MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SATOSHI KITAMURA



2. PROF(A). DR(A). SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA



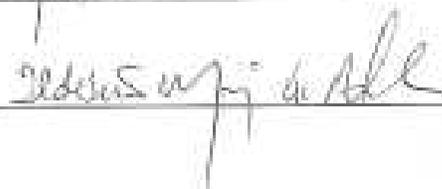
3. PROF(A). DR(A). VALMIR ANTONIO ZULIAN DE AZEVEDO



4. PROF(A). DR(A). JOSÉ TARCÍSIO BUSCHINELLI



5. PROF(A). DR(A). ILDEBERTO MUNIZ DE ALMEIDA



---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

Data: 20 de fevereiro de 2015

---



Para diminuir os custos sociais decorrentes dos riscos relacionados ao trabalho, os Estados criam normas que obrigam o empregador a controlar a saúde ocupacional dos trabalhadores. No Brasil, estas ações devem estar dispostas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, segundo obriga a Norma Regulamentadora nº 07.

Para garantir o cumprimento desta norma, tanto o Estado quanto o empregador podem auditar o PCMSO; no entanto, não existem critérios para realizar esta auditoria.

O objetivo deste estudo foi verificar a aplicabilidade desta auditoria dentro do modelo brasileiro de controle estatal em saúde ocupacional e propor critérios para sua realização.

Para isso, foi feita uma revisão narrativa da literatura, para reconhecer o controle estatal no Brasil, tanto no que se refere às normas referentes à fiscalização em saúde e segurança no trabalho e ao seguro acidente de trabalho quanto às propostas para sua melhoria.

Os resultados indicaram que o Estado ao se basear em normas punitivas e reparadoras através de uma fiscalização pontual e repressora falha tanto em reduzir o número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho quanto em estimular o cumprimento voluntário da lei.

Indicaram também que as propostas de melhoria do controle estatal (aumento do número de fiscais, flexibilização da alíquota do seguro acidente de trabalho e a fiscalização programática) seguem o modelo de controle adotado por diversos países desenvolvidos.

No entanto, ao contrário destes países, o Brasil ainda não possui incentivos à adoção de Sistemas de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho, os quais no Brasil deveriam contemplar uma auditoria do PCMSO.

Desta forma, foram sugeridos 20 critérios para auditoria do PCMSO.

Tais critérios podem ser usados para avaliar o cumprimento da NR-07, tanto pela empresa para melhorar seu sistema de gestão da saúde ocupacional e fundamentar um pedido de redução da alíquota do Seguro Acidente de Trabalho, quanto pelo Estado para aumentar a capacidade da fiscalização, fundamentar a redução da alíquota do Seguro Acidente de Trabalho e incentivar a adoção dos Sistemas de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho.

**Palavras-chave:** saúde do trabalhador, gestão de risco, auditoria médica.

## **ABSTRACT**

To reduce the social consequences of the risks related to the work, the States shall establish rules, which require the employer to control the occupational health of workers. In Brazil, these actions are to be arranged in the Medical Control Program of Occupational Health in accord to which requires Regulatory Standard 07.

To ensure compliance with this standard, both State and the employer can audit the PCMSO; however, there are no criteria to perform this.

The objective of this study was to verify the applicability of this audit within the Brazilian model of state control in occupational health and propose criteria for its realization.

For this it was made a narrative review of the literature to recognize state control in Brazil both in regard to relating to supervisory standards in health and safety at work and occupational accident insurance on the proposals for improvement.

The results indicated that the State to be based on rules punitive and remedial and through supervision timely and repressive fail both in reduce the number of work-related accidents and diseases as well as to encourage voluntary compliance.

They also indicated that the state control improvement proposals (increase in tax, easing of workers' compensation insurance rate and programmatic oversight) follow the control model adopted by many developed countries.

However, unlike these countries, Brazil yet does not have incentives for adoption of Management Systems Health and Safety at Work. When they are adopted by companies in Brazil, it should include an audit of PCMSO.

Thus, were suggested 20 criteria for audit the PCMSO.

They may be used to assess compliance with NR-07, both the company to improve their occupational health management system and support an application for reduction of social security tax rate, and the State to increase the surveillance capacity, support the reduction of social security tax rate and encouraging the adoption of Occupational Health and Security Management Systems.

**Keywords:** occupational health, risk management, medical audit.

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	xiii
AGRADECIMENTOS .....	xv
EPÍGRAFE .....	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xix
GLOSSÁRIO .....	xxi
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. OBJETIVOS.....	7
III. METODOLOGIA .....	9
IV. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	11
4.1. Evolução normativa do controle estatal em saúde ocupacional.....	11
4.1.1. Fiscalização em Saúde e Segurança no Trabalho.....	11
4.1.2. Seguro Acidente de Trabalho .....	17
4.2. A ineficácia do modelo de controle estatal.....	21
4.3. Propostas para melhoria do controle em SST.....	27
4.3.1. Aumento da capacidade de fiscalização .....	29
4.3.2. Incentivo à fiscalização programática .....	33
4.3.3. Flexibilização do Seguro Acidente de Trabalho .....	37

4.3.4. Incentivo aos Sistemas de Gestão em SST .....	41
4.4. Critérios para auditoria do PCMSO.....	45
4.4.1. Auditoria em saúde e segurança no trabalho .....	45
4.4.2. Utilização dos critérios pelo Estado e pelas empresas .....	49
4.4.3. Método de elaboração e avaliação dos critérios .....	55
4.4.4. Critérios .....	59
4.4.5. Limites e restrições dos critérios.....	93
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	97
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
VII. APÊNDICES	
I - Formulário para auditoria do PCMSO.....	119
II – Carta do Orientador à Comissão da Pós-graduação .....	125

## **DEDICATÓRIA**

Aos trabalhadores que, mesmo sob risco, constroem um mundo melhor.

Àqueles médicos que dedicam atenção integral à saúde no trabalho.

Àquelas empresas que acreditam na saúde ocupacional.

Às minhas filhas, para que busquem o conhecimento com ética.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu mestre, Prof. Satosthi Kitamura pelo exemplo de dedicação à docência.

Aos Professores integrantes da banca pela contribuição amistosa.

A todos os colegas da Área de Saúde do Trabalhador pela salutar convivência.

Aos colegas, médicos coordenadores e auditores, pelas sugestões.

Aos meus pais e à minha esposa, por me incentivarem à vida acadêmica.



## **EPIGRAFE**

“Demonstrações dos benefícios econômicos da prevenção dos acidentes e da melhoria das condições de trabalho, inclusive a produtividade, podem conduzir a maiores investimentos em prevenção.”

***Bernardo Bedrikow (1924-2008)***



## LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

AFT: Auditor Fiscal do Trabalho

BSI: British Standart Institute

CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho

CID: Código Internacional de Doenças

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CNAE: Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNPS: Conselho Nacional da Previdência Social

CRST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DORT: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DRT: Delegacia Regional do Trabalho

FAP: Fator Acidentário Previdenciário

FUNDACENTRO: Fundação Carlos Duprat Figueiredo

ILO: International Labor Office

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

ISO: International Standard Office

LER: Lesão por Esforço Repetitivo

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

MTE: Ministério do Trabalho e Emprego

NBR: Norma Brasileira de Referência

NR: Norma Regulamentadora

NTEP: Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial da Saúde

OSHA: Occupational Safety and Health Administration

OSHAS: Occupational Safety and Health Administration System

PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PNSST: Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho

PPA: Plano Plurianual

PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

RAT: Riscos Ambientais do Trabalho

RENAST: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RFB: Receita Federal do Brasil

SAT: Seguro Acidentário do Trabalho

SESMT: Serviço Especializado em Saúde e Segurança no Trabalho

SFIT: Sistema Federal de Inspeção do Trabalho

SGSST: Sistema de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho

SST: Saúde e Segurança no Trabalho

SUS: Sistema Único de Saúde

UNEP: United Nations Environment Program

## GLOSSÁRIO

**Ação fiscal:** ações adotadas pelos auditores fiscais do trabalho dentro de um processo administrativo de fiscalização movido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, normalmente aberto após denúncias de irregularidades trabalhistas.

**Classificação Nacional de Atividades Econômicas:** instrumento de padronização nacional dos códigos de atividades econômicas e dos critérios de enquadramento utilizados pelos órgãos da administração tributária do país.

**Fator Acidentário Previdenciário:** permite a flexibilização da tributação coletiva dos Riscos Ambientais do Trabalho (RAT) através da redução ou majoração das alíquotas RAT de 1, 2 ou 3% segundo desempenho de cada empresa no interior da CNAE.

**Nexo causal:** relação teórica, técnica e racional que se estabelece entre determinado trabalho, considerando todos os riscos, e determinado dano, considerando todas as suas causas.

**Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário:** é a metodologia utilizada pela Previdência Social para relacionar estatisticamente doenças - Classificação Internacional de Doenças (CID) - e atividades econômicas - Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) durante a avaliação pericial para concessão de benefício acidentário (B-91).

**Risco:** é o resultado da exposição a um perigo (a propriedade intrínseca de uma situação que pode provocar danos, normalmente expresso em probabilidade).

**Seguro Acidentário do Trabalho ou Riscos Ambientais do Trabalho:** é a contribuição da empresa, prevista no inciso II do artigo 22 da Lei 8212/91 e consiste em um percentual que mede o risco da atividade econômica, com base no qual é cobrada a contribuição para financiar os benefícios previdenciários decorrentes de incapacidade laborativa relacionada aos riscos ocupacionais, podendo variar de 1 a 3% e incidindo sobre a folha de pagamento.

**Sistema de Gestão em Saúde e Segurança no trabalho:** trata-se de um método lógico e gradual de decidir o que e como fazer, acompanhando gradualmente os objetivos estabelecidos e avaliando os resultados, tendo como objetivo proporcionar um método de avaliar e de melhorar comportamentos relativamente à prevenção de incidentes e de acidentes nos locais de trabalho, através da gestão efetiva de riscos laborais.

**Ônus da prova:** obrigação legal de comprovar com alegações racionais e outras provas o nexo causal entre o dano alegado (doença) e o trabalho. Enquanto no direito civil esta obrigação é de quem alega o dano, no direito do trabalho esta obrigação recai sobre o empregador.

## **I.INTRODUÇÃO**

O trabalho possui riscos que o tornam insalubre e que, se não forem controlados ou eliminados, podem gerar danos aos trabalhadores que representarão um ônus a toda a sociedade. Assim, o direito à livre iniciativa empresarial e ao desenvolvimento de uma atividade produtiva deve respeitar a obrigação de controlar estes riscos.

Neste sentido, para garantir a preservação da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho, as sociedades buscam estabelecer normas de conduta empresariais que exigem um controle sob as condições de trabalho. Tais normas são criadas pelas diversas demandas sociais em função das mudanças tanto nas relações de trabalho quanto nos processos produtivos.

Estas normas podem ser:

- obrigatórias e sujeitas à fiscalização estatal, como é o caso da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07), que obriga os empregadores a gerenciar a saúde ocupacional através de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) ou

- voluntárias e sujeitas ou não à auditoria de um organismo certificador privado, como é o caso da Occupational Safety and Health Administration System (OSHAS) 18001 e da ILO-OSH 2001, que comprova a implementação de um Sistema de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho (SGSST).

No Brasil, os custos sociais com acidentes e doenças relacionadas ao trabalho vêm aumentando ao longo dos últimos anos, o que nos faz questionar a eficácia do controle estatal em Saúde e Segurança no Trabalho (SST).

Normas legais desatualizadas - editadas a mais de 30 anos - fiscalizadas precariamente e de forma essencialmente punitiva, associadas às mudanças aceleradas nos processos produtivos e nas relações de trabalho, são alguns dos motivos que explicam a ineficácia do controle estatal em SST.

Considerando estes fatores, principalmente às mudanças aceleradas nos processos produtivos e nos riscos a eles relacionados, o cumprimento da norma obrigatória (estatal) pode não ser totalmente suficiente para diminuir o número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho nem para agregar valor aos produtos e serviços das empresas.

Assim, num mercado globalizado, de ampla concorrência e terceirização, aonde as exigências dos consumidores e das empresas contratantes vão além do cumprimento da norma legal, surgiram normas de SST de cumprimento voluntário, como a OSHAS 18001 e a ILO-OSH 2001.

No Brasil, o Estado, através da Resolução MPS/CNPS nº 1316 de 31 de maio de 2010, previu que a empresa, mesmo com indicadores ruins de acidentes e doenças profissionais, pode requerer a redução da alíquota de Seguro Acidente de Trabalho (SAT), desde que comprove investimentos em SST realizando entre outras ações uma avaliação do PCMSO e do PPRA, ou, em outras palavras, uma auditoria das ações de SST.

As normas voluntárias, como por exemplo a OSHAS 18001, exigem do empregador realizar auditorias das ações relacionadas à SST e *no mínimo* exigem cumprimento integral das normas legais. Em outras palavras, o que se exige é que empresas brasileiras que adotem SGSST, como a OSHAS 18001, cumpram integralmente as normas relacionadas à SST, entre elas a NR-07.

Assim, o Estado brasileiro, através da redução da alíquota do SAT, prevê benefícios fiscais aos empregadores que apresentam provas do investimento em SST, entre elas a realização periódica de auditoria em SST. De qualquer forma, embora o Estado possa estimular a adoção de normas voluntárias, ele só pode exigir o cumprimento da norma legal. Assim, é razoável considerar satisfatória uma auditoria do PCMSO que avalie apenas o cumprimento da NR-07. Ou seja, para o Estado brasileiro, o mínimo a ser auditado dentro do PCMSO é se este programa cumpre a NR-07.

Ocorre que a NR-07 é uma norma de gestão que estabelece princípios - obrigações genéricas - que contemplam diversas obrigações assessórias impostas pela boa prática da medicina do trabalho. Assim, as exigências impostas por um mesmo item podem ser diferentes, dependendo do tipo de atividade produtiva, dos riscos existentes e do número de trabalhadores acompanhados no programa.

Considerando as dúvidas dos empregadores em relação às obrigações impostas na NR-07, em 1996, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) emitiu uma Nota Técnica para orientar a adequada operacionalização do PCMSO.

Em outras palavras, o MTE indicou, de forma sucinta, os requisitos necessários para uma correta elaboração e implementação do PCMSO.

Entretanto, a Nota Técnica não previu critérios para uma auditoria do PCMSO, conforme exige a Resolução MPS/CNPS nº 1316, de 31 de maio de 2010.

Como critérios pré-definidos são essenciais a uma auditoria, em síntese, a ausência de critérios para auditoria do PCMSO impede tanto o Estado de avaliar adequadamente o cumprimento da NR 07 quanto a empresa de demonstrar o atendimento à NR 07.

O autor formou-se em medicina e fez residência em Medicina do trabalho na Universidade Federal de Minas Gerais, tendo atuado profissionalmente como Médico Perito na Justiça do Trabalho e Perito médico do Instituto Nacional de Seguridade Social até 2008 quando passou a atuar como Analista Pericial em Medicina do Trabalho do Ministério Público do Trabalho na 15ª Procuradoria Regional do Trabalho em Campinas.

Neste último trabalho sua principal atividade é avaliar o cumprimento pelas empresas investigadas das normas obrigatórias de SST relacionadas à saúde do trabalhador, ou seja, avaliar ou “auditar” o PCMSO destas empresas.

Apesar de já ter auditado muitos PCMSO de diversas empresas de diversos tamanhos e atividades econômicas, o autor desconhece estudos na literatura técnica que tracem critérios para esta auditoria.

Além disso, da análise de diversos PCMSO dentro de inquéritos civis públicos na Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região, o autor pode perceber que a maioria das infrações relacionadas à NR 07 cometidas pelas empresas normalmente ocorrem por uma interpretação restritiva dos itens da NR.

Ou seja, para o autor, e baseado em sua experiência, as empresas não adotam todas as ações necessárias para o cumprimento integral do item da NR-07 por que os profissionais técnicos responsáveis não interpretam adequadamente a norma e, portanto, não prevêm no PCMSO todas as ações necessárias para seu cumprimento integral.

Esta constatação advém do fato de que a maioria das empresas - após breves esclarecimentos prestados nos pareceres técnicos elaborados pelo autor - promove a correção das irregularidades, especialmente no que tange à realização de exames complementares e análise estatística dos dados de adoecimento.

Assim, a partir de sua experiência, o autor questiona:

- Quais as características do modelo de controle estatal em SST, quando consideradas as principais normas e a fiscalização?
- O controle estatal tem sido eficaz em reduzir os gastos com acidentes e doenças relacionadas ao trabalho?
- Quais as propostas apresentadas atualmente para melhorar este controle?
- A auditoria do PCMSO se enquadra em alguma destas propostas?
- Quais seriam os critérios para auditoria do PCMSO?

