

ISSN 1806-423-X
ISSN 1806-4272 – online

Boletim Epidemiológico Paulista

BEPA 57

PUBLICAÇÃO MENSAL SOBRE AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA
Volume 5 Número 57 setembro/2008

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

PUBLICAÇÃO MENSAL SOBRE AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA

ISSN 1806-423-X

Volume 5 Nº 57

setembro de 2008

Nesta Edição

Acidentes com motociclistas no município de São Bernardo do Campo, SP, de 2003 a 2005 4
Motorcyclistic accidents in São Bernardo do Campo, SP, between 2003 and 2005

Pessoas com deficiência: legislação, acessibilidade e trabalho 13
Impaired persons: legislation, accessibility and work

Campanha Nacional de Vacinação Contra a Rubéola 23
National Vaccination Campaign Against Rubella

Instruções aos Autores 25
Autor's Instructions

Expediente

Editor Geral

Clelia Maria Sarmiento Souza Aranda

Editores Associados

Affonso Viviane Junior - SUCEN/SP
Ana Freitas Ribeiro - CVE/CCD/SES-SP
Fernando Fiuza - Instituto Clemente Ferreira/CCD/SES-SP
José Carlos do Carmo - Cerest/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon - CD/CCD-SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond - ILSL/CCD/SES-SP
Maria Clara Gianna- CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid - CVS/CCD/SES-SP
Marta Lopes Salomão - IAL/CCD/SES-SP
Neide Yume Takaoka - Instituto Pasteur/CCD/SES-SP

Comitê Editorial

Adriana Bugno - IAL/CCD-SES-SP
Artur Kalichmam - CRT/AIDS/CCD/SES-SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques - CCD/SES-SP
Dalma da Silveira - CVS/CCD-SES-SP
Gerusa Figueiredo - CCD/SES-SP
José da Silva Guedes - Santa Casa-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo - CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires - PPG/CCD/SES-SP
Telma Regina Carvalhanas - CVE/CCD/SES-SP
Vera Camargo-Neves - CCD/SES-SP
Virgínia Luna - SUCEN/SES-SP

Consultores Científicos

Albert Figueiras - Espanha
Alexandre Silva - CDC Atlanta
Eliseu Alves Waldman - FSP/USP-SP
Expedito José de Albuquerque Luna - USP
Carlos M. C. Branco Fortaleza - FM/Unesp/Botucatu- SP
Gonzalo Vecina Neto - FSP/USP
José Cássio de Moraes-FCM-SC/SP
Gustavo Romero - UNB/CNPQ
Hiro Goto - IMT/SP
José da Rocha Carvalheiro - FIOCRUZ-RJ
Luiz Jacintho da Silva - FM/Unicamp
Maria Mercia Barradas - ABEC
Myrna Sabino - IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira - OMS
Ricardo Ishak - CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia - IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk - OPAS

Coordenação Editorial

Cecília Abdalla
Cláudia Malinverni
Leticia Maria de Campos
Sylia Rehder

Núcleo de Comunicação - CCD/SES-SP

Projeto gráfico/edição eletrônica
Marcos Rosado - Nive/CVE/CCD/SES-SP
Zilda M Souza - Nive/CVE/CCD/SES-SP



Endereço eletrônico:
<http://www.ccd.saude.sp.gov.br>
Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Para republicação de qualquer material, solicitar autorização dos editores.

Acidentes com motociclistas no município de São Bernardo do Campo, SP, de 2003 a 2005

Motorcyclistic accidents in São Bernardo do Campo, SP, between 2003 and 2005

Silvana Tognini¹, Antonio Fukuda², Célia Ramon³, Juliana da Silva Oliveira⁴, Luciana Cordeiro Moura⁵, Vanessa Piaia⁵, Lourdes Conceição Martins⁶, Daniela Colombo Drogueti Vieira⁶

¹Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho. Centro de Vigilância Sanitária. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; ²Centro de Referência à Saúde do Trabalhador. Departamento de Vigilância à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. São Bernardo do Campo, SP; ³Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. Assessoria de Vigilância à Saúde. Diretoria da Saúde e Vigilância Sanitária. São Caetano do Sul, SP; ⁴Departamento de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rio Grande da Serra, SP; ⁵Departamento de Assistência à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Santo André, SP; ⁶Faculdade de Medicina do ABC. Fundação do ABC. Santo André, SP

Recebido em 15/5/2008 – Aprovado em: 18/8/2008

Resumo

O objetivo deste estudo é analisar epidemiologicamente os acidentes motociclísticos ocorridos em São Bernardo do Campo (SP) entre 2003 e 2005. A metodologia utilizada inicialmente foi o levantamento bibliográfico para embasar o trabalho de pesquisa de campo, realizada por meio de um estudo transversal no qual os dados foram provenientes das comunicações de acidentes de trabalho (CAT's) referentes aos acidentes com motociclistas, no período base de 2003 a 2005, no município. Foram coletadas as seguintes informações: idade, sexo, horário do acidente, período da semana, ano, tipo de acidente, região de ocorrência e localização anatômica da lesão. Para verificar a associação entre tipo de acidente e local, hora e dia, foi utilizado o teste de qui-quadrado. O nível de significância foi de 5%. Concluiu-se por meio deste estudo que o município não foge à regra das citações da Abramet, com exceção do acréscimo dos acidentes na faixa etária dos 40 aos 49 anos, em 2005, o que pode ser justificado pela taxa de desemprego na Região Metropolitana de São Paulo, onde desenvolver tarefas com motocicletas torna-se viável para a sobrevivência e custeio da família. Considerando a análise de 444 CAT's no período, verificou-se que é elevado o número de acidentes com motocicletas em São Bernardo do Campo em comparação com a taxa de acidentes no Estado de São Paulo.

Palavras-chave: motoboy; acidentes de trânsito; prevenção.

Abstract

The objective of this study is to analyze by epidemiological optic, the occurrence of motorcyclist accidents in São Bernardo do Campo (SP) during the period between 2003 and 2005. Initial methodology was the bibliographical survey, as a basis for the field research carried out in a transversal study in which the data had been proceeding from the Comunicações de Acidentes de Trabalho (Workers Accidents Report Form) (CAT's) referring to the accidents with motorcyclists in the period from 2003 to 2005 in the city of São Bernardo do Campo. The following information had been collected: age, sex, accident's schedule, period of the week, year, type of accident, region of occurrence and anatomical localization of the injury. To verify the association between type, place, hour and day of accident, the qui-square test was used. The level of significance was (5%). It was concluded through this study that São Bernardo do Campo City pertaining to the ABRAMET's citations, with exception of the increased rate of the accidents in the age

group of the 40-49 years in 2005, that can be justified by the tax of unemployment in São Paulo Metropolitan Region, where working with motorcycles in different tasks becomes viable for survival and familiar help. Considering the analysis of 444 CAT's from the 2003 to 2005's in São Bernardo do Campo, it was possible to verify that the number of accidents with motorcycles is increased, in comparison with the tax of accidents in the State of São Paulo.

Key words: motoboy; traffic accidents; prevention.

Introdução

A motocicleta, a cada dia, torna-se um veículo viável no trânsito lento e congestionado; econômico, de custo inferior quando comparado aos automóveis; e de fácil aquisição e manejo, garantindo facilidades e vantagens no estacionamento. O Brasil vem assistindo a uma proliferação de serviços alternativos, como as prestadoras que utilizam a motocicleta como meio de transporte.

Com o crescimento da frota de motocicletas no País, os ocupantes desses veículos vêm assumindo o primeiro lugar entre as vítimas de acidentes de trânsito com veículos a motor¹. Tradicionalmente, os acidentes de trabalho são analisados tendo como pressuposto a ideologia do ato inseguro. No caso dos motociclistas profissionais, essa visão é legitimada pelo senso comum que se refere aos motociclistas profissionais em termos de “imprudência”, “ousadia”, “irresponsabilidade”, “incivilidade”, “prazer por fortes emoções” etc.

Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)² sobre custos de acidentes de trânsito afirma que o gosto dos motoboys pelo risco da velocidade compara-se ao rapel dos adolescentes de classe média³. O jornalista Larry Rohter sintetiza o sentimento popular dos paulistas em relação a este “privilegiado” grupo: eles ameaçam os pedestres e enfurecem os motoristas, enquanto passam às pressas pelas ruas congestionadas⁴.

A dicotomia e a superficialidade da ideologia do ato inseguro – fator pessoal de insegurança *versus* condição insegura – explicam por que os cidadãos são tratados pelo viés do simples receituário de equipamentos de segurança individual (EPI's) e da divulgação de cartilhas que objetivam a conscientização dos riscos e mudança de comportamento. A busca pela redução do tempo de giro da produção passa a configurar como uma das estratégias centrais para grande parte das atividades produtivas, gerando uma reação em cascata: do grande ao pequeno fornecedor, para sobreviver no mercado as

empresas se vêem obrigadas a reduzir o tempo de giro na produção e são levadas a responder, com rapidez cada vez maior, à demanda por bens e serviços⁵.

Com os novos padrões de competitividade, o tempo de entrega torna-se um valor importante, ao lado de critérios tradicionais como custo, estética, funcionalidade e durabilidade dos produtos e serviços. Assim como a produção rege-se pelo princípio de “produzir certo da primeira vez” ou “produzir na quantidade certa”, procura-se “produzir no momento certo”, o que envolve desde o tempo de resposta da empresa para desenvolver e fabricar produtos até sua entrega no momento da necessidade do cliente. A logística assume uma função estratégica ao servir de mediadora entre fornecedor e cliente, que pode ser outro produtor ou o consumidor final, organizando o fluxo de informações e de deslocamento espacial dos produtos.

É preciso enfatizar que a proporção de feridos nos acidentes de moto é muito maior que nos demais acidentes de trânsito com veículo a motor⁶. A vulnerabilidade do usuário da moto é evidente. Para ele não há proteções similares às daquelas dos ocupantes de veículos de quatro rodas.

A ocorrência de acidentes de trabalho fatais típicos não predomina no espaço intramuros das empresas: um em cada cinco casos fatais envolve motorista em situação de trabalho⁷. Disso advém o acréscimo considerável dos acidentes de trabalho, afastamentos e até mortes.

O estudo vem ao encontro da necessidade de avaliação, controle e prevenção dos acidentes com motociclistas em São Bernardo do Campo, Região Metropolitana de São Paulo. O município localiza-se na Sub-Região Sudeste da Grande São Paulo, com 407,1 quilômetros quadrados de área, correspondendo a 49% da superfície do Grande ABC, 5% da Grande São Paulo e 0,2% do Estado. Da área total de São Bernardo do Campo, 53,7% encontram-se na área de proteção aos mananciais – 75,62 quilômetros quadrados ou

18,6% da sua área são ocupados pela Represa Billings. Com relação ao Grande ABC, o município ocupa 46% da área de proteção aos mananciais.

