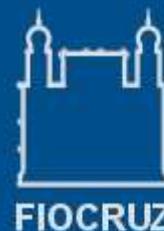




FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES



Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Paloma Corrêa Alves

**Promoção à Saúde do Trabalhador:
avaliação das ações em um centro referência**

RECIFE

2008

Paloma Corrêa Alves

**PROMOÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM
UM CENTRO REFERÊNCIA**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Pós Graduação *Lato sensu* do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Lia Giraldo da Silva Augusto

RECIFE
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A474p Alves, Paloma Corrêa.

Promoção à saúde do trabalhador: avaliação das ações em um centro referência/ Paloma Corrêa Alves. — Recife: P. C. Alves, 2008. 59 f.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Lia Giraldo da Silva Augusto.

1. Saúde do trabalhador. 2. Promoção da saúde. 3. Vigilância em saúde do trabalhador. I. Augusto, Lia Giraldo da Silva. II. Título.

CDU 331.47

Paloma Corrêa Alves

**PROMOÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM
UM CENTRO REFERÊNCIA**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Pós Graduação *Lato sensu* do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____
Dr^a Lia Giraldo da Silva Augusto
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Debatadora: _____
Dr^a Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dedico este trabalho a todos que lutam
por justiça social, em especial meu
amor **Luciano Ayres.**

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado conhecer um pouco da realidade da vida;

À Prof. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto por ter me orientado com muita paciência e atenção;

À Prof. Dra. Idê Gomes por ser sempre um anjo e acreditar em mim;

À minha mãe Adriana Maria pelo incentivo aos estudos;

À equipe do CEST-Recife;

Aos meus queridos amigos;

À Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva;

À Secretaria Acadêmica e Biblioteca do CPqAM pelo apoio;

À Evânia do Comitê de Ética do CPqAM pela ajuda;

A todos que colaboraram com a construção deste estudo.

Bom mesmo é ir a luta com
determinação, abraçar a vida e viver
com paixão, perder com classe e
vencer com ousadia, pois o triunfo
pertence a quem se atreve...

(Charles Chaplin)

RESUMO

O enfoque da promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde vêm se colocando como um instrumento poderoso para que a Saúde dos Trabalhadores possa integrar-se e sair do isolamento em que se encontra nas políticas públicas de saúde, por meio de sua inserção na proposição de políticas saudáveis, procurando mostrar que os problemas de saúde por essa área colocados não dizem respeito apenas aos trabalhadores, mas também ao meio ambiente e à população como um todo, em termos de condições de moradia e de saneamento, acesso à educação e a serviços de saúde, entre outras coisas. Este trabalho teve como objetivo analisar a Política de Atenção à Saúde do Trabalhador do Recife segundo as diretrizes de Promoção e Vigilância da Saúde, propostas pelo Modelo de Atenção da RENAST, previsto na Portaria 2.437/05. Trata-se de um estudo descritivo, de tipo “estudo de caso”, uma vez que procurou analisar a política de saúde do trabalhador, especificamente no que se refere aos elementos relacionados à promoção e vigilância da saúde em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Recife. Verificou-se que as ações assistenciais são priorizadas em detrimento das ações preventivas. Os aspectos da descentralização, integralidade, intersetorialidade e equidade deveriam re-orientar as ações de saúde do trabalhador no município.

Descritores: Saúde do trabalhador, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The focus of health promotion and the health surveillance proposal are a powerful tool for the Worker's Health integration and its way out of isolation in the public health programs, through its insertion in the health politics proposition, showing that its problems don't belong only to the worker's class, but to the environment and entire population, regarding living conditions, public sanitation, access to education and health services. This paper objective is to analyze the Worker's Health Politics in the City of Recife according to the Promotion and Health Surveillance directives, proposed by the RENAST Attention Model, predicted by Brazilian Government Health Regulation number 2.437 of 2005. This is a critical and descriptive study based on a case study, considering it aimed to analyze the Worker's Health politics, specifically regarding to elements connected to promotion and health vigilance at Worker's Health Reference Center in Recife. It has been detected that assistential actions are given high priority instead of preventive actions. The decentralization aspects, integrality, intersectoriality and equity should be reoriented to the worker's health actions in the district.

