



# Jornal da ANAMT

Impresso Especial  
9912226452/2008-DR/GO  
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE  
MÉDICA DO TRABALHO  
CORREIOS



Ano XXVI • Setembro • 2013

Associação Nacional de Medicina do Trabalho

[www.anamt.org.br](http://www.anamt.org.br)



## Inclusão Social

**Pessoas com deficiência ainda enfrentam dificuldades no ambiente de trabalho**

Págs. 12 a 14



## Responsabilidade social

O dia 21 de setembro é o Dia Nacional de Luta das Pessoas com Deficiência. A data nos faz refletir sobre os direitos que ainda não foram plenamente adquiridos na batalha travada diariamente por acessibilidade e igualdade de condições. Além das inúmeras barreiras físicas, o preconceito ainda é uma realidade nas relações interpessoais.

No âmbito profissional não é diferente. Apesar da Lei de Cotas e da fiscalização por meio das superintendências do Ministério do Trabalho e Emprego, muitas empresas ainda não preenchem devidamente seu quadro de funcionários, não estão preparadas para incluir ou não preparam o ambiente de trabalho para receber as pessoas com deficiência ou reabilitadas. A ideia de seu processo produtivo ou do trabalho ainda não ter condições de receber pessoas com deficiência persiste. A inclusão está longe de ser uma responsabilidade social e se limita ser apenas uma busca de cumprimentos legais.

Nesse processo de inclusão, o Médico do Trabalho tem uma importante responsabilidade social e deve participar da inserção ou reinserção e da integração desse trabalhador, o que contribui para a promoção e/ou adaptação de um ambiente seguro e saudável para todos. O Médico do Trabalho tem a responsabilidade de avaliar e promover a saúde do trabalhador por inteiro, deve buscar identificar as potencialidades físicas, mentais e sociais de todos e enxergar a pessoa com deficiência além de suas limitações óbvias. Para incentivar essa conscientização, a ANAMT escolheu esse tema para a matéria de capa dessa publicação.

As recentes iniciativas do Governo Federal sobre o exercício da Medicina e a contratação de médicos estrangeiros também são abordadas nesta edição, assim como os riscos ocupacionais aos quais os professores estão expostos. A categoria é uma das que têm maior exposição a ambientes conflituosos. Esses profissionais estão sujeitos a distúrbios osteomusculares, cansaço mental, lesões por esforços repetitivos, doenças cardiovasculares e até Síndrome de Burnout.

Na tradicional sessão de entrevistas do Jornal da ANAMT, exponho os principais pontos que vão guiar a gestão da nova Diretoria no triênio 2013-2016 e faço considerações sobre o atual cenário de SST no Brasil. Vamos trabalhar pelo reconhecimento social e pela valorização da nossa especialidade. Para tanto, abriremos espaço para a colaboração de todos os atores interessados na política e na gestão da Associação.

Devemos ter a certeza da importância e da grandeza do Médico do Trabalho e mostrar quem somos e do que somos capazes. Muitas conquistas ainda estão por vir. Nossa única certeza é o compromisso de muita luta e dedicação assumido por esta Diretoria que guiará os passos da ANAMT pelos próximos três anos.

Agradeço os votos de confiança e boa leitura!

Dr. Zuher Handar



## Jornal da ANAMT

Uma publicação da Associação Nacional de Medicina do Trabalho

Expediente

**Presidente:** Dr. Zuher Handar • **Diretora de Divulgação:** Dr.<sup>a</sup> Marcia Bandini

**Produção Editorial e Design:** Cajá Comunicação ([www.caja.com.br](http://www.caja.com.br) • [info@caja.com.br](mailto:info@caja.com.br))

**Jornalista Responsável:** Bruno Chuairi (MTb/RJ 27.017/RJ) • **Reportagens:** Annaclara Velasco, Luiza Ribeiro e Thaise Constancio

• **Fotos:** Capa - iStockPhoto; p6. André Thomazo; p7. Wikimedia Commons; p10 - 11. Valter Campanato/ABr, José Cruz/ABr; p12 - 14. Pixkit/Stock.Xchng, Marcello Casal/ABr, Vatsyfoode/Stock.Xchng; p15. Divulgação; P16. Kmb43xgame/Stock.Xchng; P20. Elza Fiúza/ABr

• **Impressão:** Poligráfica

O **Jornal da ANAMT** é uma publicação trimestral, de circulação nacional, distribuída a seus associados.

Os textos assinados não representam necessariamente a opinião da ANAMT, sendo seu conteúdo de inteira responsabilidade dos autores. Não é permitida a reprodução total ou parcial das matérias publicadas neste jornal sem a autorização da ANAMT.

## Uma questão de gerenciamento da saúde

O Brasil é um dos países com mais médicos no mundo – 400 mil –, conta com mais de 200 escolas de Medicina – o segundo país do mundo em número de escolas –, só perde para a Índia, e o número de alunos por escola quem autoriza é o Ministério da Educação. Há má distribuição. Os médicos estão concentrados em grandes cidades e capitais, onde há infraestrutura mais adequada para trabalhar e o conhecimento chega mais rápido, o que possibilita mais atualização e reciclagem.

Postos de saúde, em várias cidades, estão em locais improvisados, muitos deles alugados pelas prefeituras e até mesmo com eletricidade e água "puxadas" de escolas vizinhas. O caos na saúde pública, que o governo tenta atribuir à falta de médicos, na verdade, é falta de gestão qualificada, corrupção continuada e subfinanciamento.

O Programa Mais Médicos, lançado pelo Governo Federal, apresenta alternativas absurdas para a saúde pública, como importação de médicos estrangeiros sem revalidar o diploma e sem comprovar fluência no português. Com isso, o governo cria dois tipos de medicina: a primeira formada pelos que poderão exercer a profissão livremente em todo o território nacional e a segunda composta pelos médicos intercambistas, que terão seu direito ao exercício profissional limitado a determinada região, com qualidade duvidosa para atender a população que depende do SUS, já que não terão seus conhecimentos avaliados.

Médicos formados em qualquer lugar do mundo são muito bem-vindos, desde que aprovados pelo REVALIDA, nos moldes atuais, pois o governo fala em calibrar o exame (baixar o ponto de corte coloca em risco a saúde da população). Existem países em nosso entorno com faculdades de Medicina de péssima qualidade, como Bolívia, Cuba e Argentina. A ELAM, em Cuba, forma brasileiros escolhidos por partidos políticos e financiados com dinheiro público.

Nesse governo, fala-se muito de quantidade. Queremos qualidade na quantidade suficiente, pois melhorias na saúde ocorrem, obrigatoriamente, através de acesso rápido e com qualidade.

**Florentino Cardoso**  
Presidente da Associação Médica Brasileira

### AÇÃO NAS RUAS

Para conscientizar a população do Dia Nacional de Prevenção ao Acidente de Trabalho, comemorado em 27 de julho, a Associação Paranaense de Medicina do Trabalho (APAMT) fez uma campanha nas ruas de Curitiba. A população foi orientada sobre prevenção de acidentes, uso de EPI e práticas de avaliação da saúde.

### SST

A Sociedade Gaúcha de Medicina do Trabalho (SOGAMT) realizou a 20ª edição da Jornada Gaúcha de Medicina do Trabalho, entre os dias 29 e 31 de agosto, em Porto Alegre. Em cursos, painéis e conferências, especialistas de SST abordaram temas como nanotecnologia, gestão integrada e saúde ocupacional.

### VIII JORNADA CEARENSE DE MEDICINA DO TRABALHO

Comemorando duas décadas de atuação em prol dos profissionais brasileiros, a Associação Cearense de Medicina do Trabalho (ACEMT) organizará, de 23 a 25 de outubro, a VIII Jornada Cearense de Medicina do Trabalho. O encontro, que será em Fortaleza, terá como tópico central a evolução da saúde ocupacional, suas conquistas e seus desafios.

Mais informações: <http://www.acemt.com.br/>

### 27ª JORNADA DA AMIMT

De 28 a 30 de novembro a Associação Mineira de Medicina do Trabalho (AMIMT) realizará mais uma edição da sua tradicional Jornada. Sob o tema O Resgate da Ciência na Medicina do Trabalho, o evento inclui cursos pré-congresso sobre Atualização em Monitoramento Biológico de Trabalhadores Expostos ao Risco Químico e Medicina Baseada em Evidências Aplicada à Medicina do Trabalho. A programação abrangerá assuntos como câncer ocupacional, agrotóxicos, coluna vertebral e medicina do sono.

Mais informações: <http://27jornada.amimt.org.br/>



## Exercício da Medicina em foco

Nos últimos meses, duas notícias relacionadas à saúde ocuparam os noticiários e foram foco de discussões entre profissionais da área, em especial dos Médicos do Trabalho. A Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, instituiu o Programa Mais Médicos e, em conjunto com o Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013, criou o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos.

Outro tema discutido foi o Projeto de Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina e teve artigos vetados pela presidente Dilma Rousseff. O texto foi reavaliado pelo Senado e aguarda nova proposta do Executivo aos artigos vetados.