Este trabalho pode ser considerado inédito na lista dos temas tratados pelos pesquisadores em saúde do trabalhador, tendo em vista a coleta e análise de dados por meio das comunicações de acidentes de trabalho (CAT's) relacionadas a São Bernardo do Campo – que atualmente conta com 703.177 habitantes residentes –, bem como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), habilitado pela Portaria SAS/MS nº 653, de 19 de setembro de 2006.

A pesquisa visa fornecer subsídios aos profissionais da área da saúde e aos técnicos e gestores para o desenvolvimento das ações de prevenção de acidentes, por meio dos resultados obtidos na mesma, para que possa melhorar a qualidade da assistência, aperfeiçoar e criar os mais diversos mecanismos de prevenção. Tem como base a pesquisa realizada em 2005 pelo Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), segundo a qual a frota de motocicletas aumentou 90% em São Bernardo do Campo nos últimos anos, passando de 18.000 em janeiro de 2000 para 35.000 em dezembro de 2005, garantindo o terceiro lugar no ranking de frota por município do Departamento de Trânsito de São Paulo (Detran-SP).

Revisão da literatura

Acidentes com motocicletas

Os acidentes de trabalho são analisados tendo como pressuposto a ideologia do ato inseguro, cuja concepção data dos anos 1930. No caso dos motociclistas profissionais, essa visão é legitimada pelo senso comum que se refere aos motociclistas profissionais em termos de imprudência, ousadia, irresponsabilidade, incivilidade e prazer para fortes emoções, entre outros⁸.

Figueiredo *et al.* observam que “o crescimento no uso de motocicletas mudou o cenário no trânsito brasileiro”⁹. Nos últimos anos tem havido aumento de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas. Esse fenômeno é atribuído a diversos fatores, como a agilidade no trânsito que a motocicleta proporciona, seu preço acessível e baixo custo de manutenção.

Pesquisa realizada pelo Ipea sobre custos de acidentes de trânsito mostra que o gosto dos motoboys pelo risco inerente à velocidade compara-se ao rapel

dos adolescente da classe média. Especialistas, a mídia e a sociedade em geral referem-se à falta de segurança no trânsito quando analisam e julgam o comportamento e o perfil dos motociclistas profissionais⁹.

A opinião sobre os motociclistas profissionais revela que eles são avaliados positivamente com relação ao seu comportamento no trabalho, mas negativamente no que se refere ao seu comportamento no trânsito, como se um existisse sem o outro⁸.

As habilidades práticas e os processos cognitivos implicados na ação dos motociclistas possibilitam aos mesmos estabelecer um compromisso entre três objetivos, às vezes contraditórios: a sua segurança e a do sistema, o desempenho aceitável e a minimização dos efeitos fisiológicos e mentais.

Incidência dos acidentes envolvendo motociclistas

A vulnerabilidade dos condutores de motos em relação aos demais veículos chama a atenção por sua maior exposição corpórea. Durante os acidentes, os motociclistas estão mais propensos a lesões de maior gravidade e, conseqüentemente, ao óbito⁹.

A pesquisa do Ipea revelou que dos automóveis acidentados entre 6% e 7% eram acidentes com vítimas; já no caso das motocicletas, esse número varia entre 61% e 82%, o que ressalta a gravidade dos acidentes e evidencia a necessidade de formulação de políticas específicas para os motociclistas¹⁰. Diante desses resultados e da incidência de acidentes com vítimas nos acidentes com motocicletas, vê-se a necessidade de políticas específicas e treinamento dos motociclistas, definição de requisitos para serviços de entrega, reforço das campanhas educativas e das ações de fiscalização.

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (Abramet), em nível mundial a população mais atingida em acidentes relacionados a motocicletas é composta por jovens do sexo masculino, numa proporção de 9:1, na faixa etária entre 20 a 30 anos. Nos anos 1990, a motocicleta caracterizou-se como veículo de trabalho, tendo como conseqüência o surgimento da categoria profissional dos “motoboys”, usuários do trânsito encarregados do transporte de pequenas mercadorias, documentos e alimentos fast-food, entre outros¹¹.

O reflexo desse cenário é que dos 64,7% das mortes ocorridas em acidentes de trânsito, 13,1% são com motos. Comparando a quilometragem

percorrida, o risco de acidente com motocicleta é 14 vezes maior do que com automóvel¹¹.

Segundo o último levantamento da Companhia de Engenharia de Tráfego de São Paulo (CET), entre 2005 e 2006 houve uma redução de 1,2% no número de fatalidades nos acidentes de trânsito; porém, ocorreu aumento de mortes nos acidentes com motociclistas (10,1%). No estudo de caso com 75 motociclistas, as colisões representaram 62%, choques 16%, atropelamentos 11% e tombamentos 11%. Descobriu-se que na hora do acidente 52% deles trafegavam entre veículos no "corredor"; em 18 % dos casos houve desrespeito ao farol vermelho; e em 10%, o motociclista estava acima da velocidade permitida no local. Os jovens entre 18 e 29 anos são as maiores vítimas, concentrando 32,9% de todos os mortos; a grande maioria é do sexo masculino (78,6%)¹².

Causas de acidentes com motocicletas

As unidades de terapia intensiva (UTI) dos hospitais, principalmente os públicos, estão sempre lotadas de motociclistas vítimas da violência no trânsito¹³.

Existe uma relação negativa no caso dos moto-boys, a partir de uma relação trabalhista precária que o remunera pelo número de entregas, induzindo-os a praticar velocidades maiores e à imprudência. A maior causa ou fator de risco de acidentes com motocicletas é comportamental, pois a frota circulante está sucateada, o que é agravado pelo fato de que ainda aguarda-se a regulamentação federal da Inspeção Técnica Veicular antes do licenciamento anual¹³.

A maior vulnerabilidade do usuário de moto é evidente. No impacto dos acidentes de motocicleta a ocorrência de um choque com veículos de maior porte é bastante freqüente. Deve-se considerar que o motociclista não tem a estrutura do veículo para protegê-lo, absorvendo todo impacto e sendo ejetado à distância¹⁴.

O uso crescente de motocicletas como meio de trabalho nos centros urbanos é um dos fatores desencadeantes dos acidentes com motocicletas, assim como as longas jornadas de trabalho e o estímulo à alta produtividade por meio do rápido deslocamento¹⁴. A urgência solicitada nas entregas exige altas velocidades. Essa é, reconhecidamente, a causa de acidentes, condenada no Código de Trânsito Brasileiro, mas

importante no trabalho de motoboy a ponto de garantir o seu emprego¹⁵.

O cansaço e a sobrecarga de tarefas são provocadores da falha humana. Outra causa de acidente é a falta de experiência do motoqueiro. Já o excesso de experiência pode levá-lo a aprender modos arriscados de dirigir¹⁵.

A menor incidência de acidentes de trânsito pela manhã pode ser explicada pelo fato de que as pessoas estão mais descansadas, portanto, com os reflexos e o sistema de alerta mais aguçados e direcionados¹⁴. O excesso de velocidade, o uso de álcool e a não utilização correta do capacete são as principais causas de acidentes de motos e óbitos¹⁶.

Lesões em acidentes com motocicletas

A proporção de feridos nos acidentes de moto é maior que nos de veículo a motor. Alguns autores estimam essa proporção em cerca de 90% para os acidentes de motocicleta e 9% para os demais veículos, fato constatado no município de São Paulo⁶.

Num acidente com motocicleta o motociclista absorve toda a energia gerada no impacto, que envolve a via pública, objetos que se encontram na mesma e os veículos a motor. A consequência desse tipo de acidente é o politraumatismo, com as lesões mais graves localizando-se na cabeça e nas extremidades.

Custos com acidentes de motocicletas

A parcela de custos atribuída a acidentes com motocicletas corresponde a 19% do total gasto com os acidentes de trânsito, embora as motocicletas respondam por apenas 10% da frota nacional de veículos. Esse problema tem uma grande tendência de agravar-se¹⁰.

Medidas de prevenção

No ano de 2005, em São Paulo, foram registradas 1.505 vítimas do trânsito. A média diária é de 500 acidentes, dentre os quais 50 com vítimas e 4 mortes. Dessas vítimas, duas são pedestres, uma motociclista e uma dos demais veículos. Mesmo representando apenas 10% da frota, a motocicleta matou mais que os demais meios de transporte, ou seja, número duas vezes maior¹³.

Baseada nos dados acima, a prefeitura de São Paulo criou a faixa cidadã, por onde a moto circula

com preferência, sendo os demais veículos proibidos de trafegar por ela, mesmo em horários de pico. Essa faixa recebeu sinalização aprovada pelo Conselho Nacional de Trânsito (Contran)¹³.

Em contrapartida, é inviável a implantação dessas faixas em toda a cidade, restando apenas conscientizar de maneira educativa os condutores, pois a circulação entre faixas tem sido lesiva para o motociclista, o pedestre e também o motorista.

Quanto aos riscos que os motoboys correm, baseiam-se na doutrina cognitiva de que o indivíduo estabelece um nível de risco que considera aceitável¹⁷. Quando o risco percebido é maior que o aceitável, o indivíduo realiza ações corretoras para igualá-los, estabelecendo assim um equilíbrio. Se não se consegue, a potencialidade da ocorrência de um acidente aumenta. Desse modo, pode derivar-se três ações básicas para reduzir os acidentes:

- diminuir a quantidade de riscos que o indivíduo está disposto a passar;
- melhorar as possibilidades de correção do indivíduo para igualar os dois níveis e
- melhorar as possibilidades do indivíduo para perceber o nível subjetivo de risco¹⁷.

Equipamentos de proteção individual (EPI)

O equipamento de segurança mais importante para o motoboy é o capacete. De acordo com o inciso I dos Arts. 54 e 55 e os incisos I e II do Art. 244 do Código de Trânsito Brasileiro e com a Resolução nº 03/88 do Conselho Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial (Conmetro), todos os condutores e passageiros de motocicletas, motonetas, ciclo motores e triciclos motorizados só poderão circular utilizando capacetes de segurança que possuam os requisitos adequados à forma da presente resolução.

O capacete deve obedecer às normas de segurança para sua fabricação, conforme determinam a NBR 7471, a NBR 7472 e a NBR 7473. O transporte de passageiros em motocicletas necessita da utilização de capacete de segurança, em carro lateral acoplado aos veículos ou em assento suplementar atrás do condutor. O motociclista deve usar vestimenta de proteção conforme normas do Contran, além do capacete com viseira ou óculos de proteção, luvas e botas.

Além desses EPI's, deverão utilizar capa de chuva, jaqueta de couro ou similar, protetor para as

pernas, e, obrigatoriamente, joelheira, cotovela e luvas de couro. Esses equipamentos deverão dispor de material refletivos de luz nas quatro direções e identificação das empresas, inclusive no capacete e na moto, facilitando o reconhecimento do usuário. Todos esses dispositivos – limite máximo de velocidade, uso obrigatório de equipamentos de segurança e de antenas para proteger o motociclista de linhas, fios e outros materiais de risco de degola do condutor – deverão ser aprovados pelos órgãos de trânsito. As motos devem circular de farol aceso mesmo durante o dia¹⁸.