Keywords: Worker's Health, health promotion, worker's health surveillance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSAT	Coordenação Técnica da Área de Saúde do Trabalhador
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DVS	Diretora de Vigilância à Saúde (Secretaria de Saúde de Recife)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEDLINE	Base de Dados da Literatura Internacional da Área Médica e Biomédica
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 MARCO REFERENCIAL	14
3.1 Promoção da Saúde	14
3.2 Promoção da saúde dos trabalhadores	18
3.3 A Vigilância em Saúde do trabalhador	23
3.4 A Rede Nacional de Saúde do Trabalhador	25
4 MÉTODO	29
4.1 Delineamento do Estudo	29
4.2 Local do Estudo	29
4.3 Período do Estudo	29
4.4 Fonte de Dados	30
4.5 Instrumento de Entrevista	34
4.6 Considerações Éticas	34
4.7 Análise dos Dados	35
4.7.1 Análise Documental	35
4.7.2 Análise de Discurso	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 A Política de Saúde do trabalhador de Recife	37
6 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
Apêndice A – Carta de Apresentação	55
Apêndice B – Roteiro da Entrevista	56
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
ANEXOS	58
Anexo A – Carta de Anuência	58
Anexo B – Parecer do CEP/CPqAM	59

1 INTRODUÇÃO

O trabalho e sua ausência são aspectos fundamentais das condições de vida e do processo saúde-doença das populações, participando na determinação dos perfis de morbimortalidade. No Brasil, este perfil caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições profissionais específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças do trabalho”; doenças que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho” e; doenças comuns à população em geral, condicionadas por outros fatores biológicos e sócio-ambientais que também vulnerabilizam ou condicionam a saúde dos trabalhadores (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2005).

Em face dessa complexidade emergente dos problemas de saúde colocados atualmente para a sociedade, a saúde pública, para dar respostas a esses processos de saúde/doença/trabalho em curso, reconhecidamente multifacetados, vem desenvolvendo uma discussão e uma experimentação em torno da idéia da promoção da saúde, que se relacionam as questões como as condições e modos de vida (FACCHINI, 2006).

Assim como o enfoque da promoção e da vigilância da saúde que enfatiza o caráter de multideterminação do processo de adoecimento, guardando relação com aspectos econômicos, sociais, políticos e ambientais, a saúde do trabalhador e a vigilância em saúde do trabalhador concebem esse processo como socialmente determinado (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A municipalização das ações de saúde do trabalhador parece ter impactado o perfil das estatísticas sobre doenças profissionais e acidentes de trabalho no país. Anteriormente, a atuação dos programas voltados para Saúde do Trabalhador se restringiam ao diagnóstico dos casos de doença do trabalho, analisar o ambiente que deu origem ao caso, bem como promover o rastreamento de outras possíveis situações iguais ou, até mesmo, diferentes (LACAZ, 1994, 1996).

A incorporação do conceito de promoção à saúde visou direcionar o enfoque das ações assistencialistas no campo da saúde coletiva e do trabalhador para uma nova formulação de políticas públicas intersetoriais, participativas, que aponta para a criação de ambientes e

estilos de vida saudáveis. Esta tendência se observa no movimento dos municípios saudáveis (PORTO, 2000).

A Secretaria Municipal de Saúde do Recife, orientada pelos compromissos políticos assumidos por sua gestão de se empenhar na construção de uma Cidade Saudável enfatiza as ações intersetoriais como estratégia e amplia a possibilidade de escolha das prioridades sociais. Nesse contexto, foi implementada a política municipal de Saúde do Trabalhador, com ações para o atendimento especializado, a vigilância sobre os ambientes de trabalho e as práticas educativas voltadas para a atenção integral aos trabalhadores (RECIFE, 2005).