Especificamente em relação às legislações trabalhista e previdenciária, merecem destaque:

- Resolução CFM nº 2.015/13 – Modifica o artigo 12 da Resolução CFM nº 1.488, de 11 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre normas específicas para médicos que atendam o trabalhador, que passa a vigorar com a seguinte redação: “O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem atuar como peritos judiciais, securitários, previdenciários ou assistentes técnicos, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados)”.

- Portaria nº 392, de 18 de julho de 2013 – Aprova o Regulamento Técnico para luvas de segurança utilizadas na atividade de corte manual de cana-de-açúcar.

- Portaria Interministerial nº 333, de 18 de julho de 2013 (DOU de 23/07/2013 Seção II Pág. 28) – Institui Grupo de Trabalho Interministerial para discutir e elaborar minuta de anteprojeto de decreto para regulamentar a concessão de aposentadoria ao segurado com deficiência do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), de que trata a Lei Complementar nº 142, de 08/05/2013.

- Portaria Interministerial nº 334, de 18 de julho de 2013 (DOU de 23/07/2013 Seção II Pág. 29) – Institui Grupo de Trabalho Interministerial para homologar o instrumento a ser aplicado pela perícia do INSS na avaliação do grau da deficiência para concessão do benefício devido à pessoa com deficiência, bem como estabelecer as definições necessárias à sua aplicação.

- Portaria MTE nº 1.119, de 26 de julho de 2013 (DOU de 29/07/2013 Seção II Pág 40) – Constitui, no âmbito do MTE, comissão tripartite para examinar antes da submissão ao Congresso Nacional a Recomendação nº 202 sobre os Pisos Nacionais de Proteção Social, adotada pela 101ª Conferência Internacional do Trabalho da OIT.

**Dr. Paulo Rebelo**  
Vice-presidente nacional da ANAMT

## Principais mudanças



### Posicionamento oficial da ANAMT sobre a Resolução CFM 2.015/13

Em 11 de setembro, a ANAMT entregou sua posição oficial sobre as mudanças na Resolução CFM 1.488/98 ao presidente do Conselho, Dr. Roberto Luiz D'Ávila. Ele firmou o compromisso de convidar a Associação para corrigir a alteração considerada inadequada. A modificação foi feita sem consulta à ANAMT e à Câmara Técnica em Medicina do Trabalho do próprio CFM. A Associação também questionou o mérito jurídico da Resolução CFM 2.015/13 e destacou que o Conselho deve zelar pela ética e pelo correto exercício profissional.

**Congresso Nacional:** <http://www.planalto.gov.br/legislacao>

**Diário Oficial da União:** <http://portal.in.gov.br/>

**Conselho Federal de Medicina:** <http://www.portal.cfm.org.br>

Consulte o texto dessas e de outras portarias no site [www.anamt.org.br](http://www.anamt.org.br)

**Anamt realiza 15º Congresso**  
Evento é pautado por uma visão integral da saúde do trabalhador



Quinhentos e cinquenta profissionais participaram do evento

Marcelo de 47 anos de idade, formado em Medicina (Associação Nacional de Medicina do Trabalho) realizou, entre 11 e 17 de maio, o 15º Congresso Nacional de Medicina do Trabalho. O evento, que ocorre a cada três anos, reuniu mais de 5.000 profissionais, em 150 palestras, painéis, debates, discussões e seminários, realizados em um ambiente de alto nível científico e de atualização profissional.

Com a presença de mais de 5.000 profissionais, em 150 palestras, painéis, debates, discussões e seminários, realizados em um ambiente de alto nível científico e de atualização profissional.

“O Congresso Nacional de Medicina do Trabalho não constitui apenas uma atualização profissional, mas também uma oportunidade de troca de experiências e de conhecimento entre os profissionais da área”, afirmou o presidente da ANAMT, Dr. Zuher Handar.



Handar, novo presidente

**INTERNACIONAL**

O Congresso reuniu profissionais de Brasil, da América Latina, dos Estados Unidos e de países europeus (França, Espanha, França, Portugal). No total, foram oferecidos oito cursos, com 28 horas de aulas, além de sessões de temas livres.

“Possível, durante este evento, que se desdobre um diálogo entre os médicos e psicólogos do Trabalho, tanto no Brasil quanto no exterior. Alguns países profissionais temerem pensando a Saúde do Trabalho sob a perspectiva dos interesses das empresas, porém em produtividade. Há pontos que afetam a relação entre organização do trabalho e integridade da saúde são a perspectiva do trabalhador”, disse a psicóloga do Trabalho Cláudia Reis. “Nesse sentido me parece que o congresso em sua totalidade, abriu espaço para todos os trabalhadores, além da sua organização, inclui debates na produção de saúde e de segurança do trabalho, e a construção de uma cultura

**15º Congresso Nacional da ANAMT**

Diversas publicações noticiaram o 15º Congresso Nacional da ANAMT, realizado em maio na capital paulista com mais de dois mil participantes de diversos países. Os 45 anos de fundação da Associação, a ampla programação do evento e a posse da nova diretoria – liderada pelo presidente Dr. Zuher Handar – foram destaques nos veículos.

“É um congresso transdisciplinar, com transferência de conhecimentos entre várias especialidades. Quem sai com um bom resultado dessa troca, no final, é o próprio trabalhador”, afirmou Dr. Carlos Campos, então presidente da Anamt, à Revista Proteção.

**Exagero em concurso público**

O site do jornal O Estado de S. Paulo denunciou, no início de agosto, um concurso para a prefeitura de Tambaú (SP) que exigia dos participantes uma prova física considerada abusiva. No exame, os candidatos a ajudante geral carregaram sacos de cimento de 50 quilos por um percurso de 60 metros, enquanto o tempo era cronometrado.

O objetivo do teste seria avaliar a agilidade e a força dos candidatos, em sua maioria, mulheres. No entanto, o Dr. Mario Bonciani, diretor Científico da ANAMT, considerou a exigência um exagero: “Nós procuramos que o trabalhador se submeta cada vez menos a um esforço excessivo. Colocar isso em uma competição é descabido sob o ponto de vista da saúde e do critério de seleção”.

Uma semana antes da realização da prova, a organizadora da seleção, Noroeste Concursos, divulgou como seria a avaliação prática. Entre as normas, constava que, caso o candidato derrubasse o saco ou não concluísse todo o trajeto, seria eliminado. Dr. Bonciani afirmou que a carga máxima que um trabalhador pode carregar em serviço é de 20 kg, e que mesmo esse peso é considerado abusivo.



**Excesso de trabalho**

Em julho, o jornal Tribuna do Paraná noticiou o abuso das horas extras por parte das empresas, principalmente metalúrgicas e montadoras. Os sindicatos dos trabalhadores do estado revelaram que a prática é cada vez mais frequente, apesar de as entidades patronais negarem o abuso. Segundo a Força Sindical, cerca de 70% dos trabalhadores de Curitiba e região passam por essas situações, que geram problemas na saúde e na produtividade.

A Dr.ª Marcia Bandini, diretora de Divulgação da ANAMT, alertou para os perigos de uma extensa jornada de trabalho, com muita demanda física ou mental. Devido a esses excessos, os trabalhadores podem apresentar mais cansaço, ansiedade, problemas físicos – como distúrbios osteomusculares –, entre outras consequências danosas à saúde.

“Longas jornadas de trabalho são contraproducentes a longo prazo e afetam a vida social dos trabalhadores, que não têm tempo para si ou para a família”, reforçou Marcia, que recomenda equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal.





em destaque

*Nova diretoria da ANAMT foi apresentada durante o 15º Congresso Nacional da entidade*

# Inovação e tradição

## Diretoria da ANAMT fala sobre o Plano Estratégico 2013-2016

Valorização da Medicina do Trabalho, ampliação da participação da ANAMT em debates relativos a SST, educação continuada e diálogo com entidades de classe. Essas são algumas diretrizes do Plano Estratégico de Ação 2013-2016, que será executado pela diretoria da Associação, sob a liderança do Dr. Zuher Handar.

“Vamos dar continuidade e aperfeiçoar o trabalho das gestões anteriores. Estamos entusiasmados por podermos contribuir, cada um em sua área, com um projeto que unifica e fortalece a ANAMT”, destaca o diretor Científico, Dr. Mario Bonciani. Nos próximos três anos, ele quer democratizar ainda mais as decisões científicas, fortalecer o Conselho Técnico, estimular a participação dos associados em comissões e debates sobre a profissão, e implantar padrões éticos e diretrizes técnicas para a Associação.

À frente da diretoria de Ética e Defesa Profissional, a Dr<sup>a</sup>. Rosylane Rocha concorda com o colega e ressalta as palavras do presidente na primeira reunião do grupo: “Dr. Zuher nos incentivou a fazer a diferença para o associado e, principalmente, para quem ainda não é membro da ANAMT”. Para tanto, ela planeja participar da atualização do Manual de Procedimento em Medicina do Trabalho, fomentar a criação de Câmaras Técnicas nos CRMs, coordenar reuniões de diretores de Ética das Federadas e dialogar com os órgãos reguladores.