Desta forma, este trabalho é inédito, pois fundamenta a necessidade de estabelecer critérios para auditoria do PCMSO, e relevante, pois os critérios propostos podem possibilitar o Estado e a empresa auditarem o PCMSO segundo os princípios da NR-07.

## **II. OBJETIVOS**

### *Objetivo geral:*

Propor critérios para auditoria do PCMSO de acordo com a NR-07.

### *Objetivos específicos:*

- analisar as características do modelo de controle estatal em SST, no que se refere às principais normas e à fiscalização;

- analisar se modelo de controle estatal vigente tem sido capaz de reduzir o número de acidentes e doenças do trabalho e dos benefícios previdenciários acidentários;

- descrever, analisar e discutir as propostas estatais adotadas no Brasil e em outros países para melhorar este controle;

- avaliar de que forma a auditoria do PCMSO se enquadra nestas propostas com vistas na sua adoção no país para melhorar os indicadores de SST;



### III. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada e qualitativa, pois objetiva discutir teoricamente a aplicação dos critérios de auditoria do PCMSO e, a partir daí, propor os critérios e os parâmetros para avaliação do seu cumprimento, através da atribuição de significados dispostos no referencial teórico, tendo a experiência do pesquisador como instrumento-chave.

Além disso, trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, pois visa provocar o esclarecimento de uma situação, através do levantamento do estado da arte para a tomada de consciência.

A revisão bibliográfica foi realizada entre março de 2011 e outubro de 2014, através de uma busca nas bases de dados SciELO, PubMed, Medline e *Google*. Não foi definido um período específico para as datas das publicações e foram utilizados os descritores em português e inglês:

- saúde do trabalhador e occupational health;
- fiscalização do trabalho e labor inspection;
- vigilância em saúde do trabalhador e occupational health surveillance;
- acidente de trabalho e occupational accidents;
- doenças ocupacionais e occupational diseases;
- sistemas de gestão em saúde e segurança no trabalho e management systems in health and safety;
- auditoria médica e medical audit.

Foram utilizados, também, documentos oficiais, como leis, portarias, boletins, relatórios, normas e manuais técnicos disponibilizados nos *sites* do Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Fundacentro, Câmara Federal e Senado Federal, assim como capítulos de livros pertinentes ao tema.

O autor declara não haver conflito de interesses.

O estudo não envolve pesquisa com seres humanos e, por isso, não foi submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme arrazoado e disposto no Anexo II.

## **IV. RESULTADOS e DISCUSSÃO**

### **4.1. Evolução normativa do controle estatal em saúde ocupacional**

#### ***4.1.1. Fiscalização em Saúde e Segurança no Trabalho***

No Brasil, a primeira norma que se refere à saúde ocupacional surgiu em 1891 e determinava que as fábricas da Capital, Rio de Janeiro, deveriam ser fiscalizadas mensalmente pelo inspetor geral do trabalho, para proibir o trabalho de menores de doze anos, exceto como aprendizes, e exigir que os ambientes de trabalho fossem ventilados e que a exposição aos produtos químicos fosse controlada (1).

Com a abertura do mercado nacional à produção de bens industrializados no início do século XX, o Brasil viveu uma verdadeira “Revolução industrial” e junto com esta mudança também vieram os problemas sociais, como urbanização descontrolada, más condições de trabalho e baixos salários, que geraram reivindicações sociais por direitos trabalhistas que, associados às recomendações de organismos internacionais, principalmente a OIT, fizeram o Estado brasileiro aumentar o controle sobre as condições e relações de trabalho (2).

Assim, em 1918, foi criado o Departamento Nacional do Trabalho, o qual ficou responsável pela elaboração de leis e regulamentos técnicos para a fiscalização do trabalho (3).

A reforma constitucional de 1926 fortaleceu e centralizou o Estado e a competência para legislar sobre o trabalho passou a ser da União, sendo criadas as primeiras Inspetorias Regionais do Trabalho (4), as quais logo depois foram transformadas em Delegacias Regionais do Trabalho (5), sendo necessário mais 25 anos para que o Brasil regulamentasse a Inspeção do Trabalho (6).

Na avaliação de um dos historiadores da inspeção do trabalho no Brasil, a legislação desse período “caracteriza-se pela sua falta de aplicação, por descumprimento e ausência de efetiva fiscalização” (7).

De acordo com CLT, normatizada em 1943, o controle da SST deveria ser implementado através de normas regulamentadoras (8). No entanto, mesmo com a sugestão do Comitê Misto da OIT/OMS de 1950 - posteriormente disposta na Convenção 161 da OIT (9) - para que as empresas e os governos adotassem ações de promoção e prevenção da saúde ocupacional, tais normas regulamentadoras demoraram 30 anos para serem formuladas.

Segundo propalado, o crescimento acelerado da indústria nacional durante o “milagre econômico” devido à abertura ao capital estrangeiro através da criação da Companhia Vale do Rio Doce e da Companhia Siderúrgica Nacional e da realização de grandes obras, como a Usina de Itaipu, a Transamazônica e a Ponte Rio – Niterói, colocaram o Brasil na liderança das estatísticas de acidentes de trabalho.

Assim, sob pressões externas (10) e considerando o modelo de crescimento do período ditatorial pautado binômio “crescimento e segurança”, principalmente após a adoção da Convenção 81 da OIT (11), o governo criou a FUNDACENTRO (12) cuja primeira missão foi propor as Normas Regulamentadoras incorporadas juridicamente pela Portaria 3214 (13).

Entre as 28 Normas Regulamentadoras que entraram em vigor em 1978, estavam a NR 07 (“Exames Médicos”, atualmente definida como “Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional”), a NR-09 (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e a NR-04 (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT), sendo que esta, sob influência da Recomendação 112 da OIT, previa a contratação de profissionais especializados, entre eles, médicos do trabalho e engenheiros de segurança no trabalho (14).

Frente à grande demanda das empresas por estes profissionais para cumprimento das Normas Regulamentadoras, a FUNDACENTRO, em parceria com diversas Universidades públicas, ofertou cursos de especialização formando milhares destes profissionais que ocupariam os SESMT das empresas. Desta forma, neste momento consolidou-se que as ações de saúde dos trabalhadores seriam desenvolvidas principalmente pelas próprias empresas.

As pequenas empresas, no entanto, não seriam obrigadas a constituir SESMT com empregados próprios, podendo contratar os serviços relacionados à saúde e à segurança de empresas ou profissionais externos, numa espécie de terceirização.

O que se viu depois disso foi o surgimento de um mercado para empresas de terceirização de serviços de SST, que desvinculadas da responsabilidade da empresa contratante sob o empregado, oferecem a esta serviços de má qualidade, na maioria das vezes documentos de SST - documentos-base do PCMSO e o PPRA - sem nem mesmo visitar os ambientes de trabalho para avaliar adequadamente os riscos.

Nesta época, a participação dos trabalhadores estava restrita à atuação da CIPA e os interesses dos trabalhadores em SST que contrariavam os interesses dos empregadores geravam uma crescente demanda por maior participação dos trabalhadores no controle da SST.

Com a Reforma Sanitária brasileira (15), principalmente nos anos 80, os trabalhadores, através da criação da Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador e do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e Ambientes de Trabalho, reivindicaram maior participação no controle e na fiscalização das condições de trabalho (16).

Tanto que durante a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, foi proposto que a saúde dos trabalhadores fosse incorporada na Saúde Pública (17). Assim, com a Constituição de 1988, as ações de controle em SST (18) foram divididas em: ações de “vigilância”, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, atualmente voltadas à assistência ao trabalhador adoecido ou acidentado; ações de “fiscalização”, desenvolvidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, atualmente voltadas à atuação e interdição por descumprimento da lei; e ações reparatórias desenvolvidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social,

atualmente voltadas a assegurar auxílio financeiro ao trabalhador incapacitado para o trabalho.

Portanto, na prática, as ações em relação à prevenção e promoção da SST continuam geridas pelas empresas, basicamente dentro do PCMSO e do PPRA. Desta forma, podemos constatar três momentos diferenciados relativos à inserção da atenção à saúde dos trabalhadores do SUS (19):

- Primeiro momento - entre 1978 e 1986 - é marcado pela efervescência de idéias e pressupostos que conformam o campo de práticas e saberes da Saúde do Trabalhador, que inclui a atenção do trabalhador enquanto prática de saúde diferenciada;

- Segundo momento - entre 1987 e 1990 - é marcado pela institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador na rede básica de serviços da saúde, através da conquista no âmbito legal e dos avanços no nível institucional, com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

- Terceiro momento - entre 1991 e 2001 - marcado pela implantação da Saúde do Trabalhador no SUS, por um lado com a ampliação dos marcos legais como a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS), instituída pela Portaria 3908 de 30/10/1998, e por outro, com amplas reformas administrativas.

Foi somente nos últimos anos, com o aumento significativo dos gastos previdenciários com doenças relacionadas ao trabalho e, através da criação do Grupo de Trabalho Interministerial MPAS/MS/MTE e a apresentação da proposta de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, que o controle estatal começou a ser repensado para privilegiar as ações de prevenção (20).

Assim, o governo criou o Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional com o objetivo de articular a atuação dos órgãos envolvidos e propor políticas de prevenção em SST (21).

No entanto, a construção desta política deve envolver não só os órgãos estatais, mas também os órgãos de representação dos trabalhadores e dos empregadores (22), conforme preconizado no Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores da OMS elaborado em 2007 (23).

Assim, em 2008, foi criada a Comissão Tripartite de SST, que revisou a proposta apresentada unilateralmente pelo Estado e manteve como princípio da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída pelo Decreto 7602 de 2011, a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as ações de assistência, reabilitação e reparação (24).

Finalmente, em 2012, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), que tem, entre suas diretrizes, promover uma fiscalização programática e promover a implantação de SGSST nos locais de trabalho, através da formulação de uma NR de Gestão em SST (25).

#### **4.1.2. Seguro Acidente de Trabalho**

Considerando que o trabalho possui riscos, deve ser garantida uma compensação financeira aos trabalhadores lesionados, seja na forma de benefícios, seja através de indenização, para aqueles que ficaram impossibilitados temporariamente ou definitivamente para o trabalho.

No entanto, no Brasil, até 1919, os trabalhadores assalariados não tinham qualquer garantia de indenização ou benefícios que lhes assegurasse um mínimo suficiente à manutenção da sua condição de vida. Isso gerava não só problemas ao próprio trabalhador e à sua família, como também a toda sociedade, que, de forma indireta, perdia produtividade.

Com o início da industrialização e o crescimento da população trabalhadora assalariada nas zonas urbanas, o Estado criou a primeira lei acidentária, que, nas indústrias da Capital - na época o Rio de Janeiro - obrigava o empregador culpado pelo acidente que lesou o trabalhador a pagar uma indenização igual a três anos de salário à família em caso de morte ou incapacidade por mais de um ano (26).

Mas naquela época, muitos empregadores não pagavam as indenizações por falta de recursos financeiros, ausência de fiscalização e/ou restrição do conceito de acidente de trabalho.

Assim, foi necessário, através da segunda lei acidentária, não só ampliar o conceito de acidente de trabalho, mas também obrigar o empregador a contratar um seguro acidente de trabalho (SAT) privado ou depositar mensalmente num banco público uma quantia que variava segundo o número de empregados e que poderia aumentar em até três vezes caso a atividade fosse perigosa (27).

Mas, até então, os danos sofridos pelo empregado só eram responsabilidade do empregador se fosse estabelecida uma relação de nexos causal direta com o trabalho exigido pelo empregador. Assim, danos porventura ocasionados por terceiros não eram indenizados. Por isso, a terceira lei acidentária passou a obrigar os empregadores a indenizarem danos causados por terceiros (28).

Além disso, a terceira lei acidentária inovou, determinando que os estabelecimentos industriais com mais de 500 empregados mantivessem serviços de assistência médica para prestar atendimento de primeiros socorros aos acidentados e atestar a natureza do dano, sua causa e evolução e o grau de incapacidade para o trabalho, fundamentando tecnicamente a indenização laboral.

Finalmente, em 1967, através da quarta lei acidentária o SAT foi estatizado e passou a ser obrigação do Estado, que, através de impostos, deveria garantir o seu custeio (29), calculado em função do risco da atividade produtiva, pois as estatísticas de acidentes variavam significativamente dependendo do tipo de atividade produtiva a empresa. Assim, em 1976, a quinta lei acidentária determinou a taxação das empresas de acordo com o seu grau de risco, podendo o imposto ser 0,4%, 1,2% ou 2,5% da folha de pagamento (30).

Com as Leis 5316 (31) e 6367 (32), o seguro passou a ser prerrogativa definitiva do Estado, e, após a Constituição de 1988, tal responsabilidade foi consolidada nas Leis 7787 (33) e 8212 (34).

No entanto, a socialização do SAT não impediu que, em 1998, a Emenda Constitucional nº 20 passasse a permitir a concorrência da iniciativa privada no SAT, embora estas empresas, mesmo contribuindo com seguros privados, sejam obrigadas a contribuir com o seguro estatal, sem qualquer incentivo (35).

Até então os empregadores de mesmo CNAE mas com estatísticas diferentes de acidentalidade eram onerados da mesma forma e isto representava uma “injustiça”. Tal histórico normativo demonstra a preponderância da reparação sobre a prevenção, aproximando-se do modelo tradicional de controle estatal (37).

Assim, embora as Leis 7787, 8212 e 10666 (36) já previssem flexibilizar (diminuindo ou aumentando) a alíquota do imposto previdenciário acidentário conforme o desempenho da empresa no que se refere aos índices de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (38), só foi possível flexibilizar o SAT após a Resolução 1236 (39) do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) e o Decreto 6042 de 2007 (40).

Este último prevê a aplicação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), que inverte o ônus da prova do nexos causal quando houver correlação epidemiológica entre as doenças (Classificação Internacional de Doenças ou CID-10) e o trabalho (Classificação Nacional de Atividade Econômica ou CNAE).

De qualquer forma, o incentivo direto ao investimento em SST – através da diminuição do SAT - só veio a ser previsto na Resolução MPS/CNPS nº 1316, de 31 de maio de 2010 (41).

#### 4.2. A ineficácia do modelo de controle estatal

Segundo dados do MTE (42), conforme a Tabela I, no período entre 2001 e 2013, embora o número de Auditores Fiscais do trabalho (AFT) e o número de empresas fiscalizadas tenham diminuído, houve um aumento da emissão de Autos de Infração. Além disso, embora tenha havido um aumento na emissão de Autos, de infração não houve um aumento correspondente na regularização (TREF).

**Tabela I – Estatística das ações fiscais do MTE relacionadas à SST**

Ano	Nº de AFT	Nº de empresas fiscalizadas (mil)	Autos de infração (mil)	TREF (%)
2001	3080	296	93	82
2002	3044	304	92	84
2003	2837	285	103	83
2004	2927	302	100	87
2005	2935	375	107	88
2006	2873	357	115	86
2007	3173	357	113	86
2008	3113	299	108	83
2009	2949	282	113	81
2010	3061	255	108	77
2011	3042	269	135	74
2012	2875	269	143	71
2013	2719	275	155	67

TREF: Regularização em estabelecimentos fiscalizados equivalente à relação percentual entre o nº de itens da legislação trabalhista irregulares após a fiscalização e o nº de itens irregulares encontrados no início da fiscalização.

Além disso, embora o número de autos de Infração tenha aumentado expressivamente no período de 2001 a 2013, os gastos com benefícios previdenciários pagos para incapacidades laborais mais que duplicaram, passando de R\$ 153 milhões em 2000 para R\$ 342 milhões em 2013 (43).

Estes gastos seriam ainda maiores se não houvesse tamanha subnotificação, conforme mostra a Tabela II, na qual fica evidente que embora os acidentes de trabalho tenham aumentado, passando de 340 mil em 2001 a 705 mil em 2012, as doenças notificadas não aumentaram na mesma proporção.

**Tabela II – Estatística de Acidentes de trabalho da Previdência Social**

<b>Ano</b>	<b>Total de Acidentes e doenças de trabalho (mil)</b>	<b>Com CAT Acidentes típicos (mil)</b>	<b>Com CAT Doenças do trabalho (mil)</b>	<b>Sem CAT (mil)</b>
<b>2001</b>	340	282	18	ND
<b>2002</b>	393	323	22	ND
<b>2003</b>	399	325	23	ND
<b>2004</b>	465	375	30	ND
<b>2005</b>	499	398	33	ND
<b>2006</b>	512	407	30	ND
<b>2007</b>	659	417	22	141
<b>2008</b>	755	441	20	204
<b>2009</b>	733	424	19	199
<b>2010</b>	709	417	17	179
<b>2011</b>	711	426	15	172
<b>2012</b>	705	423	15	164

ND: não disponível

Apesar de ter havido um aumento inicial do número de CAT registradas por doença do trabalho na primeira metade do período - passando de 18 mil em 2001 para 33 mil em 2005 - na segunda metade do período houve uma diminuição significativa - passando de 33 mil em 2005 a 15 mil em 2012.