Medidas de prevenção no município de São Bernardo do Campo

Conhecer a situação da ocorrência de causas externas que levam ao óbito, à internação e às consultas ambulatoriais e apresentar ações de intervenção para a redução de risco de morbimortalidade das causas externas em São Bernardo do Campo.

Já o estudo dos atendimentos nas unidades de emergência do município, realizado entre abril e maio deste ano pela Divisão de Vigilância Epidemiológica, demonstra que 67,7% das causas externas estão relacionados a acidentes e 16%, à violência. No caso de acidentes de transporte, 36,9% são causados por motociclistas, 26,6% estão relacionados a pedestres e atropelamentos e 18%, a motoristas.

Acidentes

O aumento da frota reflete no índice de acidentes envolvendo motociclistas. As ações educativas em São Bernardo do Campo apresentam resultados positivos a cada ano. Em 2003, o número de feridos com motos era de 581. Já em maio de 2005 caiu para 139. O uso de equipamentos de segurança é essencial para garantir a vida. Os motociclistas devem ter uma postura que favoreça o bem-estar de todos.

Categoria cidade

Diante do crescimento no número de acidentes de trânsito, a prefeitura criou o Programa Segurança no Trânsito de São Bernardo do Campo. Através de um projeto pioneiro na América Latina – o Centro de Reflexão de Trânsito, que promove treinamentos para formar agentes multiplicadores e profissionais do transporte atuantes na comunidade –, melhorias na engenharia e operação de tráfego (recuperação de vias, estacionamento rotativo, ampliação dos sistemas de transporte) e fiscalização de trânsito

(radares eletrônicos de velocidade e mais sinalização), o município conseguiu reduzir em 80% os acidentes com vítimas fatais.

Voluntários do Programa Juventude Cidadã da prefeitura de São Bernardo, em parceria com a Associação Brasileira de Motociclistas (Abram) e o Centro de Reflexão do Trânsito, realizam pedágio abordando os motociclistas. A intenção é orientar os usuários de motos a observarem algumas regras básicas para a prevenção de acidentes; por se tratar de importante medida de segurança no trânsito, a Coordenadoria de Ações para a Juventude decidiu realizá-lo mensalmente.

Nesse treinamento os motoboys recebem noções de direção segura, equipamentos de segurança, manutenção preventiva e conscientização no trânsito. Os motociclistas que param no pedágio recebem um kit com adesivos da campanha de prevenção de acidentes, *folders* e revistas contendo informações sobre prevenção de acidentes com motos. Enquanto os voluntários da Juventude Cidadã abordam os motociclistas, os técnicos do Centro de Reflexão de Trânsito conversam com os pedestres. Já a Abram firmou parceria com a prefeitura porque intensifica o trabalho que existe na cidade na área de prevenção de acidentes com motos.

Objetivos

O objetivo geral é analisar epidemiologicamente os acidentes motociclísticos em São Bernardo do Campo, entre 2003 e 2005.

Objetivos específicos

Descrever as características epidemiológicas dos motociclistas envolvidos em acidentes. Analisar as características epidemiológicas dos motociclistas envolvidos em acidentes, como local, dia, hora e tipo.

Casuística e metodologia

Apresentar como estudo o número de acidentes com motociclistas (usando-se a categoria de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade CID – 10ª Revisão – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), que incluem acidentes e agressões de causas externas, ocorridos no município de São Bernardo do Campo, SP, de 2003 a 2005.

Esse é um estudo transversal, com dados proveni-

entes das comunicações de acidentes de trabalho (CAT's) referentes aos acidentes com motociclistas, no período de 2003 a 2005, do município de São Bernardo do Campo. Foram coletadas as seguintes informações: idade, sexo, horário do acidente, período da semana, ano, tipo de acidente, região de ocorrência do acidente e localização anatômica da lesão.

O estudo foi realizado por meio do banco de dados do Centro Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) do município de São Bernardo do Campo. A divulgação do banco de dados teve a autorização do gestor/diretor do Centro de Vigilância à Saúde do referido município.

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de valores absolutos e relativos. As quantitativas foram apresentadas em termos de seus valores de tendência central e dispersão.

Para verificar-se a associação entre tipo de acidente e local, hora e dia, foi utilizado o teste de qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva dos acidentes de motocicleta ocorridos no município de São Bernardo do Campo por sexo e ano de estudo. Pelo teste de qui-quadrado observa-se que não há uma associação significativa entre ano e sexo ($p=0,44$); porém, em todos os anos prevalece o sexo masculino e ocorre também um aumento nos acidentes em 2005.

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva para tipo

Tabela 1 - Análise descritiva dos acidentes de motocicleta ocorridos em São Bernardo do Campo, por sexo e ano de estudo.

Ano	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	132	97,0	4	3,0	136	100,0
2004	136	95,0	7	5,0	143	100,0
2005	155	94,0	10	6,0	165	100,0
Total	423	95,3	21	4,7	444	100,0

de acidente por ano de estudo. Pelo teste de qui-quadrado observa-se uma associação significativa entre tipo de acidente e ano de estudo ($p=0,03$). A maioria dos acidentes ocorreu em 2003 (31%); já para o tipo de trajeto observa-se maior ocorrência em 2005 (82%). Demonstra, ainda, o aumento na utilização desse veículo e as conseqüentes ocorrências de acidentes.

A Tabela 3 apresenta análise descritiva de faixa

Tabela 2 - Análise descritiva para tipos de acidentes e ano de estudo.

Anos	Acidentes					
	Típico		Trajeto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	42	31,0	94	69,0	136	100,0
2004	30	21,0	113	79,0	143	100,0
2005	30	18,0	135	82,0	165	100,0
Total	102	23,0	342	77,0	444	100,0

etária por ano de estudo. Pelo teste de qui-quadrado observa-se uma associação entre faixa etária e ano de estudo ($p=0,03$). Em 2003, na faixa entre 20 a 30 anos encontram-se 88% dos acidentes e de 40 a 49 anos, 3%; já em 2005 este percentual sobe para 11%. Em 2004 e 2005 há diminuição percentual dos acidentes para 56%. Em 2003, na faixa etária de 40 a 49 anos há 4% de acidentes; já em 2005 observa-se um acréscimo de 11%.

A Tabela 4 apresenta a análise descritiva para

Tabela 3 - Análise descritiva dos acidentes de motocicletas ocorridos em São Bernardo do Campo, por faixa etária e ano de estudo.

Faixa etária	2003		2004		2005		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 19 anos	10	7,0	10	7,0	10	6,0	30	7,0
De 20 a 29 anos	83	61,0	80	56,0	92	56,0	255	57,0
De 30 a 39 anos	37	27,0	37	26,0	43	26,0	117	26,0
De 40 a 49 anos	5	4,0	12	8,0	18	11,0	35	8,0
Maior ou igual a 50 anos	1	1,0	4	3,0	2	1,0	7	2,0
Total	136	100	143	100	165	100	444	100

partes do corpo atingido e ano de estudo. O teste de qui-quadrado ($p=0,003$) mostra que existe associação entre essas duas variáveis. Em 2003, 40% dos motociclistas têm os membros inferiores atingidos, enquanto em 2005 observa-se uma diminuição (22%). Já para os membros superiores, em 2003 são 29%, com um aumento de 37% em 2005. As múltiplas, que são 17% em 2003, sobem para 23% em 2005. Pode-se identificar um aumento no número de acidentes com lesões múltiplas, demonstrando que os acidentes estão ocorrendo de

maneira mais grave. A busca incessante pela redução cada vez maior do tempo de giro de produção justifica esta afirmação⁵.

Tabela 4 - Análise descritiva dos acidentes de motociclista por parte do corpo atingida e ano de estudo.

Partes do corpo atingidas	2003		2004		2005		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Membros inferiores	54	40,0	61	43,0	54	33,0	169	38,0
Membros superiores	39	29,0	50	35,0	61	37,0	150	34,0
Múltiplas	23	17,0	11	8,0	38	23,0	72	16,0
Outras	20	14,0	21	14,0	12	7,0	53	12,0
Total	136	100	143	100	165	100	444	100

A Tabela 5 apresenta a análise descritiva das causas do acidente e ano de estudo. O teste qui-quadrado ($p=0,05$) mostra que há associação entre causa e ano. Em 2003, os acidentes com queda de motos são 20,6%; em 2005, este índice sobe para 28,5%. Colisão com automóveis em 2003 é 37,5%, e em 2005 há diminuição para 28,5%.

Tabela 5 - Análise descritiva das causas de acidentes com motociclistas e ano de estudo.

Causas	2003		2004		2005		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Queda	28	20,6	49	34,3	47	28,5	124	28,0
Não especificado	35	25,7	21	14,7	40	24,2	96	22,0
Col. c/automóveis	51	37,5	50	35,0	47	28,5	148	33,0
Outros	22	16,2	23	16,0	31	18,8	76	17,0
Total	136	100	143	100	165	100	444	100

A Tabela 6 apresenta a análise dos locais de residência e ocorrência por município e ano de estudo. Verifica-se que mais de 70% ($p < 0,001$) residem no município de São Bernardo do Campo e 69% ($p=0,66$) são por ocorrência – teste qui-quadrado total $p < 0,001$. Já em São Paulo ocorrem 15% dos acidentes e somente 6% destes residem no município.

Tabela 6 - Análise descritiva dos locais de residência dos motociclistas e de ocorrência dos acidentes, por município e ano de estudo.

Ano Município	2003				2004				2005				Total			
	Resid.		Ocor.		Resid.		O cor.		Resid.		Ocor.		Resid.		Ocor.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diadema	7	5,1	6	4,4	17	11,9	5	3,5	8	4,8	5	3,0	32	7,2	16	3,6
Outros	8	6,0	8	6,0	9	6,3	10	7,0	6	3,6	6	3,6	23	5,2	24	5,4
São Paulo	10	7,4	19	14,0	8	5,6	25	17,5	8	4,8	20	12,1	26	5,9	64	14,4
S.B. Campo	104	76,5	94	69,1	97	67,8	95	66,4	126	76,5	122	74,0	327	73,6	311	70,1
S. André	7	5,0	9	6,5	12	8,4	8	5,6	17	10,3	12	7,3	36	8,1	29	6,5
Total	136	100	136	100	143	100	143	100	17	100	165	100	444	100	444	100

A Tabela 7 apresenta a análise descritiva dos horários de ocorrência dos acidentes por ano de estudo. Teste qui-quadrado ($p=0,56$): em média, das 6 às 12 horas 36%, das 12 às 18 horas, 37%, e das 18 às 24 horas, 17%, destacando o ano de 2004 com 19%. E da meia-noite às 6 horas, 10%, destacando-se o ano de 2005, com 12,5%.

Tabela 7 - Análise descritiva dos períodos de ocorrência dos acidentes, por ano de estudo.