Objetivando avaliar essas ações do ponto de vista da integralidade, perguntamos: como têm sido implementadas e desenvolvidas as ações de promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores no âmbito da Política de Saúde da cidade do Recife, pautadas pelas concepções de cidade saudável?

Dada a importância do desenvolvimento da saúde dos trabalhadores para a sustentabilidade da construção de um Recife Saudável, é relevante analisar a Política de Atenção à Saúde do Trabalhador do Recife segundo as diretrizes de Promoção e Vigilância da Saúde, propostas pelo Modelo de Atenção da RENAST. Este estudo propõe contribuir para o aprimoramento das práticas cotidianas da atenção à saúde dos trabalhadores na cidade de Recife.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a Política de Atenção à Saúde do Trabalhador do Recife segundo as diretrizes de Promoção e Vigilância da Saúde, propostas pelo Modelo de Atenção da RENAST.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a política de atenção à saúde do trabalhador de Recife;
- b) Identificar as ações de promoção e vigilância da saúde executadas pelo CEST- Recife;
- c) Avaliar o componente de promoção e vigilância em saúde do trabalhador do CEST-Recife e apontar aspectos que comprometem sua efetividade.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 Promoção da Saúde

Segundo O'Donnell (1989) promoção da saúde é a “ciência e a arte” de ajudar as pessoas a mudarem seus estilos de vida, com vista a um estado de saúde ótimo (o equilíbrio da saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual) e que a alteração do estilo de vida poderá ser facilitada por meio da combinação de esforços para aumentar a conscientização, alterar comportamentos e criar ambientes que favoreçam práticas de boa saúde.

Pender (1996) acrescenta que promoção da saúde não é específica de doença nem de problemas de saúde. Consiste em atividades destinadas a aumentar o nível de bem-estar e efetivar o potencial de saúde dos indivíduos, das famílias, das comunidades e da sociedade. Já para Green e Kreuter (1991), as ações de promoção têm por objetivo permitir que as pessoas adquiram maior domínio sobre fatores determinantes da sua própria saúde e para a Organização Mundial da Saúde este processo exige o envolvimento direto de indivíduos e comunidades na realização de mudanças, conjuntamente com medidas políticas que visem à criação de um ambiente que conduza à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988).

O conceito moderno de promoção da saúde surgiu e desenvolveu-se de forma mais vigorosa no Canadá com a divulgação “A New Perspective on the Health of Canadians” – conhecido como Informe Lalonde (LALONDE, 1996). O documento questionava a abordagem exclusivamente médica para doenças crônicas e visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica.

Em 1977, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), organizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. A conferência colocou como meta um novo enfoque para o campo da saúde com o tema “Saúde para todos no ano 2000”. As conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram importante reforço para os defensores da estratégia de promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência

Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa-Canadá, em 1986 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Na Conferência foi elaborada uma Carta, denominada Carta de Ottawa, que definiu promoção da saúde “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. No documento, a saúde é entendida não só como um objetivo, mas um recurso fundamental para a vida cotidiana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Segundo a Carta de Ottawa, as três estratégias fundamentais da promoção da saúde são: a defesa da saúde, a capacitação (proporcionar meios para), e a mediação. Ainda propõe cinco campos centrais de ação: elaborar a implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Além da Conferência, em Ottawa, mais três importantes conferências internacionais sobre promoção da saúde foram realizadas nos últimos anos (Adelaide, Sundsvall e Jacarta). Nestas conferências foram estabelecidas as bases conceituais e as políticas de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Realizada em 1988, a Conferência de Adelaide elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo “interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e os compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (BRASIL, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988).

Nesta conferência também se afirma a visão global e a responsabilidade internacional da promoção da saúde, em que os países desenvolvidos teriam a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento, devido à grande discrepância do nível de saúde entre os países (BRASIL, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988).

A III Conferência sobre Promoção da Saúde aconteceu em Sundsvall-Suécia, em 1991, e foi a primeira conferência global a focar diretamente a interdependência entre saúde e

ambiente, em todos os seus aspectos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1991). O tema ambiente refere-se tanto à dimensão física quanto aos “espaços em que as pessoas vivem: à comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer”, englobando as estruturas econômicas e políticas (BUSS, 2000).