A Tabela II indica ainda que, em 2012, foram concedidos 10 vezes mais benefícios acidentários relacionados a doenças ocupacionais sem CAT (164 mil) do que com CAT (15 mil), o que corresponderia a uma subnotificação das doenças ocupacionais na ordem de 90%.

Tal subnotificação, no período de 2007 a 2012 - pós NTEP - pode ser explicada pela ausência de multa ao empregador quando este deixa de emitir uma CAT para um trabalhador que tenha sido diagnosticado com uma doença que possua correlação epidemiológica com sua atividade econômica (44).

Esta subnotificação fica evidente em relação às doenças enquadradas no grupo das LER/DORT, principais responsáveis na última década pelos auxílios previdenciários acidentários decorrentes de doenças do trabalho.

Uma análise do Decreto 3048 de 06/05/1999 nos mostra que as LER/DORT mais prevalentes (CID M60-M79) possuem nexos técnico epidemiológico com 179 atividades econômicas.

A Tabela III, montada a partir de dados estatísticos de 2011 da Previdência Social, lista o percentual de subnotificação das LER/DORT (CID M60-M79), estimado com base no NTEP maior que 90% para diversas atividades econômicas.

Assim, conforme podemos observar na Tabela III, a subnotificação das doenças relacionadas ao trabalho em 2011 foi de:

- 92% para todas as atividades;
- 90,3% para os CNAE com NTEP estabelecido para os CID M60 a M79, que tiveram menos de 1000 acidentes;
- 86,1% para os CNAE com NTEP estabelecido para os CID M60 a M79, que tiveram mais de 1000 acidentes.

**Tabela III – Dados de acidentes de trabalho em 2011, segundo o CNAE, com nexu epidemiológico estabelecido com CID M60-M79, com percentual de subnotificação maior que 90%.**

<b>CNAE</b>	<b>Atividade</b>	<b>Total acidente</b>	<b>Sem CAT</b>	<b>Total doença</b>	<b>Subnotificação (%)</b>
0210	Prod. florestal plantada	2097	457	464	98,5
2342	Fab. de azulejos e pisos	3628	1189	1216	97,8
5320	Serv. de entrega rápida	1669	442	455	97,1
8121	Limp. prédios e domicílios	7464	3075	3171	97,0
1531	Fab. de Calçados de couro	2159	682	709	96,2
1533	Fab. de calçados sintéticos	1202	348	362	96,1
3811	Coleta res. não perigosos	6588	932	971	96
0113	Cultivo de cana-de-açúcar	5577	851	893	95,3
5620	Fornec.de alimentação	6322	1595	1675	95,2
1733	Fab. de emb.de papelão	1207	236	248	95,2
1510	Curtimento do couro	1083	269	284	94,7
1412	Conf. de vestuário	6620	2974	3164	94,0
711	Varejista alimentícios	22517	4795	5108	93,9
5111	Trans. Aéreo regular	1126	148	158	93,7
8610	Ativid. de atend. Hospitalar	51417	4747	5106	93
2222	Fab. emb. Plásticas	3948	710	764	92,9
3101	Fab. de móv.de madeira	5216	1451	1567	92,6
1411	Conf. de roupas íntimas	1209	367	397	92,4
1099	Fab.de prod.alimentícios	2123	386	419	92,1
2869	Fab. Máq.industrial	1985	327	355	92,1
2542	Fab. de art. Serralheria	1115	247	269	91,8
2539	Usi, solda, trat metais	1854	345	379	91,0
8211	Serviços de escritório	1244	251	277	90,6
8220	Teleatendimento	3475	1183	1312	90,2
2219	Fab. artefatos de borracha	1681	328	364	90,1
Outra	Todas que tiveram mais de 1000 acidentes	144526	28335	50511	86,1
Grupo	Grupo com NTEP para os CID M60-M79	777562	184096	203969	90,3
Todos	Todas as atividades	711164	172684	187767	92,0



### **4.3. Propostas para melhoria do controle em SST**

Assim, as mudanças nas relações trabalhistas e nos processos produtivos, impostos tanto pela globalização dos mercados e quanto pela internacionalização da produção, associadas à ineficácia do controle estatal tradicional, caracterizado pela punição e reparação, justificam propostas para sua melhoria.

Neste sentido, o Estado brasileiro tem buscado propostas para melhoria do controle em SST. Elas já estão previstas legalmente, mas foram implementadas recentemente e sua avaliação ainda é incipiente. Entre estas propostas destacam:

- o aumento da capacidade de fiscalização, seja pelo aumento do número de AFT, seja pela contratação de Agentes de Higiene Ocupacional, seja pela contratação de Especialistas em SST;

- o incentivo a uma fiscalização programática, direcionando as ações fiscais dentro de programas com objetivos, metas e prioridades previamente definidas;

- a flexibilização das alíquotas do SAT, na qual o Estado prevê a redução do imposto para os empregadores que comprovem investimentos em SST;

No entanto, o controle estatal em SST deve não apenas zelar por uma fiscalização efetiva dos locais de trabalho, mas também incentivar os próprios empregadores a desenvolver estratégias de gestão sistemáticas e investir em prevenção (45).

Apesar disso, até o momento, não há qualquer iniciativa estatal para incentivar os empregadores a adotarem SGSST.



#### **4.3.1. Aumento da capacidade de fiscalização**

Uma vez que a fiscalização do Estado em SST é desenvolvida por agentes estatais, sua capacidade está, senão proporcionalmente, pelo menos diretamente relacionada ao número destes agentes.

O artigo 10.º da Convenção da OIT n.º 81 estabelece que o número de inspetores do trabalho deve ser suficiente para o exercício das funções fiscalizatórias, sendo razoável um fiscal para cada:

- 10 mil trabalhadores nas economias de mercado industrializadas;
- 15 mil trabalhadores nas economias em vias de industrialização;
- 20 mil trabalhadores nas economias em transição;
- 40 mil nos países menos desenvolvidos.

A justificativa desta diferença reside no fato de que países mais desenvolvidos possuem em relação à sua população economicamente ativa mais locais e postos de trabalho a serem fiscalizados.

No Brasil, o Instituto Nacional de Pesquisas Econômicas (IPEA) informou em Nota Técnica que, quanto maior o número de AFT, menor o número de acidentes de trabalho, sendo que um acréscimo de 1 AFT para cada 1000 empresas causa uma redução de 0,06% na taxa de acidentes de trabalho (46).

Apesar disso, no Brasil, o número de AFT despencou nos últimos anos, passando de pouco mais de 1 AFT para cada 10 mil trabalhadores, em 1996, para menos de 1 AFT para cada 30 mil trabalhadores em 2014.

Considerando esta diminuição, a OIT, através do seu Comitê de Peritos em Aplicação de Convenções e Recomendações da OIT, solicitou, em 2013, que o Brasil informasse se havia alguma iniciativa concreta para aumentar o número de fiscais.

Buscando se adequar à recomendação da OIT, o MTE solicitou a realização de concurso público para provimento de 800 vagas de AFT, dado que, segundo a Nota Técnica Conjunta nº 002/2014, da Secretaria de Inspeção do Trabalho e a Coordenação Geral de Recursos Humanos do MTE, apesar do número de empregos no Brasil ter aumentado 65% nos últimos 10 anos, houve uma redução de 18% no número de fiscais, passando de 3460 para 2850 (47).

Mas, até o momento, o concurso não foi realizado e mesmo que sejam contratados estes outros 800 AFT, ainda assim o número seria insuficiente para fiscalizar *in loco* e com a periodicidade minimamente adequada a maioria dos locais de trabalho, pois, conforme disposto na Portaria 3120, o processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador deve ocorrer dentro de um princípio de prioridades e da pesquisa-intervenção, no qual o agente estatal, além de diagnosticar uma irregularidade, intervenha ativamente para mudá-la, acompanhando as mudanças propostas (48).

Assim, como os recursos estatais são escassos, surgem alternativas legais e de menor impacto financeiros aos cofres públicos para aumentar esta capacidade de fiscalização:

- a contratação de agentes de higiene ocupacional, através de concurso público, a ser realizado pelo MTE;

- a contratação de especialistas - peritos - em SST (médicos do trabalho e engenheiros de segurança do trabalho) através de processos seletivos.

A contratação de Agentes de Higiene e Segurança do Trabalho está prevista no Decreto 4552 (49) e a função destes profissionais é auxiliar os fiscais nas seguintes atividades, entre outras:

- levantamento técnico das condições de segurança nos locais de trabalho, com vistas à investigação de acidentes do trabalho;

- avaliação qualitativa ou quantitativa de riscos ambientais;

- análise das condições de risco ocupacional;

- colaboração na elaboração de recomendações sobre SST.

Estas mesmas atividades também poderiam ser realizadas por Peritos em SST, através de auditorias nas empresas fiscalizadas.

Este tipo de contratação já é feito pela Receita Federal, conforme prevê o Decreto nº 6759 (50) e a Instrução Normativa RFB nº 1020 de 2010 (51); no entanto, tais profissionais ficam responsáveis por fazer as perícias das mercadorias, avaliando se as mesmas estão regulares com a legislação.

A remuneração destes Peritos contratados é paga por Parecer ou Relatório, o qual deve ser elaborado segundo critérios previamente estabelecidos pela própria Auditoria fiscal da Receita Federal.

Desta forma, a contratação de peritos em SST pelo MTE está prevista no Artigo 22, do Decreto nº 4552, e no item 28.1.5, da NR-28, e permitiria aos AFT solicitarem o concurso de profissionais especialistas credenciados para verificar o cumprimento da legislação.

### ***4.3.2. Incentivo à fiscalização programática***

No Brasil, as ações fiscais são iniciadas por denúncias e se desenvolvem de forma pontual sob bases punitivas e repressoras. No Canadá, tal modelo de fiscalização tem se mostrado incapaz de reduzir os gastos com acidentes e doenças do trabalho (52).

Embora existam evidências de que a fiscalização reduz a incidência de acidentes e doenças do trabalho em longo prazo, principalmente se forem específicos (53), os estudos mostram que este tipo de fiscalização limita o número de empresas fiscalizadas e não garante que a irregularidade não se repetirá quando a ação fiscal terminar (54).

Assim, o modelo de fiscalização moderna, desenvolvido sob bases programáticas, prioriza as empresas com altas taxas de acidentes e que possuem um histórico de não corrigir as irregularidades apontadas nas fiscalizações anteriores (55). Neste modelo, a fiscalização possui metas de longo prazo e as ações fiscais buscam estimular a mudança do comportamento empresarial em relação à cultura de SST (56).

Em resumo, este modelo de fiscalização considera que as sanções impostas pelo Estado, embora afetem a moral da alta administração (57), são pouco coercitivas e não capazes de reduzir efetivamente os gastos sociais com acidentes e doenças do trabalho (58, 59, 60).

Neste sentido, os estudos indicam que a fiscalização deve encorajar as organizações a adotarem normas voluntárias de SGSST e explorar os resultados das auditorias conduzidas pelas próprias empresas (61).

No entanto, devem ser estabelecidos requisitos obrigatórios para a participação nos programas de fiscalização programática (62):

- o SGSST deve ser submetido a uma acreditação inicial e a revisões periódicas realizadas por um organismo certificador independente, nomeado pelo órgão estatal fiscalizador;

- o custo da auditoria deve ser arcado totalmente pelo organismo certificador;

- os resultados das auditorias devem ser entregues tanto às empresas quanto ao órgão estatal fiscalizador;

- o órgão estatal fiscalizador deve ter acesso não só aos resultados, mas a todos os documentos e relatórios das auditorias para que o organismo certificador possa ser auditado periodicamente.

No Brasil, a fiscalização programática passou a ser incentivada com a Lei 11890, de 2008, que retirou da remuneração dos fiscais qualquer forma de gratificação por produção (63).

A partir de 2010, a fiscalização possui um programa desenvolvido anualmente segundo diretrizes do Plano Plurianual (PPA) e da Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) e segundo o diagnóstico do mercado de trabalho local e da capacidade de intervenção das Delegacias Regionais do Trabalho (DRT).

No entanto, na prática a fiscalização não oferece qualquer incentivo à adoção dos SGSST e as ações programáticas não têm se desenvolvido bem, dado que qualquer denúncia que envolva risco grave ou atrasos nos pagamentos dos trabalhadores deve ser apurada imediatamente.

Este modelo de fiscalização também atende ao disposto no regulamento da Inspeção do Trabalho, que faculta ao AFT instaurar procedimentos especiais de fiscalização para a prevenção de situações reiteradamente irregulares e de difícil solução em determinado setor econômico.

No entanto, a proposta de uma fiscalização programática com critérios pré-determinados, objetivos de longo prazo e que atribuem uma maior auto-regulação às empresas, esbarra em dificuldades práticas que precisam ser superadas, pois o órgão de vigilância intervém minimamente nos ambientes de trabalho (64) e o órgão de fiscalização carece de recursos humanos e conhecimento detalhado do processo de produção (65).

Além disso, os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho das empresas ou contratados, normalmente elaboram e executam programas descontextualizados da política organizacional da empresa (66).

O exemplo mais marcante deste tipo de iniciativa foi iniciado nos EUA através do “OSHA’s Maine 200 Program”, implantado na década de 90. Este programa priorizava a fiscalização das 200 empresas com as maiores taxas de dias perdidos por acidentes e doenças relacionados ao trabalho e participação era voluntária.

As empresas que quisessem participar, além de terem menores chances de serem fiscalizadas, seriam informadas da data das fiscalizações, mas, para participar do programa deveriam implementar um Sistema de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho (SGSST) que pudesse ser auditado e deveriam emitir relatórios periódicos com as ações adotadas e recursos utilizados (67).

Em Taiwan, por exemplo, em 10 anos de implementação do programa de incentivo à implementação de SGSST, 724 empresas foram certificadas e as empresas participantes tiveram, nos últimos três anos do programa 49% menos acidentes de trabalho que as empresas não participantes e uma redução de 80% na gravidade dos acidentes (68).

A Dinamarca possui outro bom exemplo de Programa de fiscalização voluntário que tem obtido resultados positivos para a melhoria das condições de SST. Para avaliar a eficácia das suas inspeções, a agência dinamarquesa desenvolveu a “Impact Ladder”, uma ferramenta de avaliação de desempenho, que estabelece sete níveis de melhorias em SST (69).

### **4.3.3. Flexibilização do Seguro Acidente de Trabalho**

Outra proposta para aumentar a eficácia do controle estatal em SST é incentivar o investimento em SST através da redução da alíquota do imposto pago como custeio do Seguro Acidente de Trabalho (SAT).

No Brasil, como os gastos decorrentes de incapacidades temporárias ou permanentes geradas pelo trabalho (auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez acidentária, auxílio-acidente e pensão por morte relacionada ao trabalho) são custeados pelo Estado, este, para manter o correspondente custeio, criou o SAT, agora denominado Riscos Ambientais do Trabalho (RAT).

O SAT era calculado com base na atividade econômica da empresa (CNAE), podendo variar de 1 a 3% sobre a folha bruta de pagamento dos empregados no respectivo mês, exceto para as empresas que mantivessem atividades de trabalho que garantissem ao trabalhador aposentadoria especial após 15, 20 ou 25 anos. Nestes casos, o imposto poderia variar, sendo majorado em 12%, 9% ou 6%, respectivamente.

No entanto, o problema era que a alíquota do imposto (1, 2 ou 3%) era a mesma para qualquer empresa da mesma atividade econômica (CNAE) e isso desestimulava o empregador a investir em SST, pois, num primeiro momento, isso poderia prejudicar a concorrência com outras empresas do mesmo ramo.

Então, em 2002, a Lei nº 10666, de 2003, normatizou a flexibilização do imposto, reduzindo-o em até 50% ou aumentando-o em até 100% em razão do

desempenho individual da empresa em SST, mensurado segundo as estatísticas de benefícios acidentários pagos pela Previdência Social.

Esta flexibilização, no entanto, necessitava de um método de cálculo que calculasse um multiplicador, e, em 2004, através da Resolução 1236 (39), o Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) propôs um método para o cálculo de um multiplicador, chamado Fator Acidentário Previdenciário (FAP), que varia de 0,5 a 2 e incide sobre o SAT e que considera as estatísticas dos benefícios previdenciários relacionados ao trabalho ponderado por três fatores: gravidade, frequência e custo.

No entanto, como a responsabilidade principal pela notificação dos acidentes e doenças, através do registro da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), é do empregador, a subnotificação gerada pela não notificação, principalmente de doenças multicausais, como, por exemplo, as LER/DORT, impedia o cálculo confiável do FAP.

Ou seja, quando o empregado era encaminhado pela empresa à Perícia do INSS sem a respectiva CAT, o benefício era classificado como decorrente de uma doença comum (B-31) e não como decorrente de uma doença ocupacional (B-91), gerando desta forma um erro de classificação, pois os benefícios só eram classificados como acidentários pelo Perito do INSS quando da existência de uma CAT pré-registrada.