Ano	6-12 horas		12-18 horas		18-24 horas		0-6 horas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2003	52	38,0	45	33,0	24	18,0	15	11,0	136	100,0
2004	47	33,0	57	40,0	27	19,0	12	8,0	143	100,0
2005	61	37,0	62	38,0	21	12,5	21	12,5	165	100,0
Total	160	36,0	164	36,9	72	16,3	48	10,8	444	100

A Tabela 8 apresenta tipos de lesão por ano de estudo. Teste qui-quadrado $p=0,16$. Observa-se que as fraturas representam 42% em 2003 e 49%, em 2005; as lesões múltiplas têm um ligeiro aumento: 18% em 2003 e 20%, 2005.

Tabela 8 - Análise descritiva dos tipos de lesões por ano de estudo.

Tipos de lesão	2003		2004		2005		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Contusão	28	21,0	30	21,0	23	14,0	81	18,2
Entorse	04	3,0	12	8,0	04	2,0	20	4,5
Ferimentos	09	7,0	11	8,0	11	8,0	31	7,0
Fraturas	58	42,0	62	44,0	82	49,0	202	45,5
Trauma múltiplo	25	18,0	22	15,0	33	20,0	80	18,0
Outros	12	9,0	06	4,0	12	7,0	30	6,8
Total	136	100	143	100	165	100	444	100

Discussão e conclusão

Podemos verificar que o banco de dados de São Bernardo do Campo apresenta o mesmo comportamento do estudo da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (Abramet), o qual relata uma proporção maior de jovens motociclistas do sexo masculino¹¹.

O crescimento no uso de motocicletas mudou o trânsito brasileiro, o que não diferencia o município, conforme demonstrado na Tabela 1, onde houve aumento no número de acidentes com motociclistas em 2005⁹.

Com o aumento da frota de motocicletas no Brasil os ocupantes desses veículos vêm assumindo o primeiro lugar entre as vítimas de trânsito com veículos a motor¹. As motocicletas predominam no trânsito, que antes era dominado pelos automóveis. O uso crescente de motocicletas como meio de trabalho nos centros urbanos é um dos fatores desencadeantes de acidentes, situação agravada pelas longas jornadas de trabalho e pelo estímulo à alta produtividade através do rápido deslocamento¹⁴.

São Bernardo do Campo não foge à regra das citações da Abramet, com exceção do acréscimo dos acidentes na faixa etária dos 40 aos 49 anos em 2005, o que se justifica pela taxa de desemprego na Região Metropolitana de São Paulo, onde desenvolver tarefas com motocicletas torna-se viável para a sobrevivência familiar.

A maior vulnerabilidade do usuário de moto é evidente. No impacto dos acidentes de motocicleta a ocorrência de um choque com veículos de maior porte é bastante freqüente. Há que se considerar que o motociclista não tem a estrutura do veículo para protegê-lo, absorvendo todo impacto, sendo ejetado à distância, conforme a Tabela 8¹⁴.

À medida que o dia e as horas vão passando o acúmulo de cansaço, influências climáticas, exigências, pressões e cobrança, ansiedade e preocupações acabam por desgastar o físico e o intelecto das pessoas, deixando-as mais vulneráveis aos acidentes. Esta constatação contraria os dados descritos na Tabela 7, pois no município de São Bernardo do Campo ocorre aumento dos acidentes nos períodos matutino e vespertino¹⁴.

A proporção de feridos nos acidentes de moto é muito maior do que nos de veículos a motor. Alguns autores estimam essa proporção em cerca de 90% para acidentes de motocicleta e 9% para os demais veículos, fato constatado no município de São Paulo⁶.

Considerando a análise de 444 CAT's de 2003 a 2005 de São Bernardo do Campo, concluímos que é elevado o número de acidentes com motocicletas em comparação com a taxa do Estado de São Paulo.

A proporção de faixa etária é dos 20 aos 49 anos, sendo estes do sexo masculino. Observa-se uma tendência de acréscimo no número de acidentes com sexo feminino comparativamente nos anos de

2003 a 2005. Este estudo também demonstrou que 70,1% são munícipes, enquanto 29,9% acontecem por ocorrência. Grande parte das lesões ocorridas nos acidentes com motos no município de São Bernardo do Campo foi fraturas e múltiplas lesões.

Torna-se viável a intensificação imediata de uma

campanha de prevenção de acidentes com motociclistas, abordando os riscos ocupacionais, utilização de EPIs, direção defensiva, placas de sinalização nas vias públicas, elaboração de projeto de faixa utilitária para motociclistas e de cartilhas educativas para toda a população que utiliza veículos a motor.

Referências bibliográficas

1. Liberatti CLB, Andrade SM, Soares DA, Matsuo T. Uso de capacete por vítimas de acidentes de motocicleta em Londrina, sul do Brasil. *Rev. Panam Salud Publica.* 2003; 13(1): 33-38.
2. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas. Relatório Executivo. Brasília: IPEA/ANTP; 2003.
3. Pellim R, Biancarelli A. Moto representa 19% do gasto com acidentes. *Folha de S. Paulo.* 2003 jun; cad. 3.
4. Rohter L. Motoboys de SP são odiados, mas indispensáveis, 2004 [citado em 20 de junho de 2007]. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/nytime>.
5. Diniz EPH, editor. As condições acidentogênicas e as estratégias de regulação dos motociclistas profissionais: entre as exigências de tempo e os constrangimentos do espaço [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
6. Koizumi MS. Padrão das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. *Rev. Saúde Pública.* 1992; 26(5).
7. Waldvogel BC. Acidentes do trabalho: os casos fatais a questão da identificação e da mensuração. [Coleção PRODAT Estudos e Análises]. Belo Horizonte: Segrac. 2002; 1(1).
8. Diniz EPH, Assunção AAL, Lima FP. Prevenção de acidentes: o reconhecimento das estratégias operatórias dos motociclistas profissionais como base para a negociação de acordo coletiva. *Revista Ciência e Saúde Coletiva.* 2005; 10(4): 905-26.
9. Figueiredo LMB, Andrade SM, Silva DW, Soares DA. Comportamentos no trânsito e ocorrência de acidentes motociclísticos entre funcionários de um hospital universitário. *Revista Espaço para a Saúde.* 2005; 7(1): 46-52.
10. Peixoto M. Detran RS em defesa da vida. Grande expediente especial de 1ª de abril de 2004. [Citado em 12 de fevereiro de 2007]. Disponível em: http://detran.rs.gov.br/noticias/2004/fr_not057anexo.htm.
11. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego. [Citado em 10 de junho de 2007]. Disponível em: <http://www.abramet.org.Br/faq/#9>.
12. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo. 2007; 52(118):29.
13. Scaringella RS. Uma atitude a favor da vida. O Estado de S. Paulo. 2006 Set; Caderno Cidades, p. 2.
14. Oliveira NLB, Sousa RMC. Motociclistas frente às demais vítimas de acidentes de trânsito no município de Maringá. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* 2004; 26(2):303-10.
15. Veronese AM, Oliveira DLLC. Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos motoboys: subsídios para a promoção da saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(12):2717-21.
16. Bezerra CML. Últimos 16 anos – Número de mortes em acidentes com motos cresce mais de 500%. (2006). [citado em 12 de fevereiro de 2007]. Disponível em: <http://www.amc.fortaleza.ce.gov.br/modules/news/print.php?storyid=940>.
17. Batiz EC. Biossegurança. Florianópolis: 2002. Apostila.
18. Lazzari CF, Wiiter IRR. Nova coletânea de legislação de trânsito. 17ª ed. Porto Alegre: Sagra; 2000.

Correspondência/Correspondence
Silvana Tognini
Av. Dr. Arnaldo, nº 351 – Pacaembu
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3065-4771
E-mail: stognini@cvs.saude.sp.gov.br

Pessoas com deficiência: legislação, acessibilidade e trabalho

Impaired persons: legislation, accessibility and work

Maria Aparecida Gomes Bronhara Yoshida

Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho. Centro de Vigilância Sanitária. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Recebido em 10/7/2008 – Aprovado em: 24/9/2008

Resumo

O presente estudo tem por objetivo instrumentalizar as ações de vigilância sanitária dos profissionais dos serviços de saúde para as inspeções nos ambientes de trabalho, baseando-as na legislação brasileira referente a pessoas com deficiência e visando à inclusão desses trabalhadores no mercado de trabalho. Foi definido o período de 1968 a 2006 para a coleta de dados, por meio de fontes primárias do Diário Oficial da União, tendo como parâmetros o recorte trabalho e acessibilidade. Embora o Brasil possua um arcabouço legal para pessoas com deficiência considerado dos mais avançados do mundo, o mesmo nem sempre é cumprido.

Palavras-chave: pessoas com deficiência; legislação; trabalho; acessibilidade; vigilância sanitária.

Abstract

The study was designed to instrumentalize actions of sanitary surveillance health services professionals for inspections in work environments, based on Brazilian legislation regarding impaired persons, aiming the inclusion of these workers in the labor market. Data collection comprised the period between 1968 and 2006, using, as primary sources the Official Federal Government Gazette, having as parameters the work and accessibility clipping. Although Brazilian legal framework regarding impaired persons is considered as one of the best in the world, the law is not always accomplished.

Key words: impaired persons; legislation; work, accessibility; sanitary surveillance.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população mundial^{1,2} apresentam alguma deficiência adquirida ou não, atualmente em torno de 650 milhões de pessoas. Porém, o Censo Nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE³) do ano 2000 apontou, no País, a existência de 14,5% da população com algum tipo de deficiência, correspondendo, à época, a cerca de 24,5 milhões de pessoas.

No Brasil existe um amplo arcabouço jurídico a respeito das pessoas com deficiência, sendo um marco histórico a promulgação da Constituição Federal⁴, em 5 de outubro de 1988, que consolidou detalhada carta de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Referenciamos neste estudo vários instrumentos legais de âmbito federal (leis, decretos, instruções normativas etc.) que complementam a Constituição, em especial no direito ao trabalho e acessibilidade, com alguns de seus artigos em destaque.

A Lei nº 8.213/1991⁵ da Previdência Social é conhecida como a Lei de Cotas por estabelecer, em seu Artigo 93, que todas as empresas privadas com 100 ou mais trabalhadores devem destinar entre 2% e 5% de suas vagas a beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência habilitadas.

No Estado de São Paulo o Código Sanitário⁶ (Lei nº 10.083/1998) dispõe, no Artigo 31, Inciso VII, “estabelecer norma técnica para a proteção da saúde no trabalho dos portadores de deficiência”. Embora esta norma não tenha sido elaborada, acredita-se ser relevante colocar à disposição dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), a legislação referente a pessoas com deficiência existente no Brasil, para que as ações sanitárias incorporarem a preocupação com a qualidade da inserção dessas pessoas no mundo do trabalho.

A Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência⁷, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 13 de dezembro de 2006 e da qual o Brasil é signatário, conceitua em seu art. 1º: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.” Trata-se de um conceito de deficiência arrojado, pois contempla o aspecto clínico e inclui a questão social.

No que concerne à terminologia, “pessoas com deficiência” é o termo adotado por consenso por um número cada vez maior de ativistas de direitos humanos e também pela ONU. Entretanto, neste estudo às vezes usa-se “pessoas portadoras de deficiência”, em respeito aos textos originais das normas legais.

Objetivo

Instrumentalizar, por meio da legislação brasileira referente a pessoas com deficiência, as ações de vigilância sanitária dos profissionais dos serviços de saúde para a realização das inspeções nos ambientes de trabalho, tendo em vista assegurar a real inclusão desses trabalhadores no mercado de trabalho.

Método

Estudo descritivo baseado na revisão bibliográfica sobre a legislação brasileira referente a pessoas com deficiência, tendo como parâmetros o recorte trabalho e a acessibilidade.

A coleta de dados foi realizada no Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador da Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) –, por meio de fontes primárias coletadas do Diário Oficial da União. Além disso, foram pesquisados os bancos de dados Lilacs, Scielo, literatura e sites institucionais relacionados ao tema.

O período abrangido para a seleção dos dispositivos legais foi de 1968 a 2006, optando-se por colocá-los na referência bibliográfica com sua ementa e em ordem cronológica crescente de ano.

Caracterização da deficiência no Brasil

O Censo Demográfico de 2000 do IBGE demonstrou que 14,5% da população brasileira apresentam alguma deficiência física, mental ou dificuldade para enxergar, ouvir ou locomover-se, o que correspondia, à época, a cerca de 24,5 milhões de pessoas. O critério utilizado pela primeira vez nesse Censo é compatível com o da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), recomendada pela OMS, e indicou que do total de casos declarados de portadores das deficiências, 4,1% possuem deficiência física; 8,3%, deficiência mental; 16,7%, auditiva; 22,9%, deficiência motora; e 48,1%, visual^{8,9}.

No que tange ao aspecto educacional, em 2000 a taxa de alfabetização das pessoas de 15 anos ou

mais de idade era de 87,1%. Já entre as pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, era de 72,0%. Do total de pessoas de 15 anos ou mais de idade sem instrução ou com até três anos de estudo, 32,9% eram portadoras de alguma deficiência¹⁰.

Em breve comentário, deve ser registrado que a metodologia para coleta de dados sobre as pessoas com deficiência é fator de extrema relevância, pois permite apurar com maior ou menor precisão a realidade e contribuir para a definição de políticas públicas. No caso do censo nacional, além de ter sido adotada definição internacional para o conceito de pessoa deficiente, procedeu-se à coleta por domicílio e as informações foram prestadas, em regra, pelo chefe da família.

Estudos dessa natureza, no entanto, ainda apresentam resultados bastante díspares, decorrentes da metodologia utilizada, seja na forma da coleta dos dados, censo ou pesquisa amostral, por exemplo, seja, principalmente, pela falta de homogeneidade no conceito utilizado para caracterizar as pessoas com deficiência. Esta variabilidade pode ser observada no levantamento apresentado na Tabela a seguir.

Tabela - Proporção de pessoas com deficiência em diversos países, por ano de referência e fonte da informação.

País	Ano de referência	Fonte da informação	Proporção de pessoas portadoras de deficiência (%)
Nova Zelândia	1996	Pesquisa por amostra	20,0
Estados Unidos	2000	Censo	19,3
Austrália	1993	Pesquisa por amostra	18,0
Uruguai	1992	Pesquisa por amostra	16,0
Canadá	1991	Pesquisa por amostra	15,5
Espanha	1986	Pesquisa por amostra	15,5
Brasil	2000	Censo	14,5
Áustria	1986	Pesquisa por Amostra	14,4
Inglaterra	1991	Censo	12,2
Suécia	1988	Pesquisa por amostra	12,1
Holanda	1986	Pesquisa por amostra	11,6
Polônia	1988	Censo	9,9
Alemanha	1992	Pesquisa por amostra	8,4
China	1987	Pesquisa por amostra	5,0
Itália	1994	Pesquisa por amostra	5,0
México	2000	Censo	2,3
Chile	1992	Censo	2,2
Colômbia	1993	Censo	1,8

Fontes: United Nations Statistics Division; IBGE (Brasil); Bureau of Census (EUA); INEGI (México); Statistics New Zealand e INE (Espanha)¹¹.

Mercado de trabalho para pessoas com deficiência

O Censo do IBGE mostra ainda que, quando se trata da inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, verifica-se uma proporção de pessoas ocupadas menor nesse grupo que no das pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas. Das 65,6 milhões de pessoas de 10 anos ou mais de idade que compunham a população ocupada no País, 9 milhões tinham alguma das deficiências pesquisadas.

“A média nacional de empregabilidade de pessoas portadoras de deficiência é muito baixa, 2,05%, o que corresponde um pouco acima da cota mínima exigida por lei, no mercado formal de trabalho. Quando se faz uma análise do setor de atividade, verifica-se que os setores mais representativos no mercado formal de trabalho são o setor de serviços e a indústria. As participações das pessoas portadoras de deficiência e do total da população no setor serviços são bastante parecidas, sendo respectivamente 48,39% e 49,58%. Na indústria, as pessoas portadoras de deficiência (27,33%) estão mais presentes do que os não portadores (19,31%). Já na agricultura, construção civil e no setor público, a contribuição da população total é maior do que das pessoas portadoras de deficiência¹².”

Os acidentes de trabalho são considerados um dos fatores de risco que contribuem para se instalar uma deficiência; porém entre outras causas estão certas doenças, desnutrição, acidentes de trânsito e a crescente violência urbana. De acordo com o Ministério da Previdência Social (MPS), no período de 2003 a 2005 foram registrados no Brasil 1.356.488 acidentes de trabalho, desse total, doenças e incapacidade permanentes acometeram 124.329 trabalhadores. Esses números, por si só muito significativos, chamam ainda mais a atenção por serem decorrentes de acidentes previsíveis e passíveis de prevenção.

Acessibilidade

Acessibilidade é a condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

São consideradas pessoas com mobilidade reduzida as que, temporária ou permanentemente, têm limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo, estando aí incluídos idosos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

A questão da acessibilidade é uma das reivindicações mais antigas e de maior visibilidade dos movimentos das pessoas com deficiência, tendo paradigmas que variaram ao longo da história. No início dos anos 1980 buscava-se a eliminação de barreiras arquitetônicas, e em meados daquela década identificavam-se as barreiras ambientais.

No início dos anos 1990 eram identificadas, além das barreiras ambientais e atitudinais, as de comunicação

e de transporte. Em meados daquele período surgiu o conceito de desenho universal, ou seja, um planejamento arquitetônico ambiental, de comunicação e transporte em que todas as características das pessoas são atendidas, independentemente de possuírem ou não uma deficiência. O desenho universal procura romper com a visão de uma arquitetura voltada para um ideal de homem ou a um pretoso homem médio, buscando respeitar a diversidade humana. No final daquela década, passou-se a usar simultaneamente acessibilidade ao termo desenho universal¹³.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) elaborou em 2004 a segunda edição da Norma Brasileira NBR 9050¹⁴, que versa sobre: "Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos."

Em decorrência do interesse social dessa norma, e tendo em vista a relevância e o caráter público de que se reveste, foi firmado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre o Ministério Público Federal e a ABNT, para que essa norma fosse disponibilizada, na íntegra e gratuitamente, para acesso amplo e irrestrito a qualquer cidadão.

Assim, por meio da Secretaria Especial de Direitos Humanos – Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) –, a NBR 9050 encontra-se no site: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp.

São exemplos das disposições da NBR 9050/2004: a vaga reservada com o símbolo internacional de acessibilidade na entrada das empresas; as rampas de acesso com até 8% de inclinação; largura das portas e áreas de circulação adequadas às cadeiras de rodas; sinalização tátil, visual e auditiva; tipos de piso; adequação de mobiliários, sanitários, vestiários e bebedouros, dentre outros. Assim, encontram-se normatizados, desde a entrada nas empresas, edifícios até o detalhamento de como deve ser o ambiente de trabalho para acolher todos os trabalhadores com deficiência ou não.

Legislação federal brasileira

Em 1968 o Brasil ratificou, por meio do Decreto nº 62.150¹⁵, a Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) – órgão ligado à ONU – sobre a discriminação em matéria de emprego e profissão, na qual, em seu art. 1º, as palavras "emprego" e "profissão" incluem o acesso à formação profissional, ao emprego e às diferentes profissões, bem como às condições de emprego.

A Constituição Federal de 1988 acolheu como fundamentos da República brasileira a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º, II e III), considerando um de seus objetivos primordiais a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, IV).

Dispõe no art. 5º que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza" e garante o direito de ir e vir dos cidadãos (inciso XV). Os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais estão assegurados no art. 7º, XXXI, que proíbe qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência.

O art. 24, XIV, define a competência da União, Estados e Distrito Federal para legislar concorrentemente, sobre a proteção e integração das pessoas com deficiência. "A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte: ...a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão" (art. 37, VIII). Esse artigo traduz um mecanismo compensatório, inserido no contexto de ação afirmativa que busca a igualdade ou equiparação de oportunidades para um grupo em relação ao contexto social mais amplo.

A acessibilidade está contemplada na Constituição Cidadã em dois artigos:

- art. 227, § 2º. "A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência;"

- art. 244. "A lei disporá sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo atualmente existentes, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência, conforme disposto no artigo 227, § 2º;"

A Lei nº 7.853/1989¹⁶ dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, cria a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas e, pela primeira vez, disciplina a atuação do Ministério Público e define crimes cometidos contra as pessoas com deficiência.

Na área da formação profissional e do trabalho, propõe a adoção de legislação específica que discipline a reserva de mercado de trabalho para as pessoas com deficiência nas entidades da administração pública e do setor privado, porém, sem especificar o percentual de vagas.

O Decreto nº 129/1991¹⁷ promulga a Convenção nº 159 da OIT sobre reabilitação profissional e emprego de pessoas deficientes.

A Lei nº. 8.213/1991⁵, que versa sobre os planos de benefícios da Previdência Social, é conhecida como a Lei de Cotas em decorrência do seu art. 93, abaixo transcrito:

“A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

- I - Até 200 empregados.....2%
- II - De 201 a 500.....3%
- III - De 501 a 1.000.....4%
- IV - De 1.001 em diante.....5%

§ 1º A dispensa do trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

§ 2º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social, deverá gerar estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por reabilitados e deficientes habilitados, fornecendo-as, quando solicitadas, aos sindicatos ou entidades representativas dos empregados.”

De fundamental importância para os trabalhadores reabilitados e pessoas com deficiência, essa lei é considerada o principal mecanismo de inserção no mercado de trabalho. Por tratar dos benefícios da Previdência Social, houve questionamentos sobre a quem caberia a competência da fiscalização do seu cumprimento, sendo que a questão só foi disciplinada com a edição do Decreto nº 3.298.