Maior associação de Médicos do Trabalho da América Latina, a ANAMT vai ampliar sua visibilidade no cená-

rio internacional com a manutenção e o fortalecimento das relações institucionais globais e regionais. “Queremos continuar a aproximação com universidades e entidades de classe em Portugal, Espanha e Itália e construir parcerias sólidas e de forte impacto social com os países africanos de língua portuguesa”, pondera o Prof. René Mendes, diretor de Relações Internacionais.

A defesa dos preceitos assinados na Convenção de Minamata e a luta pela suspensão do uso do amianto crisotila serão temas recorrentes nas discussões levantadas pela ANAMT por meio da diretoria de Relações Internacionais.

Na diretoria de Divulgação, a Dr<sup>a</sup>. Marcia Bandini propõe inovação e proatividade. No site e no Jornal da ANAMT, ela quer ampliar a geração de conhecimento e melhorar o relacionamento com os associados e os demais profissionais de SST. “Daremos um salto qualitativo. Já conquistamos um espaço importante no debate sobre saúde do trabalhador. Agora temos o compromisso de ocupá-lo com mais eficiência para contribuirmos com a sociedade”, analisa.

Leia mais sobre o Plano Estratégico 2013-2016 na página 8

# LEMBRANÇAS DE VIAGEM

## Marcello Pedreira

CRM: 65377-SP

Dr. Marcello Pedreira é médico pediatra da Unidade de Emergência do Hospital Sírio-Libanês e do Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Israelita Albert Einstein, com formação pelo Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nas viagens de férias ou a trabalho, nem sempre as lembranças que trazemos são agradáveis. Segundo o Centro de Informação em Saúde para Viajantes, da UFRJ, a diarreia é o principal problema de saúde enfrentado durante as viagens e afeta de 10% a 50% dos viajantes, principalmente nos países em desenvolvimento. Causada pela ingestão de água e alimentos contaminados, pode durar até 3 dias e causar desidratação, principalmente em crianças, idosos e portadores de doenças crônicas.

Um estudo recente avaliou mais de 25 mil viajantes de 1996 a 2005, e quase 3 mil apresentaram diarreia infecciosa ao retornarem. Dentre as causas encontram-se: parasitas (65%), bactérias (31%) e vírus (3%). Os parasitas *Giardia spp*, *E. histolytica* e *S. stercoralis* e as bactérias *Campylobacter spp*, *Shigella spp* e *Salmonella spp* foram responsáveis por 70% de todas as diarreias.

## AS VERMINOSAS TAMBÉM VIAJAM

A giardíase é altamente contagiosa, já que a ingestão de 10 a 25 ovos em água ou alimentos contaminados pode deixar um indivíduo doente. Os sintomas podem variar desde problemas intestinais leves a quadros que duram várias semanas, com diarreia, dor abdominal, náuseas e perda de peso, sendo esta uma consequência nada agradável ao se retornar de locais onde a alimentação é diferente e a higiene alimentar nem sempre é predominante.

A *E. histolytica* e a *E. moshkovskii* (conhecidas como amebas), após terem seus ovos ingeridos, desenvolvem-se no intestino grosso, invadem e colonizam as células da parede intestinal. Essa invasão pode levar dias ou mesmo anos e, apesar de 90% dos casos serem assintomáticos e desaparecerem espontaneamente, uma parte das pessoas contaminadas pode apresentar: febre, dor abdominal e diarreia sangüinolenta com duração superior a 14 dias.

O terceiro parasita a ser considerado, principalmente naqueles que andam descalços em sua última viagem, é o *S. stercoralis*. Larvas desse parasita, presentes em solo contaminado, penetram pelos pés e atingem os pulmões através da circulação. Dos pulmões, migram até a traqueia e chegam

ao esôfago, são engolidos e alcançam o intestino delgado, local em que as fêmeas depositam dezenas de ovos por dia e causam diarreia. O parasita pode persistir de forma assintomática no intestino por décadas. Por outro lado, sintomas como coceira e erupções cutâneas, dor abdominal, diarreia e perda de peso podem estar presentes, juntamente com a elevação dos níveis de marcadores de alergia no sangue.

## ATENÇÃO ÀS BACTÉRIAS

Quanto às bactérias, a *E. coli* pode ser responsável por até 50% dos casos de diarreia dos viajantes. O *S. aureus* produz toxinas na comida antes mesmo de sua ingestão, ocasionando vômitos e diarreia. Já a *Salmonella spp* pode causar diarreia ao invadir a parede do intestino e destruir suas células. É necessária a ingestão de um grande número de bactérias *E. coli* para provocar a diarreia, o que ocorre com facilidade em áreas com saneamento básico inadequado. Um pequeno número de microorganismos *Shigella spp* é capaz de provocar diarreia e facilitar a contaminação de alimentos e água pela manipulação inadequada ou por insetos, mesmo em áreas com saneamento básico adequado. Finalmente, os vírus (adenovírus, astrovírus, rotavírus e norovírus) são uma importante causa de diarreia em grupos de turistas, especialmente a que ocorre em cruzeiros.

Seja qual for o agente causador, as diarreias do viajante a trabalho podem levar à incapacidade de realizar as atividades programadas ou as atividades rotineiras no retorno para casa, com significativo impacto financeiro.

## COMO PREVENIR

O risco de intoxicações alimentares pode ser bem reduzido com a adoção de medidas como higiene básica, seleção de alimentos e consumo de água tratada. Os alimentos de maior risco são os mal cozidos ou crus, como saladas, frutos do mar, alimentos com ovos (maionese, molhos e sobremesas tipo mousse), leite e derivados não pasteurizados (queijos, iogurtes, cremes) e sorvetes e bebidas preparados com gelo ou água não tratados. O consumo de alimentos expostos à temperatura ambiente por períodos prolongados (como em bufês) implica também risco elevado.

## TRATANDO A DIARREIA

O tratamento básico consiste na reidratação, que deve ser iniciada o mais rapidamente possível. A utilização de medicamentos como antibióticos ou antiparasitários deve ser feita exclusivamente sob orientação médica. Nos casos mais acentuados ou prolongados (duração maior que 3 dias) ou na presença de sangue ou pus nas fezes, deve-se procurar um serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ross AGP, Olds GR, Cripps AW, Farrar JJ, McManus DP. Enteropathogens and Chronic Illness in Returning Travelers. N Engl J Med 2013; 368:1817-1825.
2. Martins FSV, Pedro LGF, Castiñeiras TMPP. Diarreia dos viajantes. In Cives - Centro de Informação em Saúde para Viajantes. Disponível em <http://www.cives.ufrj.br/informacao/dv/dv-iv.html>; acessado em 06 de junho de 2013.

# Planos para o próximo triênio

A experiência de 25 anos de atuação em prol da saúde do trabalhador proporcionou ao Dr. Zuher Handar conhecimento e tranquilidade para encarar uma nova etapa em sua carreira: assumir a presidência da ANAMT. Nesta entrevista, ele apresenta as principais diretrizes da próxima Diretoria e expõe seu ponto de vista sobre assuntos referentes à SST no Brasil.

Como foi sua trajetória profissional até chegar à presidência da ANAMT?

Minha carreira se iniciou em 1985, quando concluí a formação em Saúde Pública. Especializei-me em Medicina do Trabalho em 1992. Nessa área, coordenei o projeto de implantação do Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador, em Curitiba; assumi o escritório regional da Fundacentro e atuei como Secretário de Segurança e Saúde no Trabalho do MTE. De volta à Curitiba, tornei-me diretor do Departamento de Saúde Ocupacional e assumi a Coordenação do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador, onde ainda atuo. Também leciono na graduação da Faculdade Evangélica e sou professor e coordenador do curso de pós-graduação em Medicina do Trabalho da PUC-PR. Em 2004, fui convidado pelo Prof. René Mendes para a vice-presidência da ANAMT. Três anos depois, tornei-me Diretor Científico por convite do Dr. Carlos Campos.

Como será a atuação da nova Diretoria?

Vamos dar continuidade aos avanços alcançados nas gestões anteriores e buscar todos os meios para tornar real e visível a primeira razão de ser da ANAMT: a defesa da Saúde do Trabalhador. Valorizamos a parceria com todas as entidades de classe e a garantia da contribuição de todos os atores sociais envolvidos com a missão e os objetivos da ANAMT, mesmo que não sejam associados. Por isso, nossa plataforma de gestão foi feita de forma colaborativa.

A formação e a atualização profissional terão prioridade nesta gestão?

É importante que consigamos ocupar com competência os espaços institucionais na regulamentação da formação inicial, na certificação e no ingresso dos médicos na especialidade. Esse desafio se completa com a formação dos especialistas e com a educação continuada dos profissionais. A Medicina do

Trabalho precisa de um novo modelo de residência médica e novas estratégias de formação com modelos pedagógicos que garantam eficácia na formação profissional, além de critérios mais rígidos na certificação dos títulos.

Como o senhor avalia o cenário atual da Medicina do Trabalho no Brasil?

A especialidade ainda tem muitos desafios pela frente. A ideia equivocada de que o papel do Médico do Trabalho se reduz à seleção e à manutenção da força de trabalho ainda existe. Nosso papel político e social é muito maior, principalmente diante da atual complexidade das questões de saúde relacionadas ao trabalhador.