A conferência de Jacarta, em 1997, foi a primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento. Seu subtítulo (novos atores para uma nova era) pretendeu ser uma atualização da discussão sobre o reforço da ação comunitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997). Em Jacarta foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde nos próximos anos:

- a) Promover a responsabilidade social com a saúde, através de políticas públicas saudáveis e comprometimento do setor privado;
- b) Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, através do enfoque multissetorial;
- c) Consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governo e da sociedade;
- d) Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde;
- e) Definir cenários preferenciais para atuação (escola e ambientes de trabalho, entre outros).

Na América Latina, em 1992 realizou-se a conferência internacional de promoção da saúde em Bogotá/Colômbia, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional. O documento de lançamento da promoção da saúde foi a declaração de Bogotá, que afirma que “a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento”, reconhecendo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento. Enfrentando a deteriorização das condições de vida na maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los, “o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e desenvolvimento” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1992).

A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região enfrenta uma deteriorização da qualidade de vida da maioria das populações, junto há um aumento do risco para saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para saúde e desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1992).

As condições de vida e saúde têm melhorado na maioria dos países no último século graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública e na medicina. Por outro lado, verifica-se a permanência de problemas de saúde já solucionados em diversas populações, mas que ainda atingem a população de algumas localidades (como certas doenças infecto parasitárias) e o crescimento de outros problemas como o surgimento de novos casos de doenças crônicas não infecciosas, o uso de drogas e a violência (BUSS, 2000).

Segundo o mesmo autor, apesar de a adoção de medidas preventivas e promoção da saúde serem relevantes para resolução de muitos problemas mencionados e para a conquista da melhoria das condições de vida em geral, lamentavelmente, verifica-se no país, que o principal investimento na prática ainda está centrado na assistência médica curativa e individual, embora as diretrizes do Sistema Único de Saúde estabeleçam a prestação da assistência integral, ou seja, em todos os níveis do preventivo à reabilitação.

3.2 Promoção da saúde dos trabalhadores

No Brasil, até 1988, a saúde não tinha um caráter universal, era um direito restrito aos contribuintes da previdência social ou dos que podiam pagar a assistência médica privada. Aqueles que não podiam pagar, nem eram contribuintes, dependiam da ação filantrópica oferecida por instituições como as Santas Casas (DIAS, 1994; MENDES; DIAS, 1991).

Segundo os mesmos autores, o poder público, nos níveis municipal, estadual ou federal arcava com alguns tipos de serviços de interesse da saúde pública tais como: sanatórios para Tuberculose; Hanseníase; doença de Chagas, malária, entre outras; Hospitais Universitários; Hospitais Psiquiátricos, Postos de saúde voltados para o pré-natal, puericultura e saúde escolar, tudo muito precário em termos de acesso e resolutividade.

A atenção à saúde era, rigorosamente, um serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela Previdência Social, por meio de uma política de Estado compensatória voltada aos trabalhadores contribuintes, formalmente inseridos no mercado de trabalho (DIAS, 1994; MENDES; DIAS, 1991).

As ações de caráter mais individual eram dissociadas da atenção coletiva, chamadas de saúde pública. Essas ações resumiam-se em campanhas e programas predominantemente de caráter preventivista, como as campanhas de vacinação e os programas verticalizados (AROUCA, 2003; PIMENTA; CAPISTRANO FILHO, 1988).

Tal modelo excluía também grande parte da população da atenção à saúde que estava marcada por um contexto de profunda desigualdade de distribuição da riqueza do país. A falta de acesso contribuía incisivamente para perpetuar as péssimas condições de saúde e de qualidade de vida da maioria dos cidadãos (VIEIRA, 1998).