O Decreto nº 3.298/1999¹⁸, que regulamenta a Lei nº 7.853/1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida normas de proteção. Em seu art. 3º traz os conceitos de deficiência, deficiência permanente e incapacidade.

A habilitação e a reabilitação profissionais são consideradas enquanto processo orientado a possibilitar que a pessoa com deficiência, a partir da identificação de suas potencialidades laborativas, adquira

nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso e reingresso no mercado de trabalho e participe da vida comunitária (art. 31).

As três modalidades de inserção laboral estão definidas no art. 35 como sendo a colocação competitiva, colocação seletiva e o trabalho por conta própria.

O art. 36, que disciplina a Lei nº 8.213/1991, determina que a empresa com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% de seus cargos com beneficiários da Previdência Social reabilitados ou com pessoa portadora de deficiência habilitada, bem como estabelece a competência do MTE para fiscalizar, avaliar e controlar as empresas no que diz respeito à inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

No ano 2000 foram publicadas duas leis relacionadas à acessibilidade. A Lei nº 10.048¹⁹ trata do atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência, aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, às gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo e, também, da acessibilidade nos meios de transporte. Já a Lei nº. 10.098²⁰ estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e trata da acessibilidade ao meio físico, aos meios de transporte, à comunicação e informação e ajudas técnicas.

O Ministério do Trabalho e Emprego elaborou a Instrução Normativa nº 20/2001²¹, que dispõe sobre procedimentos a serem adotados pela fiscalização do trabalho. O art. 10 estabelece que o “auditor fiscal do trabalho verificará, mediante fiscalização direta ou indireta, se a empresa com cem ou mais empregados preenche o percentual de 2 a 5 por cento de seus cargos com beneficiários reabilitados da Previdência Social ou com pessoa portadora de deficiência habilitada”. Seu § 1º esclarece que será considerado o número de empregados da totalidade dos estabelecimentos da empresa e o § 2º, que os trabalhadores poderão estar distribuídos nos diversos estabelecimentos da empresa ou centralizados em um deles. Posteriormente, através da Instrução Normativa SIT nº 36/2003²², é acrescido o § 4º determinando que quaisquer frações de unidade para o cálculo que consta no art. 10 darão lugar à contratação de mais um trabalhador. Citando Jaime e Carmo¹⁰ para exemplificar, uma empresa com 403 empregados deve definir o valor da cota calculando 3% desse valor. Assim teremos: $403 \times 0,03 = 12,09$, o que significa que a empresa deverá contratar 13 trabalhadores com deficiência ou reabilitados.

O Decreto nº 3.956/2001²³, mais conhecido como Convenção da Guatemala, promulga a convenção interamericana para a eliminação de todas as formas

de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, e conceitua deficiência e discriminação. O mesmo aponta na linha da inclusão, processo no qual a sociedade adapta-se para envolver grupos que estariam excluídos por falta de condições adequadas.

A Lei nº 10.436/2002²⁴ dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras), que compreende a forma de comunicação e expressão pela qual o sistema lingüístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema lingüístico de transmissão de idéias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.

O Decreto nº 5.296/2004²⁵, que regulamenta as leis 10.048 e 10.098 sobre acessibilidade, deve-se principalmente à luta do movimento das pessoas com deficiência e contou com a mobilização da sociedade civil organizada para sua elaboração.

No art. 5º atualiza alguns conceitos contidos no Decreto nº 3.298/99 e preconiza:

“I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais,

utilização de recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

e) deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.”

O art. 8º define vários conceitos referentes à acessibilidade, tais como barreiras, ajuda técnica e desenho universal, entre outros.

O Decreto nº 5.598/2005²⁶ regulamenta a contratação de aprendizes, e dispõe no art. 2º: “aprendiz é o maior de quatorze anos e menor de vinte e quatro anos que celebra contrato de aprendizagem, nos termos do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT” e “a idade máxima prevista no *caput* deste artigo não se aplica a aprendizes portadores de deficiência” (parágrafo único). Esse decreto é relevante, pois poderá contribuir para a capacitação das pessoas com deficiência, independente do limite de idade.

O Decreto nº 5.904/2006²⁷ regulamenta a Lei nº 11.126/2005²⁸ e assegura em seu art. 1º: “a pessoa com deficiência visual usuária de cão-guia tem o direito de ingressar e permanecer com o animal em todos os locais públicos ou privados de uso coletivo.”

Em de São Paulo, em 15 de abril de 2008, foi publicada a Lei nº 12.907 que consolida a legislação relativa à pessoa com deficiência no Estado. De grande relevância, contém vários direitos assegurados inclusive relacionados à acessibilidade e trabalho.

Em 2006 o Senado aprovou substitutivo ao Projeto de Lei nº 06/2003, o qual dispõe sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência objetivando assegurar, promover e proteger o exercício pleno e em condições de igualdade dos direitos das pessoas com deficiência, visando sua inclusão social e cidadania efetiva. Atualmente, o substitutivo tramita na Câmara dos Deputados, sob a denominação de Projeto de Lei nº 7.699/2006, podendo e devendo ser debatido, além de aprimorado em seu conteúdo.

A Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência de 2006, em seus diversos artigos, estabelece direitos quanto à acessibilidade, educação, saúde, habilitação e reabilitação, trabalho e emprego, e monitoramento da implementação dessa Convenção, entre outros. Trata-se de um instrumento de extrema importância e que foi ratificado pelo Brasil como Decreto Legislativo nº 186, publicado no Diário Oficial da União em 20 de agosto de 2008.

Vigilância a saúde dos trabalhadores com deficiência

Quando os profissionais dos serviços de saúde, durante inspeção nos ambientes de trabalho, constatarem que o número de funcionários da empresa é de

100 ou mais trabalhadores, deverão perguntar se a mesma empresa pessoas com deficiência. Caso isso não ocorra, o profissional deverá informar o fato, mediante ofício, à Delegacia Regional do Trabalho (DRT) – atualmente Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) – ou às suas Gerências Regionais, relatando a situação para fins de fiscalização. Atento ainda ao estipulado na Lei de Cotas, é importante observar que o total de trabalhadores daquela empresa no Brasil inclui matriz e filiais, quando for o caso.

Os profissionais das vigilâncias sanitárias estaduais, municipais e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador deverão verificar nas empresas que tenham trabalhadores com deficiência como é a qualidade dessa inserção laboral, se estão sendo cumpridas as disposições contidas no Código Sanitário Estadual e as Normas de Saúde e Segurança no Trabalho da Portaria nº 3214/1978²⁹ do MTE, ou outras legislações pertinentes à saúde do trabalhador nos níveis federal, estadual e municipal. Também deve ser avaliado o cumprimento da NBR 9050 da ABNT sobre acessibilidade, bem como outras legislações referenciadas neste estudo, tendo em vista que o ambiente de trabalho deve ser seguro, saudável e adequado para todos os trabalhadores, indistintamente.

Um outro canal que pode ser acionado para relatar que uma empresa não está cumprindo a Lei de Cotas é o Ministério Público do Trabalho, que, constatando a irregularidade, firma Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com a empresa. E, se não houver acordo, inicia um processo judicial³⁰.

Discussão

Após 59 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ainda almeja-se uma sociedade inclusiva por meio da equiparação de oportunidades às pessoas com deficiência.

De acordo com Maior *et al.*³¹, o Brasil foi eleito em 2004, pela organização não-governamental International Disability Rights Monitor (IDRM), como um dos cinco países mais inclusivo das Américas, sendo que um dos requisitos para a classificação era a existência de arcabouço legal que garantisse a adequada proteção das pessoas com deficiência. Para as autoras, ainda que o Brasil possua legislação avançada, abrangente e moderna do ponto de vista científico-tecnológico, existe uma grande dificuldade em implementá-la no País devido ao desconhecimento sobre a obrigatoriedade de sua efetivação, e, no caso da acessibilidade, por envolver uma mudança cultural.

Com relação aos dados mencionados neste

estudo (estimativa da OMS de que cerca de 10% da população mundial apresentam alguma deficiência; do Censo de 2000 no Brasil que apontou 14,5%; e os dados apresentados na Tabela), os mesmos mostram que a variação apresentada nos indicadores é resultado dos diferentes conceitos utilizados na investigação do tema pelos diversos países, ou seja, dependentes da metodologia adotada.

Quanto à legislação federal brasileira, aqui apresentada de forma sucinta, podemos observar que a mesma evoluiu ao longo do tempo com alterações em seus conceitos para melhor atender às pessoas com deficiência. É o caso da Convenção nº 111 da OIT, de 1968, quando se refere à discriminação, e do mais recente Decreto nº 3.956/2001. No Decreto nº 3.298/1999, que define as pessoas consideradas com deficiência, e no atual Decreto nº 5.296/2004, sobre acessibilidade, no qual o conceito de deficiência é alterado, indo ao encontro das necessidades desse grupo social.

A reserva de cargos para pessoas com deficiência aparece em vários dispositivos legais, sendo também aprimorada ao longo do tempo, tais como Constituição Federal de 1988, Lei nº 7.853/1989, Lei nº 8.213/1991 da Previdência Social (Lei de Cotas) e disciplinada pelo Decreto nº 3.298/1999, e, em complementação quanto aos procedimentos sobre a fiscalização do trabalho, as Instruções Normativas nº 20/2001 e SIT nº 36/2003, ambas do Ministério do Trabalho e Emprego.

Há duas considerações a serem feitas: primeira, havendo uma maior conscientização da sociedade, mesmo as empresas com menos de 100 trabalhadores poderiam contratar pessoas com deficiência, de acordo com suas potencialidades e habilidades. A segunda refere-se à Instrução Normativa nº 20, art. 10, que delega a competência da fiscalização ao auditor fiscal do trabalho. Por tratar-se de questão trabalhista, não é objeto da ação dos profissionais da saúde. Entretanto, a Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005 (posta em consulta pública e ainda não publicada), apresenta os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. A portaria, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, visa garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

Nesse contexto, os profissionais da saúde, especificamente os ligados às vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, assim como aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, embora não

tenham a competência legal para fiscalizar o cumprimento da Lei de Cotas, devem, durante as inspeções nos ambientes de trabalho, verificar se a empresa está adequada para a contratação de trabalhadores com deficiência. Caso contrário, devem encaminhar ofício à Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) ou às suas Gerências Regionais, relatando o fato para fins de fiscalização.

Os profissionais dos serviços de saúde podem e devem verificar nas empresas que contratam trabalhadores com deficiência como está a qualidade da inserção dos mesmos, se o Código Sanitário Estadual, a Lei nº 10.083/1998, em seus arts. 35 e 36, que tratam, respectivamente, do controle dos fatores de riscos ambientais e da organização do trabalho, estão sendo cumpridos. Mesma atenção deve ser dada às normas de saúde e segurança do trabalho, previstas na Portaria nº 3.214/1978, principalmente as Normas Regulamentadoras: NR-7, que estabelece o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); a NR-9 sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); a NR-17, ergonomia; a NR-24, condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho; e a NR 26, sinalização de segurança. Ainda, se a empresa está acessível conforme com a NBR 9050/2004 e com outras legislações pertinentes à saúde do trabalhador nos níveis federal, estadual ou municipal.