Que mudanças o senhor julga necessárias?

Do governo, esperamos mais investimentos materiais, e, principalmente, em recursos humanos. Olhar o trabalhador como um cidadão por inteiro é fundamental, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador pode contribuir para isso. Os empregadores precisam da assessoria de profissionais que os auxiliem a estabelecer as medidas adequadas, para que se promova um ambiente de trabalho seguro, saudável e digno. Com relação aos trabalhadores, creio que devemos resgatar no meio sindical a agenda do cuidado integral da saúde do trabalhador e buscar seu desenvolvimento junto aos empregadores por meio do Programa de Trabalho Decente, Seguro e Responsável.

Em sua opinião, os exames admissionais são feitos corretamente?

A prática dos Médicos do Trabalho ainda é muito legalista. Os exames médicos frequentemente se resumem ao preenchimento do ASO para atendimento da fiscalização. Não aproveitamos a oportunidade para obter informações que possibilitem a formulação de um perfil de adoecimento dos trabalhadores e oriente um planejamento para a melhoria da qualidade de vida. Uma das prioridades da Diretoria será a elaboração de uma Diretriz Técnica sobre o PCMSO, que vai sugerir procedimentos técnicos e condutas éticas para um novo modelo de avaliação. Acredito que o novo modelo do Programa deve se preocupar mais com o Cuidado Integral da Saúde do Trabalhador, não somente com a realização de exames médicos ocupacionais.





*Dr. Zuher Handar assumiu a presidência da ANAMT em maio*

#### Que avanços representa a Convenção de Minamata?

Esse tratado enfoca o problema do mercúrio nos ambientes de trabalho e no meio ambiente e orienta medidas mais radicais e de proibição do metal. Evocar Minamata, no Japão, significa um esforço para que a grande epidemia de malformações congênitas – ocasionadas pela entrada do metal na cadeia alimentar dos moradores dessa região – não se repita. A gravidade dos efeitos reforçou a necessidade de abordar o problema, inclusive no Brasil, onde o metal é empregado em diversos processos, como o garimpo do ouro. Outro material amplamente utilizado no país que também ocasiona graves problemas de saúde é o amianto crisolotila. O Poder Público precisa combater o uso desse minério.

#### Como o senhor avalia as recentes mudanças na legislação destinada à SST?

Algumas mudanças realmente configuram avanço em relação à preocupação com a saúde do trabalhador. A chamada PEC do Trabalho Escravo coíbe esse tipo de prática e expropria terras em que se constate a existência de trabalhadores sob esse regime. Qualquer legislação que trate desse tema tem relação muito próxima com a ANAMT. Garantir a promoção dos direitos humanos e a dignidade nos ambientes de trabalho é sempre nossa prioridade. O anexo da NR-30 apresenta muitas contribuições para a melhoria das condições de Saúde e Segurança nas plataformas. A legislação colabora para minimizar os riscos e os agravos aos quais os trabalhadores são submetidos. O texto estabelece, entre outras coisas, a obrigatoriedade e a constituição da CIPA e a necessidade de elaboração de PPRA e PCMSO específicos.

## DIRETRIZES DA GESTÃO 2013-2016

### Valorização da Medicina do Trabalho

- Manter a integração com as Federadas;
- Ampliar a comunicação com os associados e com a sociedade;
- Promover nas Universidades o novo processo de revalidar a acreditação dos cursos.

### Formação, educação continuada e apoio técnico-pedagógico

- Iniciar o processo de revisão das competências básicas requeridas para o exercício da especialidade;
- Fortalecer os conteúdos de SST na graduação médica;
- Desenvolver programas com apoio de ferramentas de ensino à distância para capacitação e atualização profissional;
- Estimular o desenvolvimento de Referências Técnicas e Consensos Nacionais que serão as diretrizes da ANAMT. Como primeira tarefa, revisar as normas sobre o PCMSO;
- Incentivar programas de pós-graduação e mestrado;
- Fortalecer o Conselho Científico para ampliar a participação dos associados nas Comissões Técnicas da ANAMT;
- Fortalecer a Revista Brasileira de Medicina do Trabalho;
- Promover um programa de identificação e divulgação de melhores práticas.

### Ampliar e fortalecer a participação da ANAMT enquanto ator social

- Operar junto aos Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência e Saúde, Tribunal Superior do Trabalho e Ministério Público;
- Estreitar a relação com entidades coirmãs, como ABRASCO, ABERGO, ANENT, ABHO, ABRAPHISET, entre outras;
- Atuar junto ao CFM no sentido de acompanhar as propostas e decisões com repercussão na Medicina do Trabalho;
- Promover o intercâmbio e o desenvolvimento de programas de ensino entre instituições associativas e universidades nacionais e internacionais;
- Criar ações de aproximação com as entidades representativas de empresários e trabalhadores.



# Saúde em pauta

Iniciativas do Governo Federal geram mudanças no exercício da Medicina

Nos últimos meses, a classe médica foi objeto de um intenso debate na sociedade brasileira. Iniciativas do Ministério da Saúde causaram polêmica ao implementar o programa Mais Médicos – voltado para estimular a alocação de médicos nas unidades do SUS em locais remotos do país – e ao sancionar a Lei 12.842/2013, conhecida como Ato Médico.

Instituído em julho pela Medida Provisória 621/2013, o Mais Médicos tem por objetivo principal melhorar a estrutura do serviço médico público, de acordo com o governo. Inicialmente, o programa foi dividido em três eixos: investimentos em infraestrutura (R\$ 15 bilhões até 2014); investimentos em cidades cuja média de profissionais está abaixo de 1,8 para cada mil habitantes; e criação de mecanismos para aumentar, nesses locais, a proporção de médicos para 2,5 a cada mil habitantes, até 2020.

## EDUCAÇÃO

A princípio, o projeto previa alterar a duração do curso de Medicina de seis para oito anos, com o acréscimo de um período de estágio compulsório na área de atendimento básico do SUS. A mudança foi suspensa pelo Ministério da Educação, mas os alunos que ingressarem na graduação a partir de 2017 terão que se dedicar por mais dois anos até poderem exercer a profissão.

A residência médica, até então facultativa, passará a ser obrigatória. O primeiro ano de atuação dos recém-formados será nas áreas de atenção primária de emergência e urgência. O segundo será dedicado à especialização profissional.

## POSTOS DE TRABALHO

O Mais Médicos permite o ingresso de profissionais formados fora do Brasil, desde que o país de origem tenha média de profissionais acima da nacional. No primeiro momento, foram disponibilizadas 15.460 vagas em 3.511 cidades, a maioria na Região Nordeste. Os profissionais receberão uma bolsa-formação de R\$ 10 mil, além de ajuda de custo para despesas de instalação e transporte, extensível aos familiares. A carga horária será de 40 horas semanais, com duração de três anos. O programa não estabelece nenhum vínculo empregatício.

No fim do primeiro mês de inscrição, em agosto, foram selecionados 1.618 profissionais, dos quais 522 formados no exterior. Com o início do trabalho em setembro, os médicos serão distribuídos em 579 municípios. A seleção supriu 10,5% da demanda inicial, o que ocasionou a abertura de um segundo processo seletivo.

Para o presidente da ANAMT Dr. Zuher Handar, a escassez de profissionais alegada para a criação do Mais Médicos é, na verdade, um problema distributivo: “Em um país democrático e livre, as escolhas de fixação de residência são feitas em função de um conjunto de variáveis que não se limitam ao salário. As políticas públicas devem garantir condições dignas de trabalho e de vida para os profissionais da Saúde”.

Entre a chegada ao Brasil e o deslocamento para a cidade escolhida, os médicos selecionados participam de cursos de língua portuguesa, aprendem a dinâmica de funcionamento do SUS e passam por uma especialização em atendimento de atenção



básica, com aulas expositivas, oficinas, simulações de consultas e de casos complexos, com carga horária total de 120 horas.

A medida é diferente do procedimento adotado para médicos estrangeiros que chegam ao Brasil em outras circunstâncias: eles não precisarão se submeter ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos, o Revalida. Em 2011, 884 pessoas se inscreveram para a prova e somente 9% foram aprovadas. Este ano, 1.772 profissionais se submeteram ao teste. Ainda não há informação sobre os resultados. Antes da criação do exame, em 2011, as provas de revalidação podiam ser realizadas por qualquer universidade pública.

Dr. Zuher defende a igualdade de condições para os estrangeiros selecionados pelo Mais Médicos e os demais profissionais que ingressam no mercado de trabalho brasileiro oriundos de outros países.

“O Revalida estabelece as condições e os meios para o exercício legal da profissão médica no Brasil em harmonia e reciprocidade com exigências similares para os médicos brasileiros em outros países”, afirma.

## ACORDO COM A OPAS

Em abril, antes da criação do Mais Médicos, o Governo Federal assinou um termo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a vinda de 4 mil profissionais cubanos. Segundo o Ministério da Saúde, 42% deles já atuaram em outros países e têm mais de 16 anos de experiência. O acordo é válido por cinco anos e prorrogável pelo mesmo período.