No Brasil da década de 30 a questão da saúde dos trabalhadores não tinha no Ministério da Saúde uma estrutura para tratá-la. Era dentro do Ministério de Justiça e Negócios Interiores que este tema recebia atenção. Com a Revolução de 30 foi criado o Ministério do Trabalho, com intenção de concretizar um projeto industrial, passando a questão da saúde a partir deste momento a ser tratada pelo Setor Trabalho. Para concretizar o

projeto industrial a classe trabalhadora precisava ser “regulamentada”. Alguns direitos e reivindicações antigas foram concedidos, relacionados à jornada de trabalho, trabalho feminino e infantil. Tendo que abrir mão das suas representações, os sindicatos tiveram que se adequar às leis de sindicalização (OLIVEIRA, 1994).

Até meados da década de sessenta, dois campos do saber, a engenharia e a medicina do trabalho, trataram das questões de segurança e saúde do trabalhador nas intervenções realizadas pelo Ministério do Trabalho. Quando o Sistema de Inspeção Federal foi regulamentado, o assistente social foi incorporado para lidar com as questões ligadas ao trabalho da mulher e do menor, tentando-se dar conta, até os dias de hoje, das questões de saúde do trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As discussões sobre a saúde do trabalhador no Brasil ganharam força no final da década de 70. Segundo Lacaz (1996), é nesse período que o Regime Militar começou a dar sinais de esgotamento e o Movimento Sindical se fez presente através de greves realizadas no ABC paulista e que logo ecoaram por grande parte do país.

Objetivamente, até a década de 80, apesar de se viver numa nação com uma riqueza natural e cultural invejável e uma economia ascendente, internacionalmente considerada "pujante", observava-se, paradoxalmente: índices recordistas de acidentes do trabalho, levando a Organização Internacional do Trabalho (OIT) a pressionar o então governo militar por providências em curto prazo e baixíssima capacidade diagnóstica e de registro das doenças relacionadas ao trabalho (BRIGHTON LABOUR GROUP, 1991; DIAS; MELO, 2002).

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o recrudescimento dos movimentos sociais levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador. A Saúde do Trabalhador refletiu uma resposta institucional aos movimentos sociais (AUGUSTO et al., 1986; LAURELL; NORIEGA, 1989; MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 1995; ODDONE et al., 1986). Em 1983, é construída a primeira iniciativa de atenção à saúde do trabalhador na rede pública de saúde, na região industrial de Cubatão- Baixada Santista em São Paulo, instituída

formalmente pela Resolução SS 69 de outubro de 1984 da SES de São Paulo (AUGUSTO et al., 1986).

No caso específico da atenção à Saúde do Trabalhador, no âmbito da luta pela reforma sanitária tem seu ponto de discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que convoca a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no mesmo ano. A Conferência debateu temáticas que versaram desde a concepção de saúde até o entendimento da importância de se estruturar uma política de saúde do trabalhador nos três níveis de governo o que representou a luta pela afirmação desse campo da saúde. Vale lembrar que a década de 80 caracterizou-se no Brasil como um momento de transição política e partidária na esfera nacional, crise econômica e social, desemprego nas grandes cidades e o crescimento do mercado informal de trabalho. Com o momento de efervescência econômica, política e social, a descentralização da saúde foi realizada em 1988, e, em 1990, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde representou a maior conquista para a área (LACAZ, 1994).

Entre os fatores que contribuíram para a institucionalização da Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, temos: o movimento de reformas europeu pós-guerra e decorrente do maio de 1968; o movimento de oposição nascido nos partidos políticos de esquerda na América Latina e no Brasil no período das ditaduras militares visando à redemocratização dos países; no movimento sindical dos anos 70 e 80; o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; a declaração de Alma-Ata de 1977; o movimento pelas eleições diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte que promulga a “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito universal à saúde e o advento do Sistema Único de Saúde (AUGUSTO, 2005; LACAZ, 1996; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Mendes e Dias (1991), apontam que na década de 90 o crescimento da mão de obra “terceirizada”, a maior transferência das indústrias que utilizam uma “tecnologia suja” para o terceiro mundo, a inserção de novas tecnologias automatizadas e informatizadas, a mesclagem de velhas e novas formas de organização do trabalho, trouxeram os mais degradantes tipos de precarização do trabalho para o país (AUGUSTO, 2005).