A Delegacia Regional do Trabalho (DRT) de São Paulo, em 2003, estabeleceu como prioritário o cumprimento da Lei de Cotas em todo Estado. O número de pessoas com deficiência contratadas em 2001 no Estado de São Paulo era de 601, em 12 empresas contratantes; no primeiro semestre de 2005, foram contratadas 28.815 pessoas com deficiência em 3.525 empresas. Tais resultados podem ser reputados como conseqüência do Programa Estadual de Inserção das Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho da SRTE-SP¹⁰.

Araujo e Schimidt³², em pesquisa realizada na cidade de Curitiba, em 30 empresas do setor privado de diversos ramos de atividade e com quadro funcional entre 111 e 23.000 funcionários, encontraram os seguintes resultados: apenas quatro (13% da amostra) cumpriam a Lei de Cotas, e as empresas afirmaram que o maior empecilho para a contratação devia-se à baixa escolaridade e à baixa qualificação profissional dessas pessoas. Quanto ao motivo que levava à contratação de pessoas com deficiência, 42% das empresas fizeram alusão às exigências da Lei de Cotas, 31% alegaram sua política de responsabilidade social, 18% que os profissionais atendiam às exigências da empresa e 9% que os dirigentes da empresa tinham consciência

da inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

Em vários países do mundo sequer há legislação referente às pessoas com deficiência. O Brasil possui, assim como Portugal, Espanha, França, Itália, Alemanha, Áustria, Bélgica, Holanda, Irlanda, Reino Unido, Argentina, Colômbia, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Panamá, Peru, Uruguai, Venezuela, Estados Unidos, Japão e China, conforme bem colocado na recente publicação *A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho*, do Ministério do Trabalho e Emprego³³ e que aborda de maneira esclarecedora a questão da legislação em vários aspectos, para uma melhor compreensão dos instrumentos legais.

Uma atitude positiva por parte dos profissionais dos serviços de saúde é procurar conscientizar os empresários da importância da contratação das pessoas com deficiência, investindo no capital humano e na diversidade, no sentido de que uma empresa inclusiva se traduz em responsabilidade social e cidadania, contribuindo assim para a diminuição das desigualdades sociais em nosso País.

Conclusões

- O Brasil dispõe de legislação para pessoas com deficiência das mais avançadas do mundo. Não obstante, observamos que a mesma nem sempre é cumprida por vários motivos, tais como: desconhecimento, preconceito, cultura, falta de vontade e de políticas públicas.

- A Lei nº 8213/1991, conhecida como Lei das Cotas, sobre a reserva de cargos nas empresas privadas para pessoas com deficiência habilitadas ou beneficiárias reabilitadas, disciplinada no Decreto nº 3.298/1999, constitui instrumento legal importante. No entanto nem sempre é cumprida, conforme demonstrado por Neri *et al.*¹²; Jaime e Carmo¹⁰; Araujo e Schimidt³². Mas a tendência é de melhoria, de acordo com dados da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego de São Paulo.

- Os profissionais dos serviços de saúde devem se apropriar da legislação brasileira em vigor e estar sensibilizados para a questão da inclusão das pessoas com deficiência. Durante as inspeções nos ambientes de trabalho, devem atentar também para a qualidade da inserção desses trabalhadores no mercado, observando as disposições contidas no Código Sanitário Estadual, Lei nº 10.083/1998, Portaria nº 3.214/1978 e outros instrumentos legais relacionados, com vistas à promoção, prevenção e proteção da saúde de todos trabalhadores.

- A acessibilidade é de fundamental importância para as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, tanto na vida cotidiana como no ambiente de trabalho. Trata-se de questão de direitos e cidadania garantir que sejam cumpridas as determinações contidas na NBR 9050/2004 da ABNT e no Decreto nº 5296/2004.

- A educação é um direito de todos, previsto na Constituição Federal de 1988, assim como a igualdade de condições de acesso e permanência na escola, os quais devem ser garantidos, pois a habilitação para o mercado de trabalho tem início com a inclusão das pessoas com deficiência na educação, em todos os seus níveis, que em consequência aumentam as chances das mesmas para o emprego e profissão.

- A revisão bibliográfica apresentada neste estudo poderá contribuir como subsídio à elaboração da norma técnica para proteção da saúde no trabalho das pessoas com deficiência, prevista no Código Sanitário do Estado de São Paulo.

- Ademais, é pertinente a realização de um Catálo-

go de Legislação, contendo na íntegra esse arcabouço legal, para um conhecimento mais amplo dos profissionais dos serviços de saúde que atuam nas vigilâncias sanitárias estaduais, municipais e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

- A qualidade da inclusão das pessoas com deficiência no mundo do trabalho deve ser entendida como um dos objetos da ação da saúde pública.

- A inclusão social das pessoas com deficiência no mercado de trabalho deve revestir de um outro olhar, despojado de preconceitos por parte da sociedade, com equiparação de oportunidades e compreensão das potencialidades das pessoas, pois é da diversidade e do direito de todos que a sociedade pode engendrar sua melhor cultura, trabalho e convívio social.

Agradecimentos

Ao Dr. José Carlos do Carmo, ao Engº Luiz Antonio Valente, à Profª Dra. Frida Marina Fischer, ao Engº Dr. Carlos Alberto Garcia e aos amigos da DVST/CVS.

Referências bibliográficas

1. Sasaki RK. Quantas pessoas têm deficiência? 1998 [acesso em 26 jun 2007]. Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/quantas_pessoas_tem_deficiencia.htm
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2 ed. rev. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico; 2000 [acesso em 27 fev 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
4. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
5. Brasil. Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 jul 1991. Republicação em 14 ago 1998.
6. São Paulo (Estado). Lei nº. 10.083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 10 mar 1998.
7. ONU - Organização das Nações Unidas. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006.
8. Gil M, coordenadora. O que as empresas podem fazer pela inclusão das pessoas com deficiência. São Paulo: Instituto Ethos; 2002 [acesso em 10 jan 2007]. Disponível em: http://www.uniethos.org.br/_Uniethos/Documents/manual_pessoas_deficientes.pdf.
9. Vital FMP. Mobilidade urbana sustentável: fator de inclusão da pessoa com deficiência. Boletim Técnico da CET 2006;40.
10. Jaime LR, Carmo JC. A inserção da pessoa com deficiência no mundo do trabalho: o resgate de um direito de cidadania. São Paulo: Ed. dos Autores; 2005.
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Bercovich A. A CIF e os censos de população. São Paulo; 2007.
12. Neri M *et al.* Políticas de cotas e inclusão trabalhista de pessoas com deficiência. 2002 [acesso em 24 set 2008] Disponível em: http://www.bndes.gov.br/clientes/federativo/bf_bancos/e0002351.pdf.
13. Bueno CLR, Paula AR. Acessibilidade no mundo do trabalho. Brasília; 2006 [acesso em 22 abr 2007]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/ct/conade/conferencia/texto_base3.htm#Texto.
14. ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050, de 30 de junho de 2004. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos [acesso em 26 abr 2007]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp.
15. Brasil. Decreto nº. 62.150, de 19 de janeiro de 1968. Promulga a Convenção nº 111 da Organização

- Internacional do Trabalho (OIT) sobre discriminação em matéria de emprego e profissão. Diário Oficial da União. 20 jan 1968 [acesso em 6 jan 2007]. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br>.
16. Brasil. Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 out 1989.
 17. Brasil. Decreto nº 129, de 22 de maio de 1991. Promulga a Convenção nº. 159 da Organização Internacional do Trabalho sobre reabilitação profissional e emprego de pessoas deficientes. Diário Oficial da União. 23 maio 1991.
 18. Brasil. Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 21 dez 1999.
 19. Brasil. Lei nº. 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 9 nov 2000.
 20. Brasil. Lei nº. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 dez 2000.
 21. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Instrução Normativa nº. 20, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre procedimentos a serem adotados pela fiscalização do trabalho no exercício da atividade de fiscalização do trabalho das pessoas portadoras de deficiência. Diário Oficial da União. 29 jan 2001.
 22. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Instrução Normativa SIT nº 36, de 5 de maio de 2003. Altera a Instrução Normativa nº 20, de 19 de janeiro de 2001, que trata da fiscalização do trabalho das pessoas portadoras de deficiência. Diário Oficial da União. 6 maio 2003.
 23. Brasil. Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Promulga a convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a pessoa portadora de deficiência. Diário Oficial da União. 9 out 2001.
 24. Brasil. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 abr 2002.
 25. Brasil. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 dez 2004.
 26. Brasil. Decreto nº. 5.598, de 1 de dezembro de 2005. Regulamenta a contratação de aprendizes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2 dez 2005.
 27. Brasil. Decreto nº. 5.904, de 21 de setembro de 2006. Regulamenta a lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhada de cão-guia, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 set 2006.
 28. Brasil. Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005. Dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia. Diário Oficial da União. 28 jun 2005.
 29. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras (NR). Regulamenta a Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Diário Oficial da União. 23 jun 1977.
 30. Clemente CA, Celestine EC. Trabalhando com a diferença: responsabilidade social, inclusão de portadores de deficiência. Osasco: Espaço da Cidadania; 2004.
 31. Maior *et al.* Acessibilidade no Brasil: uma visão histórica. 2005. [acesso em 24 set 2008] Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/conade/conferencia/arquivos/acessibilidade_uma_visao_historica.doc.
 32. Araujo JP, Schimidt A. A inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: a visão de empresas e de instituições educacionais especiais na cidade de Curitiba. Rev. bras. educ. espec. 2006;12(2).
 33. Ministério do Trabalho e Emprego. A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Brasília: MTE, SIT, DEFIT; 2007. p.98 [acesso em 18 mai 2007]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/fisca_trab/pub_pessoas_com_Deficiencia_no_Mercado.pdf.

Campanha Nacional de Vacinação Contra a Rubéola

National Vaccination Campaign Against Rubella

Divisão de Imunização. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Diversos estudos demonstram que sem uma estratégia de eliminação da rubéola seriam esperados cerca de 20.000 casos de síndrome da rubéola congênita (SRC) ao ano nas Américas. No período de 1988 a 2006, 40 países (representando cerca de 90% da população da região) utilizaram estratégias de vacinação em massa de crianças, adolescentes e adultos, com o objetivo de interromper rapidamente a transmissão do vírus da rubéola. O número de casos de rubéola diminuiu em 98% e o total de casos de SRC passou de 72 em 2001 para 10 casos em 2006.

Depois da erradicação da varíola, da eliminação da poliomielite e do sarampo, os países das Américas estabeleceram, durante a 44ª reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a meta de eliminação da rubéola e da SRC até 2010.