Eles trabalharão nas 701 cidades para as quais não houve candidatos do Mais Médicos. Na primeira etapa, 400 cubanos chegaram ao Brasil e passarão pelos mesmos cursos destinados aos demais estrangeiros selecionados pelo programa.

Pela parceria, o governo brasileiro repassará R\$ 511 milhões até fevereiro de 2014 à Opas, o equivalente ao valor total pago aos médicos nesse período. A organização receberá R\$ 24 milhões de comissão e o restante será repassado ao governo cubano, que ficará responsável pelo pagamento dos profissionais.

O secretário-adjunto do Ministério da Saúde, Fernando Menezes, declarou que os cubanos deverão receber entre R\$ 2,5 mil e R\$ 4 mil, valores, segundo ele, usados como referência em outros acordos desse tipo. O Ministério Público do Trabalho abriu investigação para averiguar as condições de trabalho desses profissionais.



1. Entidades se posicionam contra os vetos do Ato Médico na Câmara dos Deputados
2. Após acordo com a Opas, médicos cubanos desembarcam no Brasil
3. Em Brasília, médicos reivindicam, entre outras coisas, melhorias na infraestrutura do SUS
4. Manifestantes a favor e contra o Ato Médico invadem a sessão de votação da lei

## ATO MÉDICO

Em julho, a presidente Dilma Rousseff aprovou a Lei 12.842/2013 que, após tramitar no Senado por mais de dez anos, regulamenta a atividade médica no país. O texto foi sancionado com dez vetos. A nova legislação assegura que outros profissionais da saúde possam realizar diagnósticos e prescrições terapêuticas em situações específicas, além de estender a eles a permissão de realizar procedimentos invasivos à pele, se previstos em protocolos e diretrizes clínicas do SUS.

Sobre a regulamentação, Dr. Zuher aponta que, apesar do escopo da Medicina do Trabalho ter seu princípio regulamentado por convenções internacionais e pelas NR 4 e NR 7, seu caráter multidisciplinar torna-se incompleto sem as competências de outras especialidades médicas: “Nossa questão central não depende de lei, estando focada nas competências e na conduta ética. É por esses critérios que seremos avaliados.”

## MANIFESTAÇÕES

A discussão em torno da atuação de profissionais estrangeiros no Brasil, anterior ao anúncio do programa do Governo Federal, foi uma das motivações dos protestos realizados por entidades médicas em todo o país. As reivindicações mais presentes nos atos envolviam a criação de carreira de médico de Estado, a destinação de 10% da receita da União para a Saúde, além da melhoria na infraestrutura do SUS.

# Diferenças atenuadas

Apesar de terem seus direitos garantidos por lei, pessoas com deficiência ainda encontram dificuldades de inclusão na sociedade

Com bom humor, a assistente administrativa Eliana Nunes Ferreira lembra algumas situações ocorridas no ambiente de trabalho. Numa delas, uma nova estagiária a considerou metida após ter chamado seu nome diversas vezes, sem obter resposta. Outra vez, conversava interessadamente com um colega e, para evitar perder o contato com sua leitura labial, foi acompanhando seus movimentos até quase cair no chão.

Eliana percorreu um longo caminho até conseguir rir de situações como essas. Aos 22 anos, após sofrer uma forte pancada na cabeça durante um arrastão no Rio de Janeiro, cidade onde mora, ela perdeu os sentidos em decorrência de uma hemorragia cerebral. Diagnosticada com uma lesão do nervo auditivo, sofreu com muitas crises de labirintite, fortes dores e hoje tem apenas 5% de audição.

Essa é somente uma das histórias em um universo de 45 milhões de brasileiros que têm algum tipo de deficiência – visual, auditiva, motora ou mental. Esse número corresponde a uma parcela de quase 24% da população. Dentro desse grupo, 8,3% apresentam pelo menos um tipo de deficiência severa. Para que não se tornem reféns de suas limitações, no Brasil, diversas leis buscam assegurar acesso igualitário às condições necessárias para o desenvolvimento desses cidadãos na sociedade.

A primeira delas foi promulgada há 24 anos. A Lei 7.853/89 criou as principais normas de acessibilidade e balizou a Política Nacional para a Pessoa com Deficiência. Dois anos depois, a Lei 8.213/91 determinou que as companhias com cem ou mais empregados estariam obrigadas a preencher de 2% a 5% de seu quadro de funcionários com pessoas com deficiência ou reabilitadas. Garantiu também que, em caso de dispensa, a vaga só poderia ser preenchida por um trabalhador em condição semelhante.

A chamada Lei de Cotas, porém, só foi regulamentada em 1999, pelo Decreto 3.298, cujo texto fixou os critérios médicos a serem considerados no preenchimento das cotas empregatícias. Após discussões no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), sua redação foi atualizada em 2004, por meio do Decreto 5.296, que hoje define os conceitos das categorias de deficiência.

“Garantir acessibilidade não é só uma questão arquitetônica”

Dr<sup>a</sup>. Marcia Bandini  
Diretora de Divulgação da ANAMT

“Com essa legislação específica, criou-se o arcabouço legal que visa garantir a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho e na sociedade, ampliando a discussão sobre esse relevante tema”, diz o vice-presidente nacional da ANAMT, Dr. Paulo Rebelo, autor do livro “A Pessoa com Deficiência e o Trabalho”.

Dr. Rebelo reforça a necessidade da utilização dos critérios do Decreto 5.296/04, uma vez que a legislação tem por objetivo a inclusão específica de pessoas que, sem a tutela do Estado, dificilmente teriam acesso ao mercado de trabalho.

É fundamental, porém, que o Médico do Trabalho use seus conhecimentos para atender ao “espírito da lei” com bom senso, uma vez que o texto não esclarece suficientemente alguns casos, como o da visão monocular.

## ADAPTAÇÕES

No processo de inclusão no ambiente profissional, o papel do Médico do Trabalho é essencial para que tanto o espaço físico quanto os trabalhadores estejam preparados para receber a pessoa com deficiência. Seu dever é, de maneira equânime, proteger e fomentar a saúde do trabalhador, contribuir para o estabelecimento e a manutenção de um ambiente saudável e seguro para todos, assim como promover a adaptação do trabalho às capacidades de todos.

Para a Dr<sup>a</sup>. Marcia Bandini, diretora de Divulgação da ANAMT, a correta aplicação da lei depende muito da dedicação do profissional de Saúde. Ele deve compreender seu papel de protagonismo na inclusão social de todos os trabalhadores.

“Precisamos entender nosso significativo papel social. Com seu carimbo e sua caneta, o Médico do Trabalho tem

um grande poder de incluir as pessoas na sociedade. Quando a empresa tem uma representação mais plural, todo mundo se beneficia”, afirma.

Para conduzir corretamente essa adaptação, é necessária uma imersão nas nuances da legislação específica, enxergar o trabalhador além de suas limitações óbvias e identificar seu potencial para desenvolver as tarefas exigidas. Outro desafio é que, nesse caso, a missão do Médico do Trabalho não se encerra no consultório. Por ser conhecedor da anatomia e da fisiologia, muitas vezes o profissional precisa ajudar a adaptar o processo ou o ambiente de trabalho às limitações do indivíduo.

“Garantir a acessibilidade não é só uma questão arquitetônica, algumas adaptações são praticamente customizadas. Temos também que garantir que, em um plano de resposta e emergência, de fato todas as pessoas possam ser incluídas”, finaliza Marcia.

## FISCALIZAÇÃO

Apesar da exigência legal, a participação de trabalhadores com deficiência e reabilitados no mercado de trabalho ainda é baixa: apenas cerca de 306 mil são formalmente empregados no Brasil. Desde 2001 o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) fiscaliza, por meio de suas superintendências regionais, o correto cumprimento das normas que garantem a essas pessoas igualdade no ambiente profissional. Além da legislação já citada, o Decreto 6.949/09 e a Instrução Normativa 98/12 são importantes conquistas nesse campo.

O primeiro visa garantir as modificações necessárias para assegurar que as pessoas com deficiência e reabilitadas possam exercer seus direitos fundamentais com igualdade de condições e define a discriminação por motivo de deficiência como qualquer diferen-

ciação, exclusão ou restrição baseada em limitações físicas ou mentais. Já a IN 98 tem o intuito de coibir as práticas discriminatórias no ambiente de trabalho e atribui ao auditor fiscal do MTE o dever de verificar se as medidas de segurança estão em conformidade com as necessidades do trabalhador.

José Carlos do Carmo é médico especialista em Medicina do Trabalho, mestre em Saúde Pública, coordenador do Programa de Inclusão da Pessoa com Deficiência da SRTE/SP e auditor fiscal do MTE. Há dez anos ele trabalha diretamente com o processo de inclusão dentro das empresas e avalia que ainda há muito que avançar:

“A irregularidade que mais encontramos é o não cumprimento da cota. Mas é importante destacar que hoje já encontramos algumas empresas em situação regular na primeira fiscalização, o que não acontecia antes”.