Pensar em uma política para a Saúde do Trabalhador representa vencer inúmeros desafios conjunturais, como o retrocesso e a estagnação dos movimentos sociais, a inércia do Estado, o descrédito ao movimento sindical, o desemprego estrutural, o aumento dos índices

de pobreza e exclusão, as novas formas de organização de trabalho e a inserção de novas tecnologias (LACAZ, 1996). Além desses fatores, a Saúde passa, atualmente, pela implementação de políticas públicas com uma ideologia privatista e possui serviços com ações fragmentadas que impedem a formulação de medidas integradoras.

A Saúde do Trabalhador deve ser entendida e tratada dentro do conceito de Saúde do cidadão, como um direito social constitucionalmente previsto. O Sistema Único de Saúde confere competência à rede de saúde para executar as ações de saúde do trabalhador, assim como colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) regulamentou os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador definindo-a como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, 2004).

A área de Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo de adoecimento. O direito à saúde e à vida passa pela transformação dos processos de trabalho que, de geradores de doenças e mortes, passam a ser fatores de proteção e promoção da vida. A saúde do trabalhador constitui um campo na área da saúde coletiva em plena construção, cujo objeto está centrado no processo saúde-doença dos trabalhadores e sua relação com o trabalho. Traz consigo a expectativa da compreensão desta dinâmica, bem como do desenvolvimento de alternativas de intervenção com vistas à apropriação da dimensão humana do trabalho pelos próprios trabalhadores. Busca, portanto, estabelecer causas de agravos à sua saúde, reconhecer seus determinantes, estimar riscos, conhecer os modos de prevenção e promover a saúde (MENDES; DIAS, 1991).

De acordo com os autores Augusto et al. (1986), Lacaz (1996), Minayo-Gomez; Thedim-Costa (1997) as características básicas do campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador são:

- a) A busca da compreensão das relações entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores, para fins de promoção e proteção – nesta, incluída a prevenção de agravos, além da assistência mediante o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação;

- b) A ênfase na necessidade de transformações dos processos e ambientes de trabalho, com vistas à sua humanização;
- c) A abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde-trabalho seja entendida em toda a sua complexidade;
- d) A participação fundamental dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e implementação das ações; e
- e) A articulação com as questões ambientais, já que os riscos dos processos produtivos também afetam o meio ambiente e a população geral.

Na Saúde do Trabalhador ressaltam-se a importância de fomentar medidas de prevenção e promoção, atividades que só se tornam possíveis através de ações que abarquem a totalidade, logo, intersetoriais e integrais. Não de forma única, promovendo somente a integração de políticas e ações, mas destas com as demandas da sociedade, articulando-se às estruturas organizadas da sociedade civil (LACAZ, 1996).

A Política de Saúde e Segurança do Trabalhador visa garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. Apresenta interfaces com as políticas econômicas, de indústria e comércio, agricultura, ciência e tecnologia, educação e justiça, além de estar diretamente relacionada às políticas do trabalho, previdência social e meio ambiente. A mesma deve estar articulada com as organizações de trabalhadores e as estruturas organizadas da sociedade civil, de modo a garantir a participação e dar subsídios para a promoção de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores (BRASIL, 2000, 2004).

O modelo de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores implica em qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico. Para que isso ocorra de modo efetivo, fazem-se necessária abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento colocadas a serviço das necessidades dos trabalhadores (BRASIL, 2000; DIAS; HOEFEL, 2005).

3.3 A Vigilância em Saúde do Trabalhador

De acordo com Machado (1997), a vigilância em saúde do trabalhador corresponde a um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores que tem como objetivo específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde. O pressuposto de sua atuação é a articulação entre os controles de exposição e efeito, incorporando como objeto de suas ações as situações de risco e seus determinantes tecnológicos e sociais.