Para diminuir este erro de classificação, a Previdência Social, embasada no princípio do direito do trabalho "*in dubio pro operário*" adotou o Nexo Técnico

Epidemiológico Previdenciário (NTEP), previsto pelo Decreto 6042 de 2007 (40), e inverteu a lógica de concessão de benefícios previdenciários do tipo acidentário.

A partir do NTEP, o Médico Perito do INSS passou a considerar doenças relacionadas ao trabalho todas as doenças (Classificação Internacional de Doenças ou CID-10) que possuem correlação epidemiológica com o trabalho (Classificação Nacional de Atividade Econômica ou CNAE).

Como resultado da aplicação do NTEP, o número de acidentes de trabalho (acidentes típicos e doenças relacionadas ao trabalho) registrados pelo INSS no Brasil aumentou significativamente, eliminando desta forma - segundo o órgão previdenciário - o problema da subnotificação.

A partir de então, a Previdência Social passou a utilizar as estatísticas de benefícios acidentários para calcular o FAP e alterar as alíquotas do SAT, agora nomeado RAT.

Os primeiros resultados da aplicação desta nova metodologia de cálculo disposta no Decreto nº 6957 (70) elevou o RAT a 3% para aproximadamente 600 (seiscentos) atividades econômicas e, a partir de 2010, 56% das atividades econômicas foram classificadas como sendo de risco grave à SST.

Por outro lado, apenas 72 mil empresas tiveram a alíquota aumentada, dentre cerca de 952 mil empresas atingidas pelo cálculo.

Mas, para aumentar o investimento em SST não através da punição e repressão (aumentando o imposto), mas através do estímulo e bonificação (diminuindo o imposto), a Previdência Social, através da Resolução MPS/CNPS

nº 1316, de 31 de maio de 2010, prevê atualmente que a empresa que apresente casos de morte ou invalidez permanente poderá ter sua alíquota de imposto previdenciário (RAT) reduzida se apresentar uma prova técnica de que investe em SST devidamente homologada pelo sindicato dos trabalhadores (41).

Esta prova técnica deve ser feita através de um documento intitulado "Demonstrativo de Investimentos em Recursos Materiais, Humanos e Tecnológicos em Melhoria na Segurança do Trabalho", o qual deve:

- ser impresso;
- instruído com os documentos comprobatórios;
- datado e assinado por representante legal da empresa;
- homologado por representante do sindicato dos trabalhadores;

Entre os documentos comprobatórios que devem compor este documento temos a análise ou a auditoria do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO (71).

Ou seja, atualmente, o empregador pode requerer a redução do imposto previdenciário (RAT), mas, para isso, ele deve adotar, dentre outras ações, uma auditoria do PCMSO.

#### **4.3.4. Incentivo aos Sistemas de Gestão em SST**

Outra proposta para melhorar o controle estatal em SST é incentivar a gestão sistemática das ações executadas pelas empresas, pois investir em saúde ocupacional *além do cumprimento da lei* aumenta a produtividade e a competitividade da empresa (72).

A própria a Convenção 187 da OIT, adotada em 2006, mas ainda não ratificada pelo Brasil, dá especial importância à promoção contínua de uma cultura em que o princípio da prevenção em SST tenha a máxima prioridade (73).

No entanto, a efetividade da inspeção do trabalho depende essencialmente do crescente engajamento da sociedade e de suas organizações nas atividades de controle das condições de trabalho (74).

Neste sentido, a Convenção 81 da OIT prevê a necessidade dos governos adotarem ações para facilitar uma cooperação efetiva entre as instituições públicas e as privadas que exerçam atividades análogas relacionadas à SST e muitos países incentivam a utilização voluntária de normas de gestão como as ISO (75).

Entre as vantagens de um Sistema de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho (SGSST) está a elaboração e execução de programas lógicos e coerentes com a política empresarial, além de gerar documentos que podem ser auditados (76).

Além disso, os SGSST (77):

- reduzem o absenteísmo;
- reduzem a rotatividade;
- reduzem os custos com indenizações;
- reduzem os custos com a manutenção da planta industrial;
- aumentam a produtividade;
- aumentam a reputação social da empresa;
- aumentam a motivação tanto do empregador quanto dos empregados.

Desta forma, houve uma crescente demanda por estes sistemas de gestão, tanto que o British Standard (BSI) inglês - correspondente à ABNT no Brasil - foi pioneiro e propôs a BS 8800, com base nos conceitos prévios dispostos na ISO 9000 e ISO 14000. No entanto, a BS8800 somente estabelecia requisitos para a auditoria e certificação (78), sendo substituída pela OSHAS 18001:2007, atualmente em vigor (79).

As normas de adoção voluntária obtiveram tamanha aceitação do mercado que, em 2010, existiam aproximadamente 42 modelos de SGSST, sendo que 14 mil empresas já tinham sido certificadas em 82 países em 2004. Destes 11 mil eram certificadas pela norma OSHAS 18001 (80).

No Brasil, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) publicou a NBR 18801:2010, norma que contém os mesmos requisitos de um Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho (SGSST) impostos pela OSHAS 18001, mas até momento esta norma não entrou em vigor (81).

Entretanto, embora a OSHAS seja a norma mais conhecida e utilizada, a ILO-OSH 2001 elaborada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) é uma alternativa, cuja principal diferença é não exigir certificação e ter sido formulada através de um mecanismo de participação tripartite.

Ressalta-se que, independentemente da norma de gestão adotada, qualquer uma delas exige que a empresa deve, no mínimo, cumprir a legislação nacional e ser auditada periodicamente, sendo conveniente que se estabeleça uma metodologia para as auditorias (82).

Por fim, o controle estatal se torna mais efetivo quando o Estado incentiva as empresas a adotarem ações sistemáticas de SST (83) e as formas mais comuns para incentivar esta conduta são os programas de fiscalizações voluntários e os descontos nas alíquotas de seguro acidentário (84).



## **4.4. Critérios para auditoria do PCMSO**

### **4.4.1. Auditoria em saúde e segurança no trabalho**

A auditoria é um procedimento sistemático, independente e documentado, utilizado para avaliar objetivamente as evidências, com a finalidade de determinar em que extensão os critérios pré-estabelecidos são cumpridos (85).

Em outras palavras, a auditoria se resume em coletar evidências do cumprimento de critérios pré-definidos, através de entrevistas, análise da documentação e observações, avaliando-as e relatando-as juntamente com recomendações para cumprimento dos critérios descumpridos.

Dentro do modelo moderno de controle estatal em SST, as auditorias independentes se tornaram o tema central da fiscalização (86), tanto que a Convenção nº 81 da OIT dispõe que a fiscalização deve incentivar a cooperação efetiva entre ela e instituições privadas que exerçam atividades similares, inclusive aquelas que realizam auditorias dos Sistemas de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho.

Resumidamente, quanto ao conteúdo, as auditorias podem ser (87, 88):

- de desempenho (analisam se houve melhoria dos indicadores de SST;
- estrutural (onde se analisa se a documentação da empresa cumpre os critérios de uma norma, por exemplo, a OSHAS 18001, a ILO-OSH 2001, ou até mesmo as normas legais);

- operacional (onde se verifica se as ações previstas na documentação da empresa estão sendo implementadas).

No que tange à execução, podem ser:

- internas (desenvolvidas por profissionais que integram a organização empresarial);

- externas (desenvolvidas por profissionais não vinculados à organização empresarial).

Quanto à certificação, as auditorias podem ser:

- certificadas (recebem um selo de cumprimento dos requisitos emitidos pelo organismo certificador);

- não certificadas (as auditorias não são desenvolvidas por organismos certificadores).

Já com relação à obrigatoriedade da realização, as auditorias podem ser:

- voluntárias (realizadas para satisfazer a vontade da própria empresa ou organização empresarial);

- compulsórias (realizadas para satisfazer exigências legais).

A ABNT ISO 19011 (89) traça diretrizes para auditoria de sistemas de gestão e refere que a auditoria deve ser desenvolvida por auditores competentes e imparciais, que devem reportar a veracidade com exatidão e objetividade – baseados em critérios pré-determinados – através de um método racional com evidências reproduzíveis (90).

Uma revisão recente da literatura (91) encontrou 17 métodos de auditoria em SST e mostrou que:

- o número de critérios varia de menos de 100 a várias centenas;
- o tipo de resposta mais comum é *cumprido* ou *não cumprido*;
- o resultado final normalmente é expresso em percentagem (0 a 100%).

Dentre os principais métodos de auditoria em SST citados, estão:

- Diekemper & Spartz (D&S);
- Complete Health and Safety Evaluations (CHASE);
- International Safety Rating System (IRS);
- Safety Management Achievement Program (Safety Map).

Entretanto, nenhum deles contém critérios detalhados a respeito da gestão da saúde ocupacional, concentrando as atenções da auditoria na avaliação das medidas adotadas pela empresa para o atendimento de primeiros socorros.

No Brasil, a legislação previdenciária prevê incentivos à adoção de auditoria dos principais programas de gestão em SST, que são o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), previsto na NR-09 e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), previsto na NR-07 (41), embora não existam critérios nem para a auditoria do PPRA nem para a auditoria do PCMSO.



#### ***4.4.2. Utilização dos critérios pelo Estado e pelas empresas***

##### No aumento da capacidade de fiscalização

Normalmente, a fiscalização do trabalho se inicia com a visita aos ambientes de trabalho, seguida da análise das documentações relacionadas à SST, como os documentos-base do PCMSO e do PPRA.

O reduzido número de auditores fiscais e a ausência de um quadro mínimo de especialistas em medicina do trabalho dificultam, ou praticamente inviabilizam uma análise técnica mais aprofundada do PCMSO. Com isso, o AFT normalmente restringe-se à verificação da existência ou não do documento-base do programa e da realização dos exames complementares exigidos pela norma.

No entanto, a apresentação do documento-base do PCMSO não significa que existam ações sistemáticas de controle da saúde ocupacional, pois, na prática, o que se observa é que as empresas possuem “modelos” de PCMSO, geralmente cópias da NR-07, que não dispõem de qualquer planejamento de ações, metas ou prioridades. Ou seja, embora possuam um “documento-base” este, numa análise técnica simples, não contém o mínimo de informações necessárias para comprovar o cumprimento da NR-07.

Assim, os critérios de auditoria do PCMSO podem ser utilizados pela fiscalização para aumentar sua capacidade e efetividade, tanto através dos próprios AFT, quanto através dos Agentes de Higiene Ocupacional e/ou dos Peritos – médicos do trabalho – contratados para assessorar os AFT.

Num primeiro momento, dentro de uma ação fiscal, os AFT podem solicitar à empresa que esta apresente um Relatório contendo os dados de uma auditoria do PCMSO segundo os critérios pré-definidos nesta tese.

Caso as informações prestadas pela empresa através do médico coordenador do PCMSO, ou outro profissional especializado em medicina do trabalho, sejam suficientemente detalhadas para comprovar o cumprimento da NR-07 e a efetiva implementação de um PCMSO, o AFT poderá subsidiar suas conclusões sem a necessidade de vistoriar *in loco* os ambientes de trabalho, ou de requisitar outros documentos, como ASO e Relatórios anuais, o que certamente libera o AFT para outras ações fiscais, aumentando desta forma a capacidade da fiscalização.

Caso as informações prestadas pela empresa não sejam suficientemente detalhadas para comprovar o cumprimento da NR-07 e a efetiva implementação do PCMSO, o AFT poderá realizar pessoalmente a auditoria do PCMSO ou solicitar a assessoria por parte dos Agentes de Higiene ocupacional e/ou Peritos Médicos do trabalho porventura contratados pelo MTE.

### Na flexibilização do Seguro Acidente de Trabalho

A Resolução MPS/CNPS nº 1316, de 31 de maio de 2010, prevê que a empresa pode ter o FAP reduzido se ela comprovar investimentos em SST através do "Demonstrativo de Investimentos em Recursos Materiais, Humanos e Tecnológicos em Melhoria na Segurança do Trabalho", o qual deve conter, dentre outras exigências, uma avaliação do PCMSO, ou seja, um relatório de auditoria do PCMSO.

Assim, os critérios de auditoria do PCMSO aqui propostos podem ser utilizados pelos médicos do trabalho das empresas para elaborar parte do "Demonstrativo de Investimentos em Recursos Materiais, Humanos e Tecnológicos em Melhoria na Segurança do Trabalho".

Neste mesmo sentido, os Peritos médicos do INSS também poderão utilizar estes critérios como instrumento básico para análise das informações prestadas pelas empresas a respeito da avaliação do PCMSO.

### Na fiscalização programática

As organizações estatais, como a Auditoria Fiscal do Trabalho, têm sido forçadas a refletir sobre a sua eficácia em atingir resultados sustentáveis nos mais diversos contextos, pois os estudos recentes têm mostrado que as reformas estatais inspiradas na abordagem gerencialista têm falhado em aumentar a eficácia dos serviços públicos (92).

Assim, tem sido proposto que o modelo de controle gerencialista - no qual o Estado exige ou incentiva o cumprimento de metas unilateralmente definidas - seja substituído pelo modelo de controle experimentalista - no qual o Estado interage com os diversos atores sociais para construir e atingir metas sustentáveis (93).

O setor público, além de incentivar o cumprimento de metas de desempenho, deve estimular a construção de processos por meio dos quais os atores envolvidos interajam, descubram e aprendam conjuntamente aquilo que precisa ser feito e a melhor forma possível de executá-lo (94).

Essa mudança de perspectiva permitirá que as ações dos agentes de inspeção se focalizassem em descobrir as causas das irregularidades junto aos empregadores para propor possíveis soluções, gerenciais e tecnológicas. (95)

Assim, os critérios também poderiam ser utilizados dentro de um programa de fiscalização que foque a análise do cumprimento da NR-07.

## Nos Sistemas de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho

Considerando as limitações de recursos da inspeção estatal, a auto-regulação associada às bases legais através da adoção de SGSST parece ser a melhor proposta para aumentar a eficácia do controle estatal em SST (96).

Neste sentido, é necessário que sejam realizadas auditorias internas independentes, responsáveis por identificar problemas e ações a serem adotadas e que os resultados destas auditorias sejam comunicados diretamente ao responsável pelo SGSST (97).

Mas, para que as estratégias de incentivo sejam mais efetivas, é necessário que o órgão fiscalizador proponha e publique diretrizes básicas, transparentes e de fácil compreensão, a serem adotadas pelos programas de participação voluntária (64).

Assim, os critérios propostos neste estudo podem ser utilizados pelo MTE e pelas empresas para avaliar o cumprimento da NR-07, conforme impõe todo e qualquer SGSST adotado pelas empresas.

Faz-se necessário também, que os próprios organismos certificadores imponham a seus auditores que durante o processo de avaliação da gestão da saúde ocupacional, este utilizem os critérios aqui propostas para avaliação do cumprimento da NR-07.



#### **4.4.3. Método de elaboração e avaliação dos critérios**

Foram propostos 20 critérios para auditoria do PCMSO e para cada critério foram propostas as seguintes variáveis:

- a- fundamentação legal;
- b- ementário do MTE;
- c- multiplicador de gravidade do descumprimento;
- d- multiplicador de impacto coletivo;
- e- método de avaliação;
- f- pontuação atribuída ao critério;
- g- obrigações assessórias;

**a- fundamentação legal:** trata-se do item da NR-07 utilizado como fundamento legal para proposição do critério. Embora seja recomendado construir uma gestão de SST pautada em critérios que vão além da norma legalmente instituída. Neste estudo, os critérios ficaram restritos ao cumprimento da NR-07 para que eles pudessem ser utilizados também pela fiscalização estatal e pela Perícia do INSS.

**b- ementário do MTE:** o ementário do MTE (98) é uma ferramenta utilizada pelos AFT para enquadrar a situação fática de infração aos dispositivos constantes na legislação trabalhista. Esta ferramenta foi escolhida para facilitar a correlação entre o critério e as possíveis infrações constatadas pelo auditor.

**c- multiplicador de gravidade do descumprimento:** a NR-28 (Fiscalização e Penalidades) atribui 4 tipos de infração quando considerarmos o valor máximo das multas atribuídas às empresas com mais de 1000 empregados:

- infração leve (1): igual a 100%;
- infração moderada (2): aproximadamente 200%;
- infração grave (3): aproximadamente 300%;
- infração gravíssima (4): aproximadamente 400%.

Assim, esta gradação foi utilizada para atribuir a pontuação ao fator multiplicador de gravidade de descumprimento, da seguinte forma:

- infração leve (N=1);
- infração moderada (N=2);
- infração grave (N=3);
- infração gravíssima (N=4).

**d- multiplicador de impacto coletivo:** para pontuação deste fator, o autor – baseado na sua experiência e através de uma avaliação qualitativa - considerou o impacto na qualidade do PCMSO como um programa de gestão sistemática de caráter epidemiológico e coletivo.