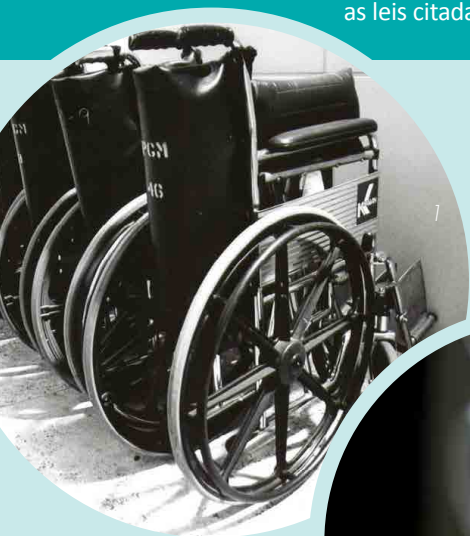
As maiores dificuldades, porém, ultrapassam a questão quantitativa das vagas. Segundo José Carlos, muitas companhias tratam as pessoas com deficiência com preconceito, sem garantir-lhes igualdade em oportunidades de crescimento profissional. Além disso, com frequência, as julgam incapazes de desempenhar funções que exijam maior habilidade técnica.

Algumas entidades têm por objetivo promover a conscientização da necessidade de inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Um exemplo é a Rede Empresarial de Inclusão Social, uma rede nacional de empregadores que compartilha conhecimentos e boas práticas e fomenta a articulação de parcerias e projetos de qualificação profissional nas mais de 60 empresas associadas. Já o Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência luta pela inserção de temas relacionados ao grupo nas políticas públicas nacionais.



## SUGESTÃO DE LEITURA

Em 2007, o MTE elaborou, em parceria com o Ministério Público do Trabalho, o manual “A Inclusão das Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho”. O objetivo é facilitar o cumprimento da Lei 8.213/91. O material está disponível na página Sugestões de Leitura do site da ANAMT. Também se encontram no site, na área de Legislação, a íntegra de todas as leis citadas nesta matéria.



1. As empresas precisam estar equipadas para incluir todos os trabalhadores em um plano de emergência
2. Pequenas adaptações tornam o ambiente de trabalho mais inclusivo
3. A legislação brasileira garante o preenchimento de cotas por pessoas com deficiência em empresas com mais de 100 funcionários
4. Eliana Ferreira é deficiente auditiva e hoje se sente integrada no seu ambiente de trabalho

Para analisar o direito à Lei de Cotas, uma equipe multiprofissional deve avaliar o candidato de acordo com os termos da legislação vigente e considerar as seguintes categorias:

- Deficiência Física - Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarrete o comprometimento da função física;
- Deficiência Auditiva - Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;
- Deficiência Visual - Acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho; baixa visão (acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho); casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 graus;
- Deficiência Mental - Funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho;
- Deficiência Múltipla - Associação de duas ou mais deficiências.

## SUPERAÇÃO E VITÓRIA

A falta de preparação para lidar com pessoas com deficiência e reabilitadas no ambiente de trabalho é confirmada pela experiência de vida da assistente administrativa Eliana Ferreira. Aos 51 anos, ela hoje se diz feliz e satisfeita com um cargo em uma multinacional. Muitas experiências negativas, porém, marcaram sua vida profissional.

Antes de perder a audição, Eliana era superintendente de uma grande instituição de ensino. Pediu demissão já depois do acidente, pois estava recebendo diversas reprimendas da diretoria. Seu próximo emprego foi em um hospital, como arquivista de prontuário, um cargo que a deixava isolada e sem precisar se comunicar com ninguém.

Durante os anos que se seguiram, ela sentiu vergonha de sua condição e sofreu com a dificuldade de comunicação em um ambiente onde, muitas vezes, as pessoas não estavam dispostas a lidar com suas limitações.

“Passei por um longo processo de aceitação e hoje me sinto forte, aprendi a gostar de mim. Ainda sou tratada com indiferença e muitas pessoas não sabem como agir comigo. Todo dia aprendo um pouco com meus colegas de trabalho e eles também aprendem comigo”, conta.

# Os Médicos do Trabalho e as Pessoas com Deficiência

João Ribas\*

Lembro-me do tempo em que comecei a trabalhar com inclusão profissional de pessoas com deficiência. Lá se vão praticamente 30 anos. No início dos anos 80, uma de nossas preocupações era explicar aos empresários a diferença entre doença e deficiência. Havia o temor de que as pessoas com deficiência viessem a faltar muito no emprego por serem consideradas doentes.

Naquele momento, os empresários já estavam se convencendo de que não demoraria muito para receberem pessoas com deficiência em suas companhias. O governo brasileiro havia tomado conhecimento da Convenção 159 da OIT, aprovada em Genebra em 1983, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes, e em poucos anos se tornaria signatário. As pessoas com deficiência pressionavam o Poder Legislativo para que promulgasse uma lei que obrigasse as empresas a contratá-las, o que de fato ocorreu em 1991.

A Lei 8.213 determinou em seu artigo 93 que a “empresa com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência”. Não era mais possível argumentar que pessoas com deficiência estariam “inaptas” para exercer qualquer cargo ou função profissional formal. Mas ainda era possível questionar se elas de fato cumpririam com suas tarefas entregariam resultados satisfatórios ou seriam uma espécie de estorvo, que chegariam por imposição legal e perderiam dias de trabalho para ir a consultas médicas e terapias.

Em última análise, a quem os empregadores recorriam para atestar se essas pessoas seriam eficientes ou estorvos? Aos Médicos do Trabalho que, fincados na ideologia da Medicina Ocupacional, tinham a missão maior de ajudar a empresa a atestar a aptidão dos trabalhadores (no exame admissional), acompanhar a conservação dessa aptidão (no exame periódico) ou certificar a inaptidão (recusando a admissão ou no exame demissional).

Passados 30 anos, alguns Médicos do Trabalho entenderam as razões sociais da inclusão profissional de pessoas com deficiência e hoje buscam implementar procedimentos que ajudem as empresas a incluí-las no ambiente de trabalho. Esses médicos, embora estejam irremediavelmente presos à lógica do mundo corporativo, buscam uma maior humanização do ambiente empresarial e conseguem deslocar o foco do seu olhar. Antes, estavam centralizados nos processos. Hoje, a proteção efetiva da saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e a necessidade de incluir profissional e socialmente as pessoas com deficiência aparece com mais nitidez no seu olhar.

Todavia, ainda que esses profissionais já consigam ir além da Medicina Ocupacional e praticar a Medicina Assistencial, a saúde das pessoas com deficiência, bem como seu universo simbólico existencial, é algo relativamente desconhecido. Eles não conhecem as implicações da lesão medular, sabem pouco a respeito do glaucoma congênito ou da retinose pigmentar, sabem menos ainda quais são os alcances adquiridos pelo implante coclear e pouco estudaram a ocorrência da



cópia adicional do cromossomo 21 que leva à síndrome de Down. Isso significa que, embora sejam médicos, a deficiência física, visual, auditiva e intelectual não lhes é familiar.

Sabemos que a economia globalizada tem aumentado a ambição dos empregadores pelo lucro imediato. Ao mesmo tempo, as pessoas têm buscado trabalhar em companhias mais humanas e inclusivas, nas quais quanto mais valor se dê ao ser humano, mais engajamento receberão de seus funcionários. Por isso, precisamos que os Médicos do Trabalho nos ajudem a incluir adequadamente as pessoas com deficiência nos quadros profissionais das empresas. Assim, juntos, promoveremos empresas mais responsáveis, mais colaborativas e mais justas.

---

*\*João Ribas é Antropólogo, Doutor em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP), Head de Diversidade & Inclusão da Serasa Experian, responsável pelo Programa de Empregabilidade de Pessoas com Deficiência. É também cadeirante.*



# Doenças da educação

Más condições de trabalho agravam riscos ocupacionais de professores

“Nasci para ser educadora. Apesar de todos os problemas, nunca interrompi esse sonho.” Quando entrou na sala de aula pela primeira vez, em 1963, a professora de História da rede pública de São Paulo, Berenice Simas de Oliveira, teve certeza de que tinha escolhido a profissão certa. Apaixonada pelo que fazia, em mais de 30 anos de magistério, chegou a lecionar para 16 turmas dos ensinos fundamental e médio em três turnos, em um ano letivo.

Hoje, aos 74 anos, ela sofre com um dos problemas mais recorrentes entre os profissionais da educação: edema nas pregas vocais, desenvolvido com a profissão e agravado pelas longas jornadas. “Tive orientação médica e, inclusive, fiz tratamentos prolongados. Acho

que o problema de voz atrapalhou meu rendimento no trabalho”, conta.

A doença da professora Berenice é um dos inúmeros riscos ocupacionais da atividade do professor. Entre os problemas mais frequentes estão dores no corpo, cansaço mental, varizes nos membros inferiores, lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho (LER/DORT), exaustão emocional, irritabilidade, doenças cardiovasculares, estresse e até mesmo Síndrome de Burnout e distúrbios psicológicos.