Apesar da existência de algumas variações sobre o entendimento do tema vigilância em saúde do trabalhador, este surge da interseção de dois campos de atuação da saúde pública: a vigilância em saúde e a saúde do trabalhador. A portaria 3.120 de 1998, que normatiza a Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS aponta, em sua orientação, estratégias e metodologia de atuação que prezam pela participação dos trabalhadores na fase preparatória do processo de elaboração das ações. Define como uma ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, para detectar, conhecer, pesquisar e analisar fatores tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, determinando e condicionando os agravos à saúde do trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador tem a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções que eliminem ou controlem seus efeitos deletérios à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2005a; FACCHINI, 2006).

Para que a vigilância seja uma ação consistente, ela necessita de parceiros preparados técnica e teoricamente. A vigilância, quando efetiva, possibilita a formação, a informação e a intervenção direta no cotidiano dos trabalhadores. Através do processo de vigilância é possível não apenas estabelecer diagnósticos, que são importantes, mas principalmente é uma ferramenta de intervenção sobre as condições de saúde e de trabalho (FACCHINI, 2006; MACHADO, 2005).

A implantação de ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas a partir do setor saúde no país é recente dependem das políticas regionais e da estrutura organizacional, da capacidade instalada, da qualidade dos profissionais envolvidos e de influências advindas das instituições acadêmicas. Mendes (1994) situa as ações de saúde no âmbito de um dado território, o distrito sanitário, propondo uma mudança de referência em

relação ao modelo assistencial tradicionalmente adotado; a nova perspectiva inclui promoção de saúde, atuação nos determinantes sanitários, coleta, análise e disseminação de informações sanitárias e atenção clínica. De acordo com esse modelo, estabelecer o território como elemento integrador das ações de assistência à saúde dos trabalhadores e de prevenção de agravos relacionados ao trabalho é essencial na concepção de vigilância em saúde do trabalhador (MACHADO, 1997, 2005).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador vem se firmando como uma área de atuação da saúde pública e, nesse sentido, necessita atentar para essas mudanças em curso nesses processos e na atuação da saúde pública em geral, a fim de poder dar respostas efetivas aos problemas colocados para os trabalhadores – problemas estes de ordem bastante complexa e cuja resolução não se restringe unicamente às ações curativas e preventivas (FACCHINI, 2006).

Segundo o mesmo autor esta área não é desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo, mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

3.4 A Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

No Brasil, o esforço histórico de organizar a atenção à saúde do trabalhador na rede pública de saúde começa a ganhar arcabouço institucional no SUS, a partir de 2002, com implantação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) pela portaria 1679/02 que representou o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, reunindo as condições para estabelecer uma política de estado e os meios para sua execução (BRASIL, 2005a).

A RENAST tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador, trata de uma rede hierarquizada em três níveis de gestão (Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Distrito Federal e Secretarias Municipais de Saúde) visando romper à fragmentação e marginalidade da Saúde do Trabalhador e criando uma cultura institucional sanitária frente aos problemas decorrentes da relação saúde, trabalho e meio ambiente. Com isso cria os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como pólos irradiadores, da cultura da produção social das doenças, a partir da explicitação da relação entre processo de produção e processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento, junto aos profissionais de todos os serviços do SUS (BRASIL, 2005a).

A portaria 3.908/98 aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), norma complementar à NOB-SUS de 01/96, define as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador, ratifica os pressupostos do SUS e determina que o município contemple ações de promoção, de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde do trabalhador, devendo manter a unidade especializada de referência em saúde do trabalhador (BRASIL, 2005a).

A Portaria 2.437/05 determina a ampliação da RENAST de forma articulada entre os diversos níveis de governo, por meio da: adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST; inclusão das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica; implementação das ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de

média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela caracterização de municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005a).

A mesma Portaria determina que as ações em Saúde do Trabalhador devam ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação. Isso será possível com a adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, inclusão das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica, implementação das ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador, instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade e caracterização