Em outras palavras, para sua definição foi considerado qualitativamente o impacto coletivo e epidemiológico das ações previstas nas obrigações sobre a saúde ocupacional dos trabalhadores entendida como uma questão epidemiológica e coletiva, da seguinte forma:

- baixo (F=10);
- médio (F=20);
- alto (F=30).

**e- método de avaliação:** trata-se do método utilizado pelo auditor para verificar o cumprimento do critério, tais como análise de documento, visita ao ambiente laboral e/ou entrevista com trabalhadores e com os médicos coordenadores e examinadores, entre outros atores.

**f- pontuação atribuída para o critério:** trata-se da pontuação máxima do critério quando este é plenamente cumprido.

Esta pontuação é calculada através da seguinte fórmula:  $N \times F (-F)$ , onde:

- N é o fator multiplicador de gravidade;
- F é o fator multiplicador de impacto coletivo;
- -F é o redutor do multiplicador de impacto coletivo.

**g- obrigações acessórias:** foram propostas condutas que reduzem o fator multiplicador de impacto coletivo. Tais condutas são obrigações acessórias mínimas impostas por uma interpretação teleológica dos itens da NR-07 e que devem ser adotadas pelos empregadores para que ocorra o pleno cumprimento do critério proposto.

Pelo fato de serem obrigações acessórias, o autor considerou satisfatória a redução de 50% da pontuação máxima, quando elas todas elas não são atendidas.



#### **4.4.4. Critérios**

A seguir são apresentados os 20 critérios elaborados:

1. O PCMSO está documentado?
2. O PCMSO está implementado com base nos riscos identificados nas demais NR?
3. Foi indicado médico coordenador do PCMSO?
4. O PCMSO prevê um cronograma de ações de saúde?
5. As ações do PCMSO são custeadas pelo empregador?
6. O PCMSO caracteriza os profissionais e/ou entidades encarregados?
7. O PCMSO das contratadas está implementado com base nos riscos informados pela contratante?
8. Os exames são concluídos antes do trabalhador iniciar as atividades?
9. A avaliação clínica abrange anamnese clínica-ocupacional, exame físico e mental?
10. Os tipos e prazos dos exames complementares estão de acordo com os riscos?
11. Os Atestados de Saúde Ocupacional contêm as informações mínimas exigidas?
12. Os resultados do exame médico são registrados no Prontuário?
13. O trabalhador é informado e orientado quanto aos resultados do exame médico?
14. O PCMSO possui um procedimento para emissão de CAT?

15. O PCMSO possui um procedimento para afastamento do risco ou do trabalho?
16. O empregador é orientado quanto às medidas de controle necessárias?
17. O Relatório anual resume a análise epidemiológica dos resultados dos exames?
18. O Relatório anual é discutido com os representantes dos trabalhadores?
19. O empregador faz uma análise global do PCMSO?
20. O PCMSO prevê atendimento de primeiros socorros?

### **Critério 1. O PCMSO está documentado?**

*a- fundamentação legal:* item 7.3.1

*b- ementário do MTE:*

- deixar de garantir a elaboração e efetiva implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento:* 1

*d- multiplicador de impacto coletivo:* 10

*e- método de avaliação:* verificar se existe um documento-base do PCMSO. É importante observar que não há necessidade deste documento ser elaborado anualmente, entretanto, ele deve ser atualizado no mínimo anualmente com os resultados das ações implementadas e/ou caso ocorram modificações nas atividades de trabalho que impliquem em riscos e/ou danos diversos dos anteriormente reconhecidos.

- *pontuação atribuída ao critério:* 10 pontos, dado que embora necessário, não é o documento-base que prova a implementação de uma gestão sistemática da saúde ocupacional.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não contém a assinatura com anuência do empregador (-3): por questões jurídicas de responsabilidade civil e trabalhista, o empregador deve expressar sua concordância com os métodos e as ações de controle da saúde programadas.

- não indica o período de abrangência (-2): sendo um documento-base e sendo necessária sua atualização anual, inclusive por meio do Relatório anual, faz-se necessário que o documento contenha o período abrangido pelas ações dispostas no documento.

**Critério 2. O PCMSO está implementado com base nos riscos identificados nas demais NR?**

a- *fundamentação legal*: item 7.2.4

b- *ementário do MTE*:

- desconsiderar, no planejamento e implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, os riscos à saúde dos trabalhadores

c- *multiplicador de gravidade do descumprimento*: 4

d- *multiplicador de impacto coletivo*: 30

e- *método de avaliação*: avaliar se o documento-base do PCMSO reconhece os riscos ambientais definidos no PPRA e os riscos ergonômicos previstos na análise ergonômica e se o PCMSO lista os principais danos decorrentes destes riscos, conforme dispõe a literatura técnica.

f- *pontuação atribuída ao critério*: 120 pontos, dado que a identificação e o reconhecimento dos riscos são os passos primordiais para controlá-los dentro de um processo de gestão sistemática.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não reconhece os fatores de risco ambientais (-2):
- não reconhece os fatores de risco de acidentes (-1):
- não reconhece os fatores de risco ergonômicos físicos (-4);
- não reconhece os fatores de risco ergonômicos psíquicos (-2);
- não reconhece os danos decorrentes dos fatores de riscos ambientais (-2):
- não reconhece os danos dos fatores de riscos ergonômicos (-4):

**Critério 3. Foi indicado médico coordenador do PCMSO?**

*a- fundamentação legal:* alíneas c, d e e do item 7.3.1

*b- ementário do MTE:*

- deixar de indicar um coordenador responsável pela execução do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 2*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação:* verificar se o documento-base do PCMSO indica expressamente o nome e o número de registro do CRM do médico coordenador, além da assinatura do mesmo anuindo sua responsabilidade técnica e a assinatura do empregador anuindo com a indicação do médico coordenador.

f- *pontuação atribuída ao critério:* 40 pontos, dado que os médicos são os principais responsáveis técnicos pela gestão da saúde ocupacional.

g- *obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não há indicação expressa do médico coordenador (-3): por questões jurídicas de responsabilidade civil e ética, o médico deve registrar de forma expressa sua concordância com os métodos e as ações de controle da saúde ocupacional programadas dentro do documento-base.

- coordenador não é médico do trabalho (-7): a indicação de um médico, com especialidade em Medicina do Trabalho, é importante na medida em que a especialização traz uma maior qualidade na prestação dos serviços e, conseqüentemente do PCMSO. A indicação de um médico do trabalho como coordenador só não é necessário quando a empresa não é obrigada a possuir um médico coordenador (7.3.1.1 da NR-07) ou quando não há médico do trabalho na localidade (item 7.3.1.e).

#### **Critério 4. O PCMSO prevê um cronograma de ações de saúde?**

a- *fundamentação legal:* item 7.4.6

b- *ementário do MTE:*

- deixar de incluir no PCMSO um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano

- deixar de providenciar a elaboração do relatório anual do PCMSO.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 3*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação:* verificar se no documento-base do PCMSO consta um cronograma de ações que permita inferir um planejamento prévio das ações que serão ou que estão sendo executadas durante o ano em curso e se tais ações estão sendo implementadas pelos responsáveis indicados conforme as datas previamente agendadas.

*f- pontuação atribuída ao critério:* 60 pontos, dado que a existência de um cronograma, que contenha um planejamento das ações, prioridades e metas, é essencial para caracterizar o PCMSO como um programa de gestão sistemática.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- o cronograma não contém datas para as ações propostas (-5): dado que o PCMSO deve ser um programa sistemático elaborado e registrado nos documentos-base, o cronograma nada mais é que o resumo mínimo para implementação de um planejamento amplo, sistemático e coordenado. A anotação no próprio cronograma das ações que já foram implementadas se faz necessária no medida em que esta se concretiza como uma prova de que o programa está sendo implementado.

- o cronograma não contém o nome e a função dos responsáveis pela implementação das ações. (-5): a indicação de responsáveis pela implementação,

com nome e função, permite definir responsabilidades diretas. Faz parte de um planejamento não só demonstrar o que se pretende fazer, mas também quem é responsável pela execução das ações propostas.

**Critério 5. As ações do PCMSO são custeadas pelo empregador?**

*a- fundamentação legal:* item 7.3.1.b

*b- ementário do MTE:*

- deixar de custear, sem ônus para o empregado, os procedimentos relacionados ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento:* 2

*d- multiplicador de impacto coletivo:* 10

*e- método de avaliação:* entrevistar o médico coordenador do PCMSO e empregados, questionando-lhes se os trabalhadores têm algum ônus financeiro com avaliações clínicas ou exames complementares.

*f- pontuação atribuída ao critério:* 20 pontos, dado que este item tem caráter apenas pecuniário, não impactando direta e significativamente na qualidade técnica do serviço prestado para controle da saúde ocupacional.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- os trabalhadores têm gastos com a avaliação clínica (-2): caso a avaliação clínica seja realizada fora da empresa, perguntar quem custeia o transporte até o

deslocamento. Perguntar se a avaliação clínica é feita no horário de trabalho e verificar, caso seja fornecido plano de saúde com contrapartida do empregado, se o empregado tem algum ônus financeiro com a avaliação clínica solicitada para investigação denexo causal ocupacional ou incapacidade laboral.

- os trabalhadores têm gastos com os exames complementares (-3): caso os exames complementares sejam realizados fora da empresa, perguntar quem custeia o transporte até o deslocamento. Perguntar se os exames complementares são feitos no horário de trabalho e verificar, caso seja fornecido plano de saúde com contrapartida do empregado, se o empregado tem algum ônus financeiro com os exames específicos solicitados para investigação de nexocausal ocupacional ou incapacidade laboral.

**Critério 6. O PCMSO caracteriza os profissionais e/ou entidades encarregados?**

*a- fundamentação legal:* alínea a do item 7.3.2 e alíneas a e b do item 7.3.3.

*b- ementário do MTE:*

- submeter os trabalhadores a exames médicos que não sejam realizados pelo coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional ou por médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas e com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos da empresa, designado pelo coordenador;

- submeter os trabalhadores a exames complementares que não sejam realizados por profissional ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados para a sua realização

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 2*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 10*

*e- método de avaliação:* entrevistar os médicos examinadores e o médico coordenador e analisar os registros do serviço médico

*f- pontuação atribuída ao critério:* 20 pontos, dado que a capacitação dos médicos examinadores é relevante na medida em que são eles os primeiros profissionais com possibilidade de detectar doenças ou alterações causadas pelos riscos ocupacionais. A caracterização das entidades (laboratórios, clínicas especializadas, etc) que realizam exames complementares e avaliações clínicas especializadas é importante na medida em que estas entidades devem fornecer dados confiáveis para a condução clínica do caso, especialmente quando são detectados casos suspeitos de doenças ou alterações relacionadas ao trabalho.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- os médicos examinadores não são indicados expressamente (-1): por questões jurídicas de responsabilidade civil e ética, o médico examinador deve registrar de forma expressa sua concordância com os métodos e as ações de controle da saúde ocupacional programadas dentro do documento-base.

- não há registros de que os médicos examinadores estão familiarizados com os riscos presentes nas atividades e com as doenças ocupacionais mais comuns (-3): verificar se existem registros que comprovam que os médicos examinadores têm a oportunidade de observar *in loco* as atividades de trabalho, seja para avaliar preventivamente os riscos ocupacionais, seja para avaliar nexos causais. Além disso, verificar se existem registros da capacitação dos médicos examinadores quanto aos procedimentos constantes no PCMSO, em especial para avaliação donexo causal das doenças mais comuns e das incapacidades de trabalho apresentadas pela população trabalhadora.

- as capacitações das entidades que realizam os exames complementares não são indicadas expressamente (-1): é necessário manter registro das características das entidades de forma a comprovar que são capacitadas a realizar os exames complementares, tanto no que se refere à licença de funcionamento quanto à capacitação dos responsáveis pelos procedimentos envolvidos.

**Critério 7. PCMSO das contratadas está implementado com base nos riscos informados pela contratante?**

a- *fundamentação legal*: item 7.1.3

b- *ementário do MTE*:

- deixar de informar à empresa contratada os riscos existentes no ambiente de trabalho para elaboração de seu Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 3*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação:* o auditor deve verificar inicialmente se a empresa auditada contrata mão de obra prestadora de serviço ou terceiriza parte das suas atividades. Se a resposta for positiva, o auditor deve analisar as informações constantes no documento-base do PCMSO e nos registros mantidos pelas empresas contratantes.

*f- pontuação atribuída ao critério:* 60 pontos, dado que normalmente as terceirizadas são empresas de menor porte e, por isso, com menos recursos para uma gestão sistemática.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

– não há registro de que as contratadas foram informadas dos riscos, danos e incapacidades mais comuns identificados pelo PCMSO da contratante (-5): por questões jurídicas envolvendo co-responsabilidade da contratante quanto aos danos laborais causados pela contratada, é importante registrar que as mesmas foram informadas quanto aos riscos, danos e incapacidades mais comuns identificados pelo PCMSO da contratante.

– o PCMSO e ou ASO das contratadas não são analisados pela contratante (-5): verificar se o serviço médico da contratante audita o PCMSO e os ASO das contratadas.

**Critério 8. Os exames são concluídos antes do trabalhador iniciar as atividades?**

*a- fundamentação legal: item 7.4.3.1*

*b- ementário do MTE:*

- deixar de submeter o trabalhador a exame médico admissional, periódico, demissional, de retorno ao trabalho ou de mudança de função e permitir que o trabalhador assuma suas atividades antes de ser submetido à avaliação clínica, integrante do exame médico admissional;

- deixar de submeter o trabalhador a avaliação clínica, integrante do exame médico de retorno ao trabalho, no primeiro dia da volta ao trabalho;

- efetuar mudança da função do trabalhador antes de submetê-lo a avaliação clínica, integrante do exame médico de mudança de função;

- efetuar homologação da rescisão do contrato do trabalhador antes de submetê-lo a avaliação clínica, integrante do exame médico demissional.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 2*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 10*

e- *método de avaliação*: o auditor deve analisar Atestados de Saúde Ocupacional admissional, mudança de função e demissional.

f- *pontuação atribuída ao critério*: 20 pontos, dado que o exame médico é a principal ferramenta técnica de avaliação da saúde do trabalhador utilizada pelo empregador para caracterizar a capacidade de trabalho do empregador para determinado trabalho.

g- *obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador*:

- os exames complementares não são finalizados antes da emissão do ASO (-2): a emissão do ASO pelo médico pressupõe a finalização de uma avaliação de capacidade laboral para determinado trabalho num determinado período e, sendo necessários exames complementares para avaliação da condição de saúde do trabalhador, o ASO só poderá ser finalizado quando todos os resultados destes exames estiverem à disposição do médico examinador.

- o ASO admissional é emitido após o início da atividade (-3): um trabalhador só pode iniciar determinado trabalho após ter sua capacidade de trabalho (condição de saúde X condições de trabalho) avaliada.

**Critério 9. A avaliação clínica abrange anamnese clínica-ocupacional, exame físico e mental?**

a- *fundamentação legal*: alíneas a e b do item 7.4.2

- *ementário do MTE:*

- deixar de realizar, no exame médico ocupacional, a avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 3*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação:* entrevistar o médico coordenador do PCMSO e/ou médicos examinadores, assim como alguns trabalhadores recém avaliados, e analisar os ASO periódicos, a fim de verificar se a avaliação clínica contempla anamnese ocupacional, exame físico e mental.

*f- pontuação atribuída ao critério:* 60 pontos, dado que a anamnese, o exame físico e mental são as principais ferramentas de avaliação clínica.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não há um procedimento escrito para anamnese clínica (-3): a anamnese clínica é um método de investigação que deve seguir um padrão mínimo estabelecido no PCMSO. Este documento deve conter um modelo, uma ficha de avaliação clínica para coleta e registro dos dados referentes à história clínica pregressa e atual.

- não há um procedimento escrito para exame físico e mental (-3): o exame físico e mental também é um método de investigação que deve seguir um padrão mínimo estabelecido no PCMSO. Este documento deve conter um modelo, uma

ficha de exame físico e mental para coleta e registro dos dados referentes à condição de saúde atual.

- não há um procedimento escrito para anamnese ocupacional (-4): a anamnese ocupacional também é um método de investigação que deve seguir um padrão mínimo estabelecido no PCMSO. Este documento deve conter um modelo, uma ficha de avaliação ocupacional para coleta e registro dos dados referentes à história ocupacional pregressa e atual.

**Critério 10. Os tipos e prazos dos exames complementares estão de acordo com os riscos?**

*a- fundamentação legal:* item 7.4.2.1, 7.4.2.2, 7.4.2.3 e 7.4.3

*b- ementário do MTE:*

- deixar de submeter o trabalhador exposto a risco e/ou portador de doença crônica e/ou menor de 18 ou maior de 45 anos a avaliação clínica a cada ano;

- deixar de submeter o trabalhador maior de 18 e menor de 45 anos a avaliação clínica a cada dois anos; deixar de realizar, no exame médico ocupacional, exames complementares, de acordo com o disposto na NR-7;

- deixar de executar ou interpretar os exames médicos complementares com base nos critérios constantes nos Quadros I e II da NR-7 ou deixar de observar a periodicidade semestral para avaliação dos indicadores biológicos do Quadro I da NR-7;

- deixar de monitorizar outros indicadores biológicos para os trabalhadores expostos a agentes químicos não constantes dos Quadros I e II da NR-07;

- deixar de submeter o trabalhador a outros exames complementares usados normalmente em patologia clínica para avaliar o funcionamento de órgãos e sistemas orgânicos.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 3*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação:* o auditor deve verificar se os ASO contemplam os exames complementares previstos na NR-07 e na literatura relacionados aos riscos identificados no próprio ASO e/ou no PCMSO.

*f- pontuação atribuída ao critério:* 60 pontos, dão que o cumprimento dos prazos e a correta escolha dos exames complementares são essenciais para um exame médico da capacidade laboral satisfatório.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não é feita audiometria nos expostos ao ruído após seis meses da admissão (-2)

- não é feito Raio X padrão OIT nos expostos a particulados sólidos (-2)

- não são mensurados os indicadores biológicos do Quadro I da NR-0 (-4)

- não são mensurados os indicadores biológicos previstos na literatura não dispostos no Quadro I da NR-07 (-2)

**Critério 11. Os Atestados de Saúde Ocupacional contém as informações mínimas exigidas?**

*a- fundamentação legal:* item 7.4.4, 7.4.4.1, e alíneas a à g do item 7.4.4.3

*b- ementário do MTE:*

- deixar de providenciar a emissão do Atestado de Saúde Ocupacional, em duas vias, para cada exame médico realizado;

- deixar de manter a primeira via do Atestado de Saúde Ocupacional arquivada no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho;

- deixar de entregar a segunda via do Atestado de Saúde Ocupacional ao trabalhador, mediante recibo na primeira via;

- providenciar a emissão de Atestado de Saúde Ocupacional sem o conteúdo mínimo previsto na NR-7.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento:* 2

*d- multiplicador de impacto coletivo:* 10

*e- método de avaliação:* analisar os ASO aleatoriamente.

*f- pontuação atribuída ao critério:* 20, dado que o registro das condutas médicas no ASO é o principal meio de prova utilizado pelo empregador para demonstrar o cumprimento destas obrigações.

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- Não contém o RG ou CPF do trabalhador (-0,5)

- Não contém a função do trabalhador (-1)
- Não contém todos os riscos da função (-1)
- Não contém todos os exames para a função (-1)
- Não indica aptidão ou inaptidão (-0,5)
- Não indica o médico coordenador (-0,5)
- Não contém a assinatura do empregado na 1ª via (-0,5)

**Critério 12. Os resultados do exame médico são registrados no Prontuário?**

*a- fundamentação legal: item 7.4.5*

*b- ementário do MTE:*

- deixar de registrar em prontuário clínico individual os dados obtidos nos exames médicos dos trabalhadores, as conclusões e as medidas aplicadas;

- deixar de manter, pelo período de vinte anos após o desligamento do trabalhador, os registros do prontuário clínico individual;

- deixar de transferir os arquivos com os prontuários clínicos individuais dos trabalhadores ao sucessor do médico coordenador, em caso de substituição.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 3*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 10*

*e- método de avaliação: analisar prontuários aleatoriamente*

f- *pontuação atribuída ao critério:* 30, dado que o prontuário médico é o principal meio de prova utilizado pelo médico do trabalho para comprovar o cumprimento destas obrigações e da adoção de uma conduta médica adequada.

g- *obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não são registrados os dados da anamnese clínica (-1): os registros da anamnese clínica constituem provas de que o médico coletou a história clínica pregressa e atual do trabalhador.

- não são registrados os dados do exame físico e mental (-1): os registros do exame físico constituem prova de que o médico atua de forma diligente e realizou o exame físico e mental do trabalhador.

- não são registrados os dados da anamnese ocupacional (-1): os registros da anamnese ocupacional constituem prova de que o médico atuou de forma diligente e coletou a história ocupacional pregressa e atual do trabalhador e realizou o exame físico e mental do trabalhador.

- não são registradas as conclusões e as medidas aplicadas (-2): os registros das conclusões e medidas aplicadas constituem prova de que o médico atuou de forma prudente, estabelecendo hipóteses diagnósticas e medidas para correção ou prevenção de seu agravamento.

**Critério 13. O trabalhador é informado e orientado quanto aos resultados do exame médico?**

*a- fundamentação legal: item 7.4.4.2*

*b- ementário do MTE:*

- deixar de entregar a 2ª via do Atestado de Saúde Ocupacional ao trabalhador mediante recibo na 1ª via.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 1*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação: entrevista com trabalhadores e análise de registros e prontuários;*

*f- pontuação atribuída ao critério: 20, dado que a informação e a orientação dos trabalhadores são direitos assegurados constitucionalmente.*

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não recebe cópia dos exames complementares (-5): a informação quanto aos resultados dos exames médicos complementares, através da disponibilização destes ao trabalhador que os requisitar, é obrigação do empregador, inclusive disposta no Anexo I da NR-07 no que se refere às audiometrias.

- não é registrada no prontuário a orientação dada ao trabalhador (-5): a orientação dada ao trabalhador é parte do ato médico e deve ser registrada no prontuário médico.

**Critério 14. O PCMSO possui um procedimento para emissão de CAT?**

*a- fundamentação legal:* itens 7.4.8.a e 7.2.3

*b- ementário do MTE:*

- deixar de solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), por meio do médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional ou do encarregado dos exames, quando constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico;

- deixar de conferir ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional o caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza sub-clínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento:* 4

*d- multiplicador de impacto coletivo:* 20

*e- método de avaliação:* análise de prontuários aleatoriamente, a fim de detectar possíveis casos suspeitos ou confirmados de doenças ocupacionais;

f- *pontuação atribuída ao critério*: 80 pontos, dado que a correta avaliação donexo causal é parte muito importante do PCMSO na medida que ao se estabelecer umnexo causal, se identificam perigos e se reavaliam os riscos, e o empregador pode ser orientado a controlá-los.

g- *obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador*:

- não há um procedimento escrito para emissão de CAT (-4): a existência de um procedimento escrito permite aos médicos examinadores adotar de forma semelhante e uniforme uma conduta que condiz com a política da empresa de reconhecimento e informação das doenças ocupacionais.

- não são definidos os critérios para suspeição ou confirmação dos danos decorrentes dos riscos ambientais e/ou ergonômicos (-3); é importante que o médico coordenador do PCMSO, juntamente com o empregador, defina os critérios e o limiar para suspeição e confirmação dos danos ocupacionais.

No caso das intoxicações e das PAIR, algumas delas constatadas através dos indicadores biológicos do Quadro I da NR-07, este limiar já está definido, mas no caso das LER/DORT não existem critérios pré-definidos. Desta forma, para que se adotem condutas pré-estabelecidas necessárias a um bom processo de gestão faz-se necessário que tais critérios sejam definidos.

- os resultados da avaliação de nexo causal não são suficientemente detalhados e registrados no prontuário (-2): em se tratando especialmente de doenças ocupacionais objetos de suspeita ou de confirmação os resultados das

avaliações devem estar suficientemente detalhados no prontuário, dado o caráter de responsabilidade técnica dos médicos que atendem trabalhadores.

- não há registro de que o trabalhador recebeu uma via da CAT (-1): a informação da doença ocupacional deve ser feita durante a avaliação clínica e a CAT é um documento que permite ao médico cumprir esta obrigação.

**Critério 15. O PCMSO possui um procedimento para afastamento do risco ou do trabalho?**

*a- fundamentação legal: item 7.4.8.b*

*b- ementário do MTE:*

- deixar de afastar o trabalhador do local de trabalho ou do risco quando verificada exposição excessiva, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas;

- deixar de indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho, por meio do médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional ou do encarregado dos exames, as medidas indicadas na NR-7, quando constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 4*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 30*

*e- método de avaliação: análise do PCMSO, prontuário e outros registros.*

*f- pontuação atribuída ao critério: 120 pontos, dado que o afastamento do perigo é a conduta inicial mais comumente utilizada para evitar o agravamento do dano.*

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não são definidos critérios para afastamento do trabalho (-5): o afastamento do trabalho também deve, na medida do possível, ser definido segundo critérios pré-determinados, através de procedimentos de trabalho do serviço médico.

- não são definidas as incapacidades comuns para a função (-2): as incapacidades mais comuns devem ser listadas no PCMSO, para que tanto o médico coordenador quanto os médicos examinadores adotem recomendações pré-determinadas.

- não é emitido ASO de mudança de função quando o trabalhador é colocado em outra função com riscos diferentes da anteriormente ocupada (-3): do ponto de vista técnico, a mudança de função pressupõe alteração dos riscos ocupacionais e, toda vez que ela ocorrer, o trabalhador deve ser submetido a uma nova avaliação médica.

- os dados das avaliações que motivaram o afastamento do trabalho não ficam registrados nos prontuários (-5)

**Critério 16. O empregador é orientado quanto às medidas de controle necessárias?**

*a- fundamentação legal:* item 7.4.8.d

*b- ementário do MTE:*

- deixar de encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento denexo causal;

- deixar de avaliar a incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;

- deixar de orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho quando constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento:* 4

*d- multiplicador de impacto coletivo:* 30, dado que a orientação do empregador possibilita não só o encaminhamento do trabalhador ao INSS, mas também a necessidade da adoção de medidas de controle de acordo com a política empresarial.

*e- método de avaliação:* analisar as informações constantes nos prontuários médicos de trabalhadores que tiveram a Comunicação de Acidente de Trabalho e/ou constantes em outros documentos encaminhados ao empregador, com este objetivo.

*f- pontuação atribuída ao critério:* 120 pontos,

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não são mantidos os registros das orientações (-10): embora a CAT seja um documento notificador da irregularidade, ela não contém um campo para orientação do empregador quanto à necessidade de adequação das condições de trabalho, o que impõe a elaboração de outro meio de registro.

- não são mantidos registros da eficácia das orientações (-5): a avaliação da eficácia das orientações é importante, na medida em que permite comprovar a adequação das medidas corretivas propostas e da ação preventiva adotada pelo empregador.

**Critério 17. O Relatório anual resume a análise epidemiológica dos resultados dos exames?**

*a- fundamentação legal:* o item 7.4.6.1 da NR-07

*b- ementário do MTE:*

- deixar de considerar, no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores ou deixar de privilegiar, no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho;

- deixar de providenciar a elaboração do relatório anual do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. O item 7.4.6.4 dispensa as empresas de indicarem médico coordenador de elaborar o relatório anual, conforme o grau de risco e o número de empregados.

- deixar de contemplar o conteúdo mínimo estabelecido na NR-7 no relatório anual do Programa de Controle Médico de Saúde discriminando, por setores da empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o modelo proposto no Quadro III da norma.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 2*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 30*

*e- método de avaliação: analisar as informações do Relatório anual.*

*f- pontuação atribuída ao critério: 60, dado que o PCMSO é essencialmente um programa de gestão coletivo e epidemiológico.*

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não contém os resultados das avaliações clínicas - anamnese, exame físico e mental. (-3): os resultados das avaliações clínicas devem ser discriminados dos resultados dos exames complementares, uma vez que, muitas avaliações sequer utilizam exames complementares. No caso das dores em membros superiores, por exemplo, a maioria dos exames médicos se resume às avaliações clínicas sem necessidade de qualquer exame complementar.

- não especifica os resultados dos exames complementares (-2): os resultados dos exames complementares solicitados, especialmente os previstos nos Quadros I e II da NR-07 são importantes, principalmente aqueles com significado clínico e que podem indicar doença ou estarem associados a um efeito ou disfunção do sistema biológico avaliado.

- não é feita uma análise descritiva dos resultados (-5): o PCMSO tem caráter eminentemente preventivo e coletivo. Somente uma análise epidemiológica, que pode ser simples ou complexa dependendo do número de trabalhadores da empresa e do risco da atividade econômica, é capaz de gerar dados que definam as características das ações do programa.

- não permite diferenciar os resultados não ocupacionais dos ocupacionais (-5): os problemas de saúde ocupacionais e não ocupacionais afetam diretamente o absenteísmo e a produtividade da empresa, no entanto, a prevenção das doenças ocupacionais é obrigação do empregador que possui controle sobre a atividade produtiva. Além disso, uma das maneiras de demonstrar a eficácia do PCMSO é demonstrar a redução do número de doenças ocupacionais ao longo da execução do Programa. Em outras palavras, o Relatório anual deve discriminar

quantas das audiometrias ou dos outros exames alterados possuem relação com o trabalho.

**Critério 18. O Relatório anual é discutido com os representantes dos trabalhadores?**

*a- fundamentação legal: item 7.4.6.2*

*b- ementário do MTE:*

- deixar de apresentar e discutir o relatório anual do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 1*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação: analisar as informações do Relatório anual.*

*f- pontuação atribuída ao critério: 20, dado que a discussão dos resultados do programa com os representantes dos trabalhadores na empresa é essencial, não só para adequar o programa às demandas dos trabalhadores, mas também para dar publicidade as ações adotadas.*

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não é facilmente compreendido (-5): os cipeiros são empregados representantes dos trabalhadores e do empregador e receberam treinamento básico quanto aos riscos do trabalho, além de noções sobre doenças do trabalho

decorrentes da exposição aos fatores de risco. Assim, o Relatório anual, que é um documento que pretende retratar a epidemiologia do adoecimento dos trabalhadores da empresa, tem de ser simples e de fácil compreensão, evitando termos técnicos estatísticos.

- não fica anexado junto ao livro de atas da reunião da CIPA (-2): a fim de comprovar a apresentação do Relatório anual aos representantes dos trabalhadores, o Relatório anual deve ser anexado ao livro de atas de reunião da CIPA.

- não registra a opinião dos trabalhadores (-3): o termo “discutir” pressupõe que a opinião dos trabalhadores deve ser considerada na elaboração do próximo Relatório anual.

#### **Critério 19. O empregador faz uma análise global do PCMSO?**

*a- fundamentação legal: item 7.3.1.a*

*b- ementário do MTE:*

- deixar de garantir a efetiva implementação do Programa de Controle Médico de Saúde ocupacional

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 4*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 10*

*e- método de avaliação: analisar o documento-base do PCMSO.*

f- *pontuação atribuída ao critério*: 40 pontos, dado que a análise formal do PCMSO é o principal meio de prova de que o empregador tomou conhecimento das ações implementadas e de que concorda com os resultados e condutas recomendadas pelo médico coordenador.

g- *obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador*:

- o empregador não indicou expressamente a concordância com os resultados e com as recomendações do programa (-2): por questões de responsabilidade civil e trabalhista, o empregador deve anuir com os resultados e com as recomendações ou orientações registradas no documento-base do PCMSO, os quais são a prova da implementação das ações elaboradas.

- o empregador não assinou a sua análise global (-3): a anuência do empregador deve ser expressa e registrada no PCMSO.

#### **Critério 20. O PCMSO prevê atendimento de primeiros socorros?**

a- *fundamentação legal*: item 7.5.1

b- *ementário do MTE*:

- deixar de equipar o estabelecimento com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando as características da atividade desenvolvida;

- guardar o material em local inadequado;

- manter o material necessário à prestação de primeiros socorros sob os cuidados de pessoa não treinada para esse fim.

*c- multiplicador de gravidade do descumprimento: 1*

*d- multiplicador de impacto coletivo: 20*

*e- método de avaliação: verificar in loco se existem os materiais de primeiros socorros, consultar os registros de capacitação dos trabalhadores capacitados e analisar o documento-base do PCMSO.*

*f- pontuação máxima atribuída ao critério: 20*

*g- obrigações assessórias e a respectiva pontuação redutora do Fator multiplicador:*

- não há procedimentos escritos para primeiros socorros (-4):

- não há materiais necessários à prestação de primeiros socorros (-2);

- não há recursos humanos capacitados para primeiros socorros (-2)

- primeiros socorros são oferecidos durante toda a jornada de trabalho (-1)

- os materiais não são guardados em local adequado e de fácil acesso (-1)



#### **4.4.5. Limites e restrições dos critérios**

A utilização dos critérios de auditoria do PCMSO como ferramenta para aumento da eficácia do controle estatal é uma proposta viável e interessante, principalmente num Estado limitado de recursos humanos e financeiros.

A centralização da inspeção estatal da forma como o controle está atualmente instituído, pode exercer relevante legitimação do Estado perante a população, mas apresenta pouca efetividade, pois o Estado precisa estar na ponta da linha, junto aos locais de trabalho, mas a precária articulação dos órgãos de fiscalização junto aos órgãos de vigilância e aos SESMT das empresas representa um prejuízo às suas funções institucionais, na medida em que somente ações articuladas são geradoras de soluções duradouras (99).

Ou seja, somente o acompanhamento diuturno da correção dos erros verificados pela fiscalização produz resultados palpáveis.

Além disso, para além do fortalecimento das instituições estatais, responsáveis pela saúde do trabalhador (MTE, MPAS e MS), faz-se necessário construir redes de vigilância em SST - seja na atenção básica do SUS, seja nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (100) - que coloquem o trabalhador e seus representantes como principais protagonistas e que se tornem referências para a transformação das políticas e culturas (101).

Neste sentido, a RENAST, instituída em 2002, pela Portaria 1679 (102), precisa superar a dicotomia existente entre a assistência e a vigilância, articulando suas ações às dos outros órgãos envolvidos em SST (103, 104).

Embora seja recomendável que os critérios propostos sejam validados por pares independentes, eles devem ser vistos como uma ferramenta para auxiliar a gestão em SST implementada pela empresa, e embora possam ajudar tanto o Estado quanto os empregadores a definir melhor os princípios, ou seja, as obrigações impostas pela NR-07, somente uma mudança efetiva da cultura de SST será efetiva na redução dos gastos com saúde do trabalhador.

Além disso, somente a participação efetiva dos trabalhadores no controle das condições de trabalho, conforme já havia sido reivindicada no II Congresso do Partido Socialista Brasileiro, em 1902 (105), é capaz de alterar substancialmente os riscos do trabalho. Em outras palavras, um PCMSO ou um SGSST implementado sem a participação dos trabalhadores não atinge resultados efetivos para redução dos riscos acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.

Assim, o documento gerado pela empresa para requerer a redução da alíquota do imposto acidentário ("Demonstrativo de Investimentos em Recursos Materiais, Humanos e Tecnológicos em Melhoria na Segurança do Trabalho") - o qual deve contemplar uma auditoria do PCMSO - deve ser homologada pelo Sindicato dos trabalhadores, como prevê a Resolução da Previdência Social.

Isso se justifica, mesmo sob fortes críticas atuais de representatividade, dado que as ações coletivas movidas pelo Sindicato dos trabalhadores ainda são o principal mecanismo de reivindicação por melhorias das questões trabalhistas.

Esta exigência, ao contrário do que podem pensar aqueles que defendem a centralização da fiscalização em SST nas mãos do Estado, está longe de representar um processo de enfraquecimento do órgão fiscalizador; pelo contrário, a participação dos trabalhadores só legitima as ações do Estado.

Conforme pudemos observar nos países que incentivam a implementação de SGSST, o sucesso do controle estatal depende da habilidade das organizações articularem suas ações, embora as experiências recentes mostrem que os Estados continuam a reduzir as políticas públicas e o controle sob o capital (106).

Entretanto, nenhuma destas ações será possível sem investimento na boa formação dos profissionais de SST, sejam eles agentes de fiscalização do Estado sejam eles médicos do trabalho contratados pelas empresas ou prestadores de serviços.



## **V. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O modelo de controle estatal em SST pautado em normas punitivas e reparatórias e numa fiscalização pontual e repressora não tem sido eficaz em reduzir nem o número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho nem o número de benefícios previdenciários acidentários.

As propostas apresentadas pelo Estado brasileiro para aumentar a eficiência deste controle são o aumento do número de fiscais, a fiscalização programática e a flexibilização da alíquota do seguro acidentário. Tais propostas demonstram a tentativa do Estado em modernizar o modelo de controle historicamente centralizador, punitivo e repressor.

Entretanto, até o momento, não existem ações concretas e instituídas para incentivar a adoção de Sistemas de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho pelas empresas, embora a Previdência Social já tenha normatizado administrativamente a redução da alíquota do SAT caso o empregador comprove o investimento em SST, inclusive através de uma auditoria do PCMSO.

No entanto, não existem critérios para esta auditoria. Assim, foram propostos 20 critérios para auditoria do PCMSO, que permitem verificar o cumprimento da Norma Regulamentadora nº 07.

Considerando que o cumprimento da norma legal é o passo inicial para melhoria das condições de trabalho, espera-se que esses critérios sejam utilizados em auditorias internas realizadas pelas próprias empresas para melhorar o próprio programa, corrigindo eventuais interpretações restritas dos itens disposto na NR-07, e para promover prevenção e promoção de saúde ocupacional.

Além disso, tais critérios podem ser utilizados tanto pelas empresas, para constituir uma prova documental do investimento em SST e subsidiar o requerimento de redução da alíquota do SAT, quanto pelo Estado em fiscalizações, a fim de verificar o cumprimento da NR-07, ou em avaliação previdenciárias para redução da alíquota do SAT.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Decreto nº 1313, de 17 de janeiro de 1891. Estabelece providências para regularizar o trabalho dos menores empregados nas fábricas da Capital Federal. *Coleção de Leis do Brasil*, Brasília, DF, p. 326, v.3.

2. HOCHMAN G. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 313-331, 2009. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/15.pdf>>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

3. BRASIL. Decreto nº 3550, de 16 de outubro de 1918. Autoriza o Presidente da República a reorganizar, sem aumento de despesas, a Diretoria do Serviço de Povoamento dando-lhe a denominação de Departamento Nacional do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 out. 1918. Seção 1, p. 13196.

4. BRASIL. Decreto nº 21690, de 01 de agosto de 1932. Cria Inspetorias Regionais do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio nos Estados e no Território do Acre e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 03 ago. 1932. Seção 1, p. 14869.

5. BRASIL. Decreto nº 2168, de 06 de maio de 1940. Cria a função de Delegado Regional do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 mai. 1940. Seção 1, p. 8253.

6. BRASIL. Decreto nº 55841, de 15 de março de 1965. Aprova o Regulamento da Inspeção do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 mar. 1965. Seção 1, p. 2798.

7. GOMES, J. C. M.. Histórico de inspeção do trabalho. Revista de inspeção do trabalho, v. 1, n. 1, 1988.

8. BRASIL. Decreto nº 5452, de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 mai. 1943. Seção 1, p. 11937.

9. ILO – INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. *C161 – Concerning occupational health services. 1995 (No. 161), 1995*. Disponível em: <[http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312306](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312306)>. Acesso em: 28 dez. 2013.

10. ROSSO, S., org. *A Inspeção do Trabalho*. SINAIT, 1999.

11. BRASIL. Decreto nº 41721, de 25 de junho de 1957. Promulga as Convenções Internacionais do Trabalho nº 11, 12, 13, 14, 19, 26, 29, 81, 88, 89, 95, 99, 100 e 101 firmadas pelo Brasil e outros países em sessões da Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jun. 1957. Seção 1, p. 16338.

12. BRASIL. Decreto nº 5161, de 21 de outubro de 1966. Autoriza a instituição da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 out. 1966. Seção 1, p. 12300.

13. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras NR do Capítulo V Título II da Consolidação das Leis do Trabalho sobre Segurança e Medicina do

Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 jul. 1978. Seção 1, p. 1423.

14. ILO – INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. R112 – *Occupational Health Service Recommendation*. 1959 (No. 112), 1959. Disponível em: <[http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55::0::NO::P55\\_TYPE,P55\\_LANG,P55\\_DOCUMENT,P55\\_NODE:REC,en,R112,%FDOCUMENT.>](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55::0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R112,%FDOCUMENT.>). Acesso em: 28 dez. 2013.

15. LACAZ, F. A. C. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n1/05.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

16. PEREIRA, O. E. D. G. *Conhecimento e ação em Saúde do trabalhador no Sindicalismo brasileiro: estudo sobre a trajetória do Departamento Intersindical de Estudos de Saúde e dos Ambientes de trabalho – Diesat e do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho – INST*. 2001. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

17. FREITAS, C.U et al. Saúde Pública e Ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Sociedade, Direito e Saúde*, São Paulo, v.2, n.1, p.3-10, 1985. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 dez. 2013

18. OLIVEIRA, M. H. B. *A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (1980-1993) Uma análise a partir do direito e da legislação específica*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação

Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

19. DIAS, E. C. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia*. 1994. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília: MPT, 2004. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-105206-701.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2013.

21. BRASIL. Decreto nº 7080, de 26 de janeiro de 2010. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas no Ministério da Previdência Social, altera o Anexo II do Decreto nº 6934 de 11 de agosto de 2009 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jan. 2010. Seção 1, p. 30.

22. MACHADO, J. M. H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 10, v. 4, p. 987-992, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a21v10n4.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

23. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Workers' health: global plan action. In: SIXTIETH WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2007. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/pnsst/2007-WHO-Global-Plan-of-Action.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2013.

24. BRASIL. Decreto nº 7602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a

Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 nov. 2008. Seção 1, p. 9.

25. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho*. Brasília: MTE, 2012. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/seg\\_sau/dia-mundial-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-28-de-abril.htm](http://portal.mte.gov.br/seg_sau/dia-mundial-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-28-de-abril.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2013.

26. BRASIL. Decreto nº 3724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jan 1919. Seção 1, p. 1013.

27. BRASIL. Decreto nº 24637, de 10 de julho de 1934. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jul. 1934. Seção 1, p. 14001.

28. BRASIL. Decreto nº 7036, de 10 de novembro de 1944. Reforma a Lei de Acidentes do trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 nov. 1944. Seção 1, p. 19241.

29. BRASIL. Lei nº 5316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de acidentes de trabalho na previdência social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 set. 1967. Seção 1, p. 9527.

30. BRASIL. Lei nº 6367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 out. 1976. Seção 1, p. 13975.

31- BRASIL. Lei nº 5316, de 14 de setembro de 1967. Integra o seguro de

acidentes de trabalho na previdência social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 set. 1967. Seção 1, p. 9527.

32. BRASIL. Lei nº 6367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 out. 1976. Seção 1, p.13975.

33. BRASIL. Lei nº 7787, de 30 de junho de 1989. Dispõe sobre as alterações na legislação de custeio da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 jun 1998. Seção 1, p. 10777.

34. BRASIL. Lei nº 8212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui o Plano de custeio, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Seção 1, p. 14801.

35. MELO, L.E.A. Previdência Social e Seguro Privado contra Acidentes e doenças do trabalho – estudo metodológico da definição das alíquotas para contribuição patronal nas dimensões coletiva e individual / Luiz Alcântara de Melo. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. 189 f.

36. BRASIL. Lei nº 10666, de 08 de maio de 2003. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho e produção e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 mai. 2003. Seção 1, p. 1.

37. PIORE, M. J.; SCHRANK, A. Toward managed flexibility: The revival of labour inspection in the Latin world. *International Labour Review*, Chichester, v.

147, n. 1, p. 1–23, 2008.

38. OLIVEIRA, P. R. A. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: Um novo olhar sobre a saúde do trabalhador*. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

39. BRASIL. Ministério de Previdência e Assistência Social. MPAS. Resolução MPS/CNPS nº 1236 de 28 de abril de 2004. *Diário Oficial da União* Brasília, DF, 10 mai. 2004

40- BRASIL. Decreto nº 6042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 fev. 2007. Seção 1, p. 2.

41- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Resolução MPS/CNPS nº 1316 de 31 de maio de 2010. Atualiza a proposta metodológica que trata da flexibilização das alíquotas de contribuição destinadas ao financiamento do benefício de aposentadoria especial e daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrentes dos riscos ambientais do trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 jun. 2010. Seção 1, p. 84-85.

42. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. 2013. Resultados da fiscalização do trabalho – Brasil – 1996 a 2013. Disponível em:<<http://portal.mte.gov.br/seg.sau/resultados-da-fiscalizacao-em-seguranca-e->

saude-no-trabalho-brasil-1996-a-2009.htm.>Acesso em: 13 nov.2013.

43. BRASIL. Secretaria de Políticas de Previdência Social. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho - AEAT 2007, vol. 1*. Brasília: MPS/DATAPREV/MTE, 2008. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/scripts10/dardoweb.cgi>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

44. BRASIL. Ministério da Previdência Social. A Previdência Social e a luta contra os acidentes e doenças do trabalho no Brasil. *Informe da Previdência Social*, v. 23, n. 07, 2011. Disponível em: <[http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3\\_110728-104424-440.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_110728-104424-440.pdf)>.

Acesso em: 16 nov. 2013

45. VON RICHTHOFEN, W. *Labour Inspection: A Guide to the Profession*. Geneva: OIT, 2002

46. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A necessidade de auditores fiscais do trabalho no Brasil: uma análise contemplando o grau de descumprimento da legislação trabalhista. Brasília: IPEA, 2012. Disponível em: <[http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/pdfs/nota\\_tecnica/nota\\_tecnicaxxxxxxx.pdf](http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/pdfs/nota_tecnica/nota_tecnicaxxxxxxx.pdf)>. Acesso em: 02/10/2014.

47. REPORTER BRASIL. Concurso público para o cargo de Auditor Fiscal do Trabalho. Disponível em: <http://reporterbrasil.org.br/wp-content/uploads/2014/06/Aviso-Ministro-Trabalho--sobre-Concurso-800-vagas-AFT.pdf>. Acesso em: 20 out 2014.

48. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3120, de 01 de julho de 1998.

Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 02 jul. 1998. Seção 1, p. 36.

49. BRASIL. Decreto nº 4552, de 27 de dezembro de 2002. Aprova o Regulamento da Inspeção do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 dez. 2002. Seção 1, p. 4

50. BRASIL. Decreto nº 6759, de 05 de fevereiro de 2009. Regulamenta a administração das atividades aduaneiras, e a fiscalização, o controle e a tributação das operações de comércio exterior. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 fev. 2009. Seção 1, p. 03.

51. BRASIL. Instrução Normativa RFB nº 1020 de 31 de março de 2010. Dispõe sobre a prestação de perícia para identificação e quantificação de mercadoria importada e a exportar e regula o processo de credenciamento de órgãos, entidades e peritos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 abr 2010. Seção 1.p.20.

52. TOMPA, E.; TREVITHICK, S.; MCLEOD, C. *A systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety*. Toronto (Canada): Institute for Work & Health, 2004.

53. MISCHKE, C. et al. Occupational safety and health enforcement tools for preventing occupational diseases and injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, s.v., n. 8 , art. CD010183, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010183.pub2/pdf>>.

Acesso em: 10 jan. 2014.

54. ESTLUND, C. Rebuilding the law of the workplace in an era of self regulation. *Columbia Law Review*, Nova Iorque, v. 105, n. 2, p.71-89, 2005. Disponível em: < [www.jstor.org/stable/4099314](http://www.jstor.org/stable/4099314) >. Acesso em: 14 dez. 2013

55. WEIL, D. A strategic approach to labour inspection. *International Labour Review*, Chichester, v. 147, n. 4, p. 351-375, 2008. Disponível em: <[http://staging2.ilo.org/public/english/revue/download/pdf/s3\\_weil.pdf](http://staging2.ilo.org/public/english/revue/download/pdf/s3_weil.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2013.

56. ILO - INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. ILO *introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health*. In: XIX WORLD CONGRESS ON SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2011, Istanbul. Geneva: ILO, 2011. Disponível em:<[www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms\\_162662.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms_162662.pdf)>. Acesso em:20 dez. 2013.

57. GUNNINGHAM, N.; JOHNSTONE, R. *Regulating workplace safety: systems and Sanctions*. New York: Oxford University Press Inc., 1999.

58. ROBSON, L., et al. The effectiveness of occupational health and safety management systems: a systematic review. *Safety Science*, Amsterdam, v. 45, n. 3, p. 329– 353, 2007.

59. WRIGTH, M.; MARSDEN, S.; ANTONELLI, A. *Building an evidence base for the Health and Safety Commission strategy to 2010 and beyond: A literature review of interventions to improve health and safety compliance - Research Report 196 - Health and Safety Executive*. Suffolk (United Kingdom): HSE Books, 2004. Disponível em:

<<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr196.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2013.

60. HSE - HUMAN ENGINEERING. *A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Bristol: HSE Books, 2005. Disponível em: <<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

61. JONHSTONE, R. From fiction to fact – Rethinking OHS enforcement (WP 11). 2003. Disponível em: <<http://regnet.anu.edu.au/publications/wp-11-fiction-fact-rethinking-ohs-enforcement>>. Acesso em: 26 dez. 2013.

62. GUNNINGHAM, N; JOHNSTONE, R. The Legal Construction of OHS management systems. In: Frick Kaj; Jensen Per Langaa; Quinlan Michael; Wilthagen Ton. *Systematic occupation health and safety management: perspectives on an international development*. Elsevier Science. Capítulo 7. Páginas: 125-146. Página 513. 2000.