As deficiências das condições de trabalho como ruído, temperatura e iluminação inadequadas, excesso de alunos e equipamentos quebrados tendem a agravar ainda mais



os quadros. A categoria é uma das que tem maior exposição a ambientes conflituosos e alta demanda de tarefas extraclasse, reuniões e problemas com estudantes que chegam a ameaças verbais e físicas. “Essas situações estressantes ocasionam repercussões na saúde física e mental e no desempenho profissional dos educadores”, analisa a Dr<sup>a</sup> Marcia Bandini, diretora de Divulgação da ANAMT.

O diretor Científico da ANAMT, Dr. Mario Bonciani, alerta para a alta incidência de distúrbios psicológicos. “As condições reais da atividade, a natureza da profissão que lida diretamente com grupos de pessoas, além da organização do trabalho do professor no Brasil, são elementos fortes de estresse e podem gerar transtornos mentais elevadíssimos”, observa.

## AMBIENTE

Em 2008, a Dr<sup>a</sup> Nadja Ferreira, presidente da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (ABMT) defendeu a tese de doutorado “Avaliação dos riscos ocupacionais no ambiente de trabalho dos professores de ensino fundamental, médio e superior: estado de penosidade, insalubridade e periculosidade”, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O resultado é alarmante: 100% das salas de aula analisadas apresentavam condições de penosidade, em desobediência às Normas Reguladoras (NR9) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Além de nocivas à saúde do trabalhador, as más condições dos ambientes de estudo prejudicam a interação entre aluno e professor. “Esses ambientes provocam an-

siedade e insegurança, favorecem demandas pessoais conflitivas, que podem originar situações de violência e criar barreiras 'invisíveis' que dificultam o pleno acesso ao processo de ensino-aprendizagem”, explica Dr<sup>a</sup> Nadja, no trabalho de doutoramento.

Na tentativa de superar as más condições de trabalho, muitos educadores ultrapassam os limites corporais. Pelo excesso de ruído, por exemplo, eles elevam o tom da voz e forçam a musculatura das pregas vocais. No curto prazo podem desenvolver fadiga muscular que tende a evoluir para rouquidão, quebra da sonoridade, pigarro e dor de garganta. “A longo prazo podem aparecer lesões mais graves como pólipos, nódulos e mesmo tumoração”, diz a tese.

## PREVENÇÃO

A legislação brasileira tem critérios para verificações ambientais periódicas de agentes nocivos no ambiente de trabalho. No entanto, raramente as salas de aula são avaliadas. Nesse contexto, as ações do Médico do Trabalho devem tentar diagnosticar precocemente os transtornos ocupacionais.

O ideal é, nos exames periódicos, fazer avaliações focadas nas doenças mais recorrentes da categoria, elaborar um protocolo de investigação e solicitar exames físicos que identifiquem as alterações mais frequentes. “O foco das avaliações médicas deve ser preventivo. Precisamos acompanhar a evolução dos pacientes nos exames periódicos e nos retornos ao trabalho”, avalia o Dr. Mario Bonciani.

## CONGRESSO ANALISA LEIS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS

Tema constante na imprensa, as agressões que envolvem alunos, pais e educadores já são parte da realidade do sistema educacional brasileiro.

Como medida preventiva, em 30 de agosto, a Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado, da Câmara dos Deputados, aprovou o Projeto de Lei 604/11, que cria a política de prevenção à violência contra os professores. O documento estabelece punições para o aluno ou funcionário que praticar ato de violência e concessão de licença remunerada ao docente em risco. Também estará disponível serviço telefônico gratuito para receber denúncias de agressões contra professores.

O estudo “A Vitimização de Professores e a ‘Alunocracia’ na Educação Básica”, feito pelas pesquisadoras Tania Mendes e Juliana Torres, em 2006 e 2007, com professores de escolas públicas e privadas mostra que os educadores brasileiros são vítimas constantes de ameaças e agressões verbais, físicas e psicológicas.

O trabalho, base do Projeto de Lei do Senado 191/2009, revela que 58% dos docentes se sentem inseguros em relação às condições ambientais e psicológicas do trabalho. Além disso, 87% não se sentem amparados pela legislação quando são vítimas de agressões dos alunos e 89% gostariam de ter essa proteção.

Desde fevereiro, a Comissão de Direitos Humanos analisa a proposta, que trata da violência praticada por alunos, pais ou responsáveis legais que cause dano patrimonial, lesão corporal ou morte do docente no exercício da profissão. O projeto obriga as escolas a criarem mecanismos para solucionar conflitos entre alunos e professores e a manterem uma equipe multidisciplinar com profissionais das áreas de saúde e psicossocial.

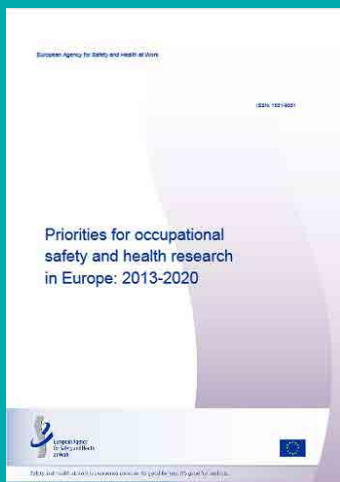
Fonte: Agência Câmara Notícias, Jornal do Senado e Agência Senado.

## SST na Europa

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (OSH, na sigla em inglês) divulgou o documento "Prioridades de Pesquisa para Segurança e Saúde no Trabalho na Europa: 2013-2020". O documento mostra que, após as recentes mudanças sociais, econômicas e tecnológicas no continente, os ambientes de trabalho também mudaram. Por isso, as pesquisas no campo de SST devem elucidar as lacunas sobre os novos e os já conhecidos fatores de risco para os trabalhadores europeus.

A publicação aborda temas como envelhecimento populacional, fatores psicossociais, câncer, nanomateriais e comorbidade entre as doenças crônicas, além da importância das estratégias de prevenção aos assuntos discutidos.

O relatório está disponível na seção Sugestões de Leitura do *site* da ANAMT: <http://www.anamt.org.br/>



## Condições de trabalho

O sofrimento psíquico dos enfermeiros nos hospitais das redes pública e privada de São Paulo foi o tema da pesquisa "O Trabalho do Enfermeiro de Pronto-Socorro", realizada por Tereza Luiza Ferreira dos Santos, psicóloga da Fundacentro. O projeto foi desenvolvido por solicitação do sindicato estadual da classe e chama atenção para as condições inadequadas de trabalho.

Por meio da observação dos profissionais no exercício da atividade e de entrevistas, foram identificadas características como esgotamento físico e ritmo acelerado de trabalho. Os enfermeiros também estão expostos a violências laborais como agressões verbais e físicas, provocadas principalmente por pacientes psiquiátricos ou alcoolistas. A pesquisa pode ser acessada no *site* da Fundacentro: [www.fundacentro.gov.br](http://www.fundacentro.gov.br).

## Manual de Orientação do eSocial

Em junho, o Governo Federal lançou o eSocial, sistema virtual unificado que contém informações enviadas pelos empregadores sobre seus funcionários a órgãos como INSS, Receita Federal e Caixa Econômica Federal. A ferramenta deve se tornar obrigatória a partir de 2014 e, aos profissionais de SST, será atribuído o envio de informações como

afastamentos, atestados de saúde ocupacional e avisos de acidente de trabalho. Para conhecer melhor o novo mecanismo, está disponível um manual de orientação do programa, que pode ser acessado pelo *site* da ANAMT: [http://anamt.org.br/index.php?id\\_noticia=1998](http://anamt.org.br/index.php?id_noticia=1998)



## Nova edição RBSO

A edição 128 (jan/jun 2013) da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO) já está disponível para leitura e *download* no *site* da Fundacentro. A publicação traz o dossiê temático "Atenção Integral em Saúde do Trabalhador: Desafios e Perspectivas de uma Política Pública – I". Os autores dos artigos, ensaios e editoriais discorrem sobre a implementação de políticas públicas no SUS, cadeias produtivas para os trabalhadores assalariados, entre outros temas.

A RBSO pode ser baixada no *site* da ANAMT pelo *link* [http://www.anamt.org.br/index.php?id\\_noticia=1929](http://www.anamt.org.br/index.php?id_noticia=1929)

## espaço do associado

**Tenho registro de Médico do Trabalho, expedido em 1976, pelo Ministério do Trabalho. Preciso realizar a prova para obter o título de especialidade?**

*Atualmente, há duas formas de obter o reconhecimento como especialista em Medicina do Trabalho: ter concluído a Residência Médica ou ser portador do Título de Especialista, emitido pela AMB/ANAMT. O registro expedido pelo Ministério do Trabalho não pode ser usado como forma de reconhecimento da especialidade em Medicina do Trabalho.*

*Em decorrência do convênio celebrado em 11 de abril de 2002 CFM, AMB e Comissão Nacional de Residência Médica – ratificado pela Resolução CFM 1785/2006 –, a sistemática adotada pela AMB e pelas Associações de Especialidade conveniadas, para a concessão e registros de títulos de especialista e/ou certificados de área de atuação, será por meio de aplicação de prova (exame de suficiência).*

*Esses exames de suficiência serão organizados e realizados pelas respectivas Associações de Especialidade de acordo com os critérios estabelecidos pelo convênio celebrado entre a AMB, o CFM e a CNRM.*

*A prova de Título de Especialista em Medicina do Trabalho é realizada pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) com periodicidade mínima anual e pode ser eventualmente realizada em mais de uma oportunidade em um mesmo ano. Geralmente ocorre durante um evento científico importante, como por exemplo, os Congressos Nacionais ou seminários Regionais da ANAMT e suas Federadas Estaduais.*

Dr<sup>a</sup>. Flávia S. S. Almeida  
Diretora de Patrimônio da ANAMT

Envie suas dúvidas, opiniões e sugestões para o **Jornal da Anamt**.  
Acesse o *site* da Anamt:

[http://www.anamt.org.br/espaco\\_associado.php](http://www.anamt.org.br/espaco_associado.php)



Como se associar?