No Brasil, em 2001, foi realizada uma campanha nacional de vacinação contra a rubéola para mulheres entre 15 e 29 anos de idade. Nessa ação foram vacinadas cerca de 29 milhões de mulheres em todo o País, atingindo-se uma cobertura vacinal de 93,5%. Em São Paulo foram vacinadas 4,4 milhões de mulheres, uma cobertura vacinal de 91,16%.

Em 2008, no período de 9 de agosto a 12 de setembro, ficou estabelecida a realização de outra campanha nacional, dessa vez para homens e mulheres entre 20 e 39 anos de idade. A vacinação atingiu todas as pessoas, independente de terem sido vacinadas anteriormente ou até mesmo contraído a doença. A meta nacional é vacinar 70 milhões de pessoas.

O primeiro dia da campanha nacional contra a rubéola aconteceu simultaneamente à com a campanha nacional de vacinação contra a paralisia infantil; e a adesão já nesse primeiro dia foi muito boa. Em um cenário diferente dos anos anteriores, pais e filhos foram vacinados no mesmo dia.

A primeira prévia da campanha, dia 11 de setembro, já registrava que 3,5 milhões de pessoas haviam sido vacinadas, atingindo-se uma cobertura vacinal de 24,79%. Parte dessas pessoas foi vacinada no dia 9 de agosto e outra, nos meses de junho e julho, pois

vários municípios já tinham começado a vacinação antes mesmo do seu início oficial.

Nesse período foram estabelecidas as parcerias com bancos, empresas, indústrias. Aquelas que tinham equipes de saúde recebiam treinamento dos municípios – orientações técnicas sobre diluição, conservação e transporte das vacinas e informações técnicas referentes às indicações e contra-indicações. A vacina dupla viral (rubéola e sarampo) foi aplicada pela equipe local. Durante a campanha, em muitas cidades do interior as equipes de vacinação madrugaram para garantir a vacinação dos cortadores de cana-de-açúcar.

De acordo com o Gráfico 1, na 3ª semana foram aplicadas 2,5 milhões de doses, a semana de maior rendimento. A partir daí, as equipes de vacinação intensificaram as ações fora das salas de vacina, indo às universidades, shopping centers, feiras regionais, mercados, estádios de futebol, bancos, supermercados, clubes, igrejas, ruas de comércio, vacinando loja a loja os vendedores, os compradores e as pessoas que passavam na frente dos estabelecimentos, entre outras ações. Era freqüente encontrar uma equipe de vacinação, tanto nos locais de trabalho, estudo ou lazer quanto no caminho para o trabalho.



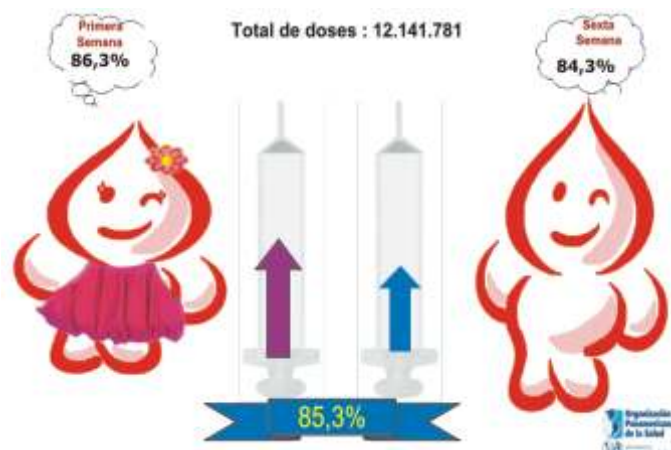
Fonte: Datasus/MS

Gráfico 1 - Campanha nacional contra a rubéola cobertura semanal, 9 de agosto a 26 de setembro, Estado São Paulo, 2008.

Na 5ª semana, em uma ação inédita, integrada com as Secretarias de Estado da Saúde e dos Transportes Metropolitanos (Metrô, CPTM e EMTU) e os municípios de São Paulo, da região do ABC e do Alto Tietê, além das GVE's de Osasco e Franco da Rocha, a vacina contra a rubéola foi aplicada em 29 estações do Metrô, 34 de trem e 9 Terminais Metropolitanos. A vacinação foi realizada de 8 a 12 de setembro, das 17 às 20 horas, período de maior fluxo nesses locais. – nesses três períodos foram aplicadas cerca de 27.000 doses por dia. Essa ação estendeu-se até o dia 19 de setembro, incluindo os sábados em algumas estações de maior fluxo.

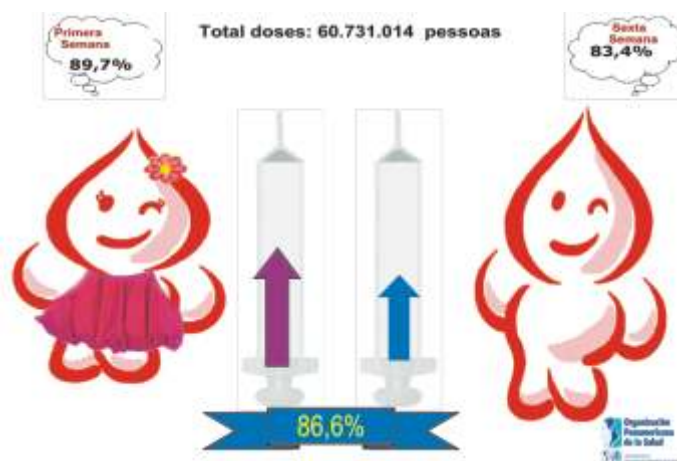
No dia 12 de setembro, já tinham sido aplicadas no Estado de São Paulo cerca de 10,8 milhões de doses, uma cobertura vacinal de 76%. Até o dia 26 de setembro já haviam sido vacinadas em todo o País cerca de 61 milhões de pessoas (cobertura de 86,6%), sendo 89,7% em mulheres e 83,4% em homens. Em São Paulo, até essa data, foram vacinadas 12.141.781 pessoas, das quais 86,3% mulheres e 84,29% homens; e 214 municípios tinha atingido a meta de vacinar 95% da população-alvo. É importante salientar que a diferença entre as mulheres e os homens no início da campanha chegou a 7% e, posteriormente, caiu para apenas 2%. Considerando que a meta a ser atingida no Estado é de 13,5 milhões de doses, a mobilização foi prorrogada até o dia 10 de outubro (Gráficos 2 e 3).

A campanha já pode ser considerada vitoriosa em razão da mobilização dos vários setores da sociedade em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, com o objetivo único de eliminar a rubéola e SRC até o ano de 2010.



Fonte: Datasus/MS

Gráfico 2 - Vacinômetro Estado de São Paulo, 7ª semana, 9 de agosto a 26 de setembro 2008.



Fonte: Datasus/MS

Gráfico 3 - Vacinômetro Brasil 7ª semana, 9 de agosto a 26 de setembro de 2008.

Correspondência/Correspondence to:
 Divisão de Imunização
 Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar
 São Paulo/SP, Brasil – CEP: 01246-000
 Tel.: 55 11 30668779
 E-mail: dvimuni@saude.sp.gov.br

Instruções aos Autores

Missão

O **Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa)** é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) responsável pelo planejamento e execução das ações de promoção à saúde e prevenção de quaisquer riscos, agravos e doenças, nas diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Editado nos formatos impresso e eletrônico, documenta e divulga trabalhos relacionados a essas ações, de maneira rápida e precisa, estabelecendo canal de comunicação entre as diversas áreas do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede pública de saúde, proporcionando a atualização e, conseqüentemente, o aprimoramento dos profissionais e das instituições responsáveis pelos processos de prevenção e controle de doenças, nas esferas pública e privada.

Política editorial

Os manuscritos submetidos ao Bepa devem atender às instruções aos autores, que seguem as diretrizes dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*, editados pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (Committee of Medical Journals Editors – Grupo de Vancouver), disponíveis em: <http://www.icmje.org/>.

Após uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do Bepa, os trabalhos passam por processo de revisão por dois especialistas da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem do artigo, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após os pareceres, o Conselho Editorial, que detém a decisão final sobre a publicação ou não do trabalho, avalia a aceitação do artigo sem modificações, a sua recusa ou devolução ao autor com as sugestões apontadas pelo revisor.

Tipos de artigo

Artigos de pesquisa – Apresentam resultados

originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de agravos e de promoção à saúde, desde que no escopo da epidemiologia, incluindo relatos de casos, de surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, e podem, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa).

Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Os artigos desta seção incluem relatos de políticas de saúde pública ou relatos históricos baseados em pesquisa e análise de questões relativas a doenças emergentes ou reemergentes.

Comunicações rápidas – São relatos curtos destinados à rápida divulgação de eventos significativos no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico.

Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças e agravos e programas de prevenção ou eliminação de doenças infectocontagiosas.

Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de agravos.

Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até um ano dois anos após a defesa.

Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros.

Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e

controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo.

Editoriais – São escritos por especialistas convidados a comentar artigos e tópicos especiais cobertos pelo Bepa.

Relatos de encontros – Devem focar o conteúdo do evento e não sua estrutura.

Cartas – As cartas permitem comentários sobre artigos veiculados no Bepa, e podem ser apresentadas a qualquer momento após a sua publicação.

Apresentação dos trabalhos

Ao trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida ao Conselho Editorial do *Boletim Epidemiológico Paulista*. Nela deverão constar as seguintes informações: o trabalho não foi publicado, parcial ou integralmente, em outro periódico; nenhum autor tem vínculos comerciais que possam representar conflito de interesses com o trabalho desenvolvido; todos os autores participaram da elaboração do seu conteúdo (elaboração e execução, redação ou revisão crítica, aprovação da versão final).

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar em **MÉTODOS** que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como registro dos estudos de ensaios clínicos em base de dados, conforme recomendação aos

editores da Lilacs e Scielo, disponível em: <http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/homepage.htm>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do ensaio clínico deverão ser colocados ao final do RESUMO.

O trabalho deverá ser redigido em Português do Brasil, com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhado em formato eletrônico (e-mail, disquete ou CD-ROM) e impresso (folha A4), aos cuidados do Editor Científico do Bepa no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 135
Cerqueira César – São Paulo/SP, Brasil
CEP: 01246-000
bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: TÍTULO; AUTORES e INSTITUIÇÕES; RESUMO e ABSTRACT; INTRODUÇÃO; METODOLOGIA; RESULTADOS; DISCUSSÃO e CONCLUSÃO (se houver); AGRADECIMENTOS; REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS; e TABELAS, FIGURAS e FOTOGRAFIAS anexas, conforme ordem a seguir.

A íntegra das instruções aos autores quanto à categoria de artigos, processo de arbitragem, preparo de manuscritos e estrutura dos textos, entre outras informações, estão disponíveis no site: http://www.cve.sade.sp.gov.br/agencia/bepa37_autor.htm.



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