63. BRASIL. Lei nº 11890, de 24 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Auditoria da Receita Federal do Brasil e Auditoria Fiscal do Trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 set. 1967. Seção 1, p. 9527

64. PORTO, M. F.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, 2003.

65. VON RICHTHOFEN, W. *Labour Inspection: A Guide to the Profession*.

Geneva: OIT, 2002.

66. MENDELOFF, J. M. *The Dilemma of toxic substance regulation: how overregulation causes underregulation at OSHA*. Cambridge: The MIT Press, 1988.

67. EASHW - EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Economic appraisal of preventing work accidents at company level*. 2002. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/28>>. Acesso em 15 dez. 2013.

68. THS-SHENG SU, et al. An integrated approach for improving occupational health and safety management: the voluntary protection program in Taiwan. *J Occup Health*. Japão. n. 47, p. 270-276, 2005.

69. WEDEGE, N.P. Assessment of Labour Inspectorate Performance: in search for a simple tool. Documento preparado para o LAB/ADMIN – OIT. Fevereiro, 2010.

70. BRASIL. Decreto nº 6957, de 09 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 set. 2009. Seção 1, p. 8.

71- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SSST nº 24 de 29 de dezembro de 1994. Aprova o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. *Diário Oficial da União* Brasília, DF, 30 dez. 1994. Seção 1, p.

21280-21282.

72. ILO - INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. Occupational safety and health: Synergies between security and productivity In: Meeting of Experts on ILO Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems, 2011, Geneva, *Governing body...*. Geneva: International Labour Organization, 2011. Disponível em: <[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/--safework/documents/meetingdocument/wcms\\_110380.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--safework/documents/meetingdocument/wcms_110380.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2013.

73. ILO - INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. *C187 - Promotional Framework for Occupational Safety and Health Convention - 2006 (No. 187)*, 2006. Disponível em: <[http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312332.](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312332.)>. Acesso em: 28 dez. 2013.

74. DAL ROSSO, S. A jornada de trabalho na Sociedade. SP, Ltr, 1996.

75. UNEP – United Nation Environment Programme. Voluntary initiatives from responsible entrepreneurship: a question and answer guide. *Industry and Environment Quaterly Review*, Paris, v. 21, n. 1-2, 1998. Disponível em: <<http://www.uneptie.org/media/review/vol21no1-2/vol21no1-2.htm#initiatives>> Acesso em: 10 nov. 2013.

76. EK, A. et al. Safety culture in Swedish air traffic control. *Safety Science*, Amsterdam, v.45, n. 7, p. 791-811, 2007. Disponível em: <<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753506001044>>>.

Acesso em: 12 dez. 2013

77. HOPKINS, A. Study organizational cultures and their effects on safety. *Safety Science*, Amsterdam, v. 44, n. 10, p. 875-889, 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753506000567>>. Acesso em: 09 dez. 2013.

78. BSI – BRITISH STANDARDS INSTITUTION. *Guide to Occupational health and safety management systems: BS 8800*. London (United Kingdom): BSI, 1996a.

79. BSI – BRITISH STANDARDS INSTITUTION. Occupational health and safety management systems – Specification: OHSAS 18001. London (United Kingdom): BSI, 1996b.

80. EU-OSHA - EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. Mainstreaming OSH into Business Management. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, 2010.

81. ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. *NBR 18801:2010 - Sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho - Requisitos*. 2010.

82. ILO - INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. *Guidelines on occupational safety and health management systems ILO-OSH 2001*. Geneva: International Labour Office, 2001. Disponível em: <<http://www.ilo.int/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000013.pdf>>. Acesso em: 31 dez. 2013.

83. JENSEN, P. L. Working without limits – Reconsidering regulation. TUTB

Newsletter, Brussels, v. 6, s. n., p. 66-71.

84. BREUCKER, G. et al. *Success factors of workplace health promotion*. Essen: BKK Bundesverband - Federal Association of Company Health Insurance Funds, 1998.

85. OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho: Um instrumento para uma melhoria contínua*. Turim: OIT, 2011. Disponível em: <<[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_154878.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_154878.pdf)>>. Acesso em: 4 fev. 2013.

86- FRICK, K. Worker influence on voluntary OHS management systems – a review of its ends and means. *Safety Science*, Amsterdam, v.49, n.7, p.974-987, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753511000907>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

87-ALBRACHT, G. Opening words. In: Summary report of Joint ILO/IALI international symposium on: Labour inspection and occupational safety and health management systems, 2001, Dusseldorf. *Summary report...* Dusseldorf: IOL, 2001, p. 4. Disponível em: <[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_110462.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110462.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

88. WEDEGE, N. P. Labour Inspection and Occupational Safety and Health Management Systems (OSH-MS). In: Summary report of Joint ILO/IALI

international symposium on: Labour inspection and occupational safety and health management systems, 2001, Dusseldorf. *Summary report...* Dusseldorf: IOL, 2001, p. 6. Disponível em: <[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_110462.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110462.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

89. ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. *NBR ISSO 19011 – Diretrizes para auditoria de sistemas de gestão.*

90. HALE, A. R et al. Modeling of safety management systems. *Safety Science*. Amsterdam, v. 26, n. 1-2, p. 121-140, 1997. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753597000349>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

91- ROBSON, L. S; BIGELOW, L. S. Measurement Properties of Occupational Health and Safety Management Audits: A Systematic Literature Search and Traditional Literature Synthesis. *Can J Public Health*, Ottawa, v. 101, supl. 1, p. S34-S40, 2010.

92. DUNLEAVY, P.; MARGETTS, H. New public management is dead: long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 16, n. 3, p. 467-494, 2006.

93. PIRES, R.R. Flexibilidade, consistência e impactos na gestão do desempenho burocrático: subsídios para uma nova sistemática de acompanhamento e avaliação do desempenho da inspeção do trabalho no Brasil / Organização Internacional do Trabalho. Brasília: OIT, 2010 1 v.

94. SABEL, C. Beyond principal-agent governance: experimentalist organizations, learning and accountability. In: ENGELEN, E.; DHIAN HO, M. (Orgs.) *De staat van de democratie*. Democratie voorbij de staat. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004. p. 173-195.

95- EASHW - EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. Effectiveness of economic incentives to improve occupational safety and health: Summary of a workshop organized by the European Agency for Safety and Health at Work as part of a European conference held during the Dutch Presidency in 2004. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work, 2005.

96- MPAS. Ministério da Previdência Social Previdência Social: Coleção Previdência Social, série debates: Seminário Internacional Sistemas de Seguro Contra Acidentes do Trabalho nas Américas 1. Seguridade Social 2. Seguridade Social . Finanças 3. Países das Américas. Seguridade social 4. Sistemas Previdenciários 5. Previdência Social 6. Acidentes de Trabalho Brasília, MPAS / SPS 2000. Coleção Previdência Social. Série Debates, 192 p.

97. AYRES, I; BRAITHWAITE, J. Responsive Regulation: transcending the deregulation debate. Oxford University Press, New York. (1992). In: Frick Kaj; Jensen Per Langaa; Quinlan Michael; Wilthagen Ton. Systematic occupation health and safety management: perspectives on an international development. Elsevier Science. Capítulo 7. Páginas: 125-146. Página 513. 2000.

98. BRASIL. Ementário: elementos para lavratura de autos de infração. Brasília: MTE, SIT, 2 ed., 2008.

99. VASCONCELOS, F.D. Atuação do Ministério do Trabalho na fiscalização das condições de segurança e saúde dos trabalhadores. Brasil, 1996-2012. *Rev.bras.saúde ocup.*, São Paulo, v.39, n.129,June 2014.

100. MACHADO, J.M.H. ; PORTO, M.F.S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a02.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

101. LACAZ, F. A. C. Sobre a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 5, s. supl., p. 489-490, 2000.

102. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

103. GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n.10, v.4, p.797-807, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 dez. 2013.

104. PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

105. LINHARES, H. Contribuição à história das lutas operárias no Brasil. São Paulo, Alfa-Omega, 1977. In: Dal Rosso, S. A inspeção do trabalho. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 107-136, 1996.

106. WALTERS, D; JOHSNTOSE, R; FRICK, K; QUILAN, M; BARIL-  
GINGRAS, G; THEBAUD-MONY, A. *Regulating workplace risks: a comparative study of inspection regimes in times of change*. Cheltenham. Canadá. Edward Elgar Publishing limited. 2011.



## VII. APÊNDICE I - Formulário para auditoria do PCMSO

Critério		Fundamento (NR-07)	Fator	Situações que reduzem o fator multiplicador	-F	Pontuação máxima
1	O PCMSO está documentado?	7.3.1	N = 1 F = 10	Não contém a assinatura com anuência do empregador	-3	10
				Não indica o período de abrangência	-2	
2	O PCMSO está implementado com base nos riscos identificados nas demais NR?	7.2.4	N = 4 F = 30	Não reconhece os fatores de riscos ambientais	-2	120
				Não reconhece os fatores de riscos de acidentes	-1	
				Não reconhece os fatores de risco ergonômicos físicos	-4	
				Não reconhece os fatores de risco ergonômicos psíquicos	-2	
				Não reconhece os danos decorrentes dos riscos ambientais	-2	
				Não reconhece os danos decorrentes dos riscos ergonômicos	-4	
3	Foi indicado médico coordenador do PCMSO?	7.3.1.c 7.3.1.d 7.3.1.e	N=2 F=20	Não há indicação expressa do médico coordenador	-3	40
				O coordenador não é médico do trabalho (exceto itens 7.3.1.e e 7.3.1.1)	-7	
4	O PCMSO prevê um cronograma de ações de saúde?	7.4.6	N=3 F=20	O cronograma não contém datas	-3	60
				O cronograma não contém os responsáveis	-2	
				O planejamento não considera os resultados das ações anteriores	-3	
				O cronograma não define prioridades	-2	

5	As ações do PCMSO são custeadas pelo empregador?	7.3.1.b	N=2 F=10	Os trabalhadores têm gastos com a avaliação clínica	-2	20
				Os trabalhadores têm gastos com os exames complementares	-3	
6	O PCMSO caracteriza os profissionais e/ou entidades encarregados?	7.3.2.a 7.3.3.a 7.3.3.b	N=2 F=10	Os médicos examinadores não são indicados expressamente.	-1	20
				Não há registros de que os médicos examinadores estão familiarizados com os riscos presentes nas atividades de trabalho e com as doenças ocupacionais mais comuns	-3	
				As capacitações das entidades que realizam os exames complementares não são indicadas expressamente	-1	
7	O PCMSO das contratadas está implementado com base nos riscos informados?	7.1.3	N=3 F=20	Não há registro de que as contratadas foram informadas dos riscos e danos identificados para as atividades	-5	60
				O PCMSO e/ou ASO das contratadas não são analisados pela contratante	-5	
8	Os exames são concluídos antes do trabalhador iniciar as atividades?	7.4.3.1	N=2 F=10	Os exames complementares não são finalizados antes da emissão do ASO	-2	20
				O ASO admissional é emitido após o início da atividade	-3	
9	A avaliação abrange anamnese ocupacional e exame físico e mental?	7.4.2.a 7.4.2.b	N=3 F=20	Não há um procedimento escrito para anamnese clínica	-3	60
				Não há um procedimento escrito para os exames físico e mental	-3	
				Não há um procedimento escrito para a anamnese ocupacional	-4	

10	Os tipos e prazos dos exames complementares estão de acordo com os riscos?	7.4.2.1	N=3 F=20	Não é feita audiometria nos expostos ao ruído após 6 meses da admissão	-2	60
		7.4.2.2		Não é feito Raio X padrão OIT nos expostos a particulados sólidos	-2	
		7.4.2.3		Não são mensurados os indicadores biológicos do Quadro I NR-07	-4	
		7.4.3		Não são mensurados os indicadores biológicos previstos na literatura não dispostos no Quadro I da NR-07	-2	
11	Os Atestados de Saúde Ocupacional contém as informações mínimas exigidas?	7.4.4	N=2 F=10	Não contém o RG ou CPF do trabalhador	-0,5	20
		7.4.4.1		Não contém a função do trabalhador	-1	
		7.4.4.3		Não contém todos os riscos da função	-1	
				Não contém todos os exames para a função	-1	
				Não indica aptidão ou inaptidão	-0,5	
				Não indica o médico coordenador	-0,5	
				Não contém a assinatura do empregado na 1ª via	-0,5	
12	Os resultados do exame médico são registrados no Prontuário?	7.4.5	N=3 F=10	Não são registrados os dados da anamnese clinica	-1	30
				Não são registrados os dados do exame físico e mental	-1	
				Não são registrados os dados da anamnese ocupacional	-1	
				Não são registradas as conclusões e as medidas aplicadas	-2	

13	O trabalhador é informado e orientado quanto aos resultados do exame médico?	7.4.4.2	N=1 F=20	Não recebe cópia dos exames complementares	-5	20
				Não é registrada no prontuário a orientação dada ao trabalhador	-5	
14	O PCMSO possui um procedimento para emissão de CAT?	7.4.8.a 4.2.3	N=4 F=20	Não há um procedimento para emissão da CAT	-4	80
				Não são definidos os critérios para a suspeição ou confirmação dos danos decorrentes dos riscos ambientais e/ou ergonômicos	-3	
				Os resultados da avaliação donexo causal não são suficientemente detalhados e registrados no prontuário	-2	
				Não há registro de que o trabalhador recebeu uma via da CAT	-1	
15	O PCMSO possui um procedimento para afastamento do risco ou do trabalho?	7.4.8.b	N=4 F=30	Não são definidos critérios para afastamento do trabalho	-5	120
				Não são definidas as incapacidades mais comuns para a função	-2	
				Não é emitido ASO de mudança de função quando o trabalhador é colocado numa outra função com riscos diferentes	-3	
				Os dados das avaliações que motivaram o afastamento do trabalho não ficam registrados nos prontuários	-5	
16	O empregador é orientado quanto às medidas de controle necessárias?	7.4.8.d	N=4 F=30	Não são mantidos os registros das orientações	-10	120
				Não são mantidos registros da eficácia das orientações	-5	

17	O Relatório anual resume a análise epidemiológica dos resultados dos exames?	7.4.6.1	N=2 F=30	Não contém os resultados das avaliações clínicas (anamnese, exame físico e mental)	-3	60
				Não contém os resultados dos exames complementares	-2	
				Não é feita uma análise descritiva e epidemiológica dos resultados	-5	
				Não permite diferenciar os resultados não ocupacionais dos relacionados ao trabalho	-5	
18	Relatório anual é discutido com os trabalhadores?	7.4.6.2	N=1 F=20	Não é facilmente compreendido	-5	20
				Não fica anexado junto à Ata da reunião da CIPA	-2	
				Não registra a opinião dos trabalhadores	-3	
19	É feita uma Análise global do PCMSO?	7.3.1.a	N=4 F=10	O empregador não indicou expressamente a concordância com os resultados e com as recomendações do programa	-2	40
				O empregador não assinou a sua análise global	-3	
20	O PCMSO prevê atendimento de primeiros socorros?	7.5.1	N=1 F=20	Não há um procedimento escrito para primeiros socorros	-4	20
				Não há materiais necessários à prestação de primeiros socorros	-2	
				Não há recursos humanos capacitados para primeiros socorros	-2	
				Os materiais não são guardados em local adequado e de fácil acesso	-1	
				Os primeiros socorros não são oferecidos durante toda a jornada	-1	
Soma das pontuações						1000
Resultado geral da Auditoria	800 ou mais pontos ( ) Adequado	799 a 500 pontos ( ) Adequado com ressalva	499 ou menos pontos ( ) Inadequado			



## APÊNDICE II – Carta do Orientador à Comissão da Pós-graduação

Campinas, 05 de novembro de 2014.

À Comissão de Pós Graduação  
Faculdade de Ciências Médicas  
Universidade Estadual de Campinas  
Ref.: Tese de Doutorado

Prezados Senhores,

Esclareço que o aluno FELIPE ROVERE DINIZ REIS (RA 078879) desenvolveu no período do seu curso de doutorado em Saúde Coletiva / Epidemiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, um estudo teórico aprofundado (revisão narrativa da literatura e proposição de ferramenta de avaliação qualitativa) sobre gestão e auditoria em de saúde ocupacional focando o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, levantando aspectos positivos e negativos que interferissem na promoção real da saúde dos trabalhadores.

O aluno, acumulando experiências no exercício do exame dos PCMSO percebeu oportunidades de aprimoramento do exercício da medicina do trabalho através da sua melhoria, durante a realização das fiscalizações em saúde ocupacional.

Este estudo será apresentado e defendido sob forma de tese de doutorado sob o título: "Critérios para auditoria do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional"

A referida tese *não envolveu seres humanos*. Por isso, considerando o disposto na Resolução CNS/MS nº 466 de 12/12/2012, o Projeto de pesquisa não foi submetido a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Satoshi Kitamura  
Área de Saúde do Trabalhador  
Departamento de Saúde Coletiva  
FCM/UNICAMP



POR: Bruno