Conheça todos os benefícios de se associar e preencha a proposta *online*:

<http://www.anamt.org.br/associar.php>

### XII Fórum ANAMT

Campinas receberá a 12ª edição do Fórum ANAMT, que será realizado nos dias 22 e 23 de novembro. Com temas como Do Programa de Controle Médico Para Gestão Da Saúde Integral – PCMSO: Avanços, Limites e Questões Éticas” e Riscos Ocupacionais e Imunização: A Prevenção e a Vigilância da Saúde dos Trabalhadores, o evento tem por objetivo debater os principais fatos relacionados à SST no último ano, além de identificar as perspectivas do setor e para a Associação para 2014.

**Mais informações:**

[www.anamt.org.br](http://www.anamt.org.br)

### Patologias em debate

A Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) organizará, de 13 a 16 de novembro, em Florianópolis, o XXIX Congresso Brasileiro de Patologia. A grade científica prevê apresentações sobre doenças gastrointestinais, ginecológicas, dermatológicas, entre outras. Cerca de 30 especialistas estrangeiros já estão confirmados.

**Mais informações:**

(21) 3326-3320

<http://www.congressodepatologia.org.br/>

### III Conferência Global sobre Trabalho Infantil

Brasília sediará, entre 8 e 10 de outubro, a terceira edição da Conferência Global sobre Trabalho Infantil, realizada pelo Governo Federal em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Na pauta do encontro estão a exploração de mão de obra de crianças e adolescentes em ambientes domésticos, grandes cadeias produtivas e empreendimentos familiares rurais e urbanos. A expectativa é que compareçam à capital federal 1,5 mil representantes de 193 países. Interessados também podem participar pela *Internet*, porém, o número de acessos é limitado.

**Mais informações:**

<http://childlabour2013.org/>

# Ampliação da oferta da vacina Hepatite B para jovens adultos

Lucia F Bricks, MD, PhD  
CRM 36370

A partir de 2013, o Ministério da Saúde ampliará a oferta da vacina contra Hepatite B para toda a população brasileira até 49 anos de idade<sup>1</sup>. A Hepatite B é causada pelo vírus da Hepatite B (VHB), transmitido pelo contato com sangue e derivados, fluidos corporais (sêmen, secreção vaginal) e materiais contaminados. A infecção pode cursar com ou sem sintomas e a presença de manifestações clínicas está relacionada com a idade e varia entre: 1% em lactentes menores de um ano, 5% a 15% em crianças de 1 a 5 anos e 30% a 50% em crianças maiores, adolescentes e adultos.

A maioria dos casos evolui de forma silenciosa e é diagnosticada por meio de exames laboratoriais. As formas crônicas são confirmadas pela identificação do antígeno HBs ou de material genético do VHB no soro, por pelo menos 6 meses<sup>2</sup>. As formas de transmissão dependem da prevalência da infecção, situação vacinal e comportamentos de risco<sup>2,3</sup>.

No Brasil, a prevalência aumenta substancialmente após a adolescência e se torna maior em adultos com mais de 30 anos. De 1999 a 2011, foram notificados no SINAN 120.343 casos confirmados de Hepatite B, a maioria nas Regiões Sudeste (36,3%) e Sul (31,6%)<sup>4</sup>. A vacina Hepatite B foi inicialmente indicada para grupos de risco e, progressivamente, introduzida nos calendários de imunização. Em 1998, a vacina estava disponível nas unidades básicas de saúde para menores de um ano e, em 2001, para os menores de 20 anos. A faixa etária foi ampliada para menores de 24, 29 e 49 anos, respectivamente, nos anos de 2011, 2012 e 2013, tornou-se praticamente universal, pois pessoas com mais de 50 anos poderão recebê-la sem comprovar condição de risco<sup>1</sup>. As coberturas vacinais na infância são elevadas, porém, aproximadamente metade dos adolescentes e a maioria dos adultos não são vacinados<sup>5,6,7,8</sup>.

Entre os profissionais de saúde, as coberturas deixam a desejar e muitos não adotam as medidas profiláticas após acidentes com material biológico potencialmente contaminado<sup>9,10</sup>.

Em 2010, em mais de 50% dos indivíduos infectados pelo VHB não foi possível identificar a fonte de contágio e, entre os grupos cuja fonte de infecção foi determinada, 52,9% haviam adquirido a infecção por meio do contato sexual<sup>4</sup>.

A melhor estratégia para prevenir a Hepatite B é a vacinação universal de crianças e adolescentes associada à vacinação dos grupos de risco<sup>3</sup>. Entretanto, considerando-se que a prevalência da infecção aumenta substancialmente após o início da atividade sexual, a ampliação da vacinação certamente vai beneficiar grande parcela da população<sup>4</sup>.

As vacinas HB distribuídas no Brasil são produzidas por meio de tecnologia recombinante<sup>11</sup>, são muito seguras, raramente causam eventos adversos, que, em geral, são reações locais, benignas e autolimitadas. Alergia de caráter anafilático à dose anterior da vacina ou seus componentes é fenômeno muito raro e constituindo contraindicação para novas doses da vacina<sup>2</sup>.

Recomenda-se que os adultos recebam a vacina HB por via intramuscular, em esquema de três doses (inicial, após um mês e após 6 meses). A vacina pode ser administrada concomitantemente (em locais separados) com outras vacinas que contenham ou não agentes vivos<sup>2,3</sup>. Mais de 90% dos indivíduos previamente saudáveis desenvolvem anticorpos em títulos protetores após completar o esquema de vacinação e a memória imune persiste por mais de duas décadas<sup>12</sup>.

Recomenda-se que profissionais de saúde realizem sorologia um a dois meses após completar o esquema de vacinação. Nos casos em que não se observa resposta, o esquema deve ser repetido uma vez. Pessoas que fazem hemodiálise devem repetir o teste anualmente e ser revacinadas quando os títulos de anticorpos anti-HBs estiverem abaixo de 10 mIU/mL<sup>2</sup>.

A conscientização de profissionais de saúde e de leigos da importância da vacinação de adolescentes e adultos contra hepatite B é extremamente importante, já que não existem drogas efetivas para tratar a infecção aguda e que o tratamento das formas crônicas é extremamente difícil, tem efetividade variável, alto custo e pode causar reações adversas<sup>2</sup>.

A hepatite B é um dos principais fatores de risco para desenvolvimento de hepatocarcinoma e de cirrose hepática<sup>13</sup>. A educação de médicos e leigos é essencial para o aumento das coberturas vacinais em todas as faixas etárias. A oferta da vacina na rede básica para todos os brasileiros é mais uma conquista do Programa Nacional de Imunizações que merece ampla divulgação.

## Referências bibliográficas

<sup>1</sup>Brasil. Portal sobre AIDS, DST e hepatites virais. Nota técnica conjunta - 02/2013: ampliação da oferta da vacina da hepatite B para a faixa etária de 30 a 49 anos em 2013, 11 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>. Acesso em: 17 jun. 2013. <sup>2</sup>American Academy of Pediatrics. Hepatitis B. In: Pickering LK, et al.(eds). Red Book: 2012 report of the committee on infectious diseases. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2012. p. 188-9. <sup>3</sup>Mast EE, et al. Vaccines. In: Plotkin SA, et al. Vaccine. 5th. Ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. p. 205-42. <sup>4</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico hepatites virais. Brasília: Depart. de DST, Aids e hepatites virais, 2012. Ano III. Nº 1. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>. Acesso em: 17 jun. 2013. <sup>5</sup>Domingues CMS, et al. Epidemiol Serv Saúde. 2013;22(1):9-27. <sup>6</sup>Barata RB, et al. J Epidemiol Community Health. 2012;66(10):934-41. <sup>7</sup>Barreto ML, et al. Lancet. 2011;377(9780):1877-89. <sup>8</sup>Passos AM, et al. Vaccine. 2011;29(49):9284-8. <sup>9</sup>Carvalho P, et al. Ann Hepatol. 2012;11(3):330-7. <sup>10</sup>Dinelli MI, et al. Am J Infect Control. 2009;37(10):858-60. <sup>11</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Vacinação. Calendários de vacinação: calendário nacional de vacinação. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 24 jun. 2013. <sup>12</sup>Su FH, et al. Vaccine. 2012;30(27):4034-9. <sup>13</sup>Goncalves PL, et al. Clinics (Sao Paulo). 2013;68(3):291-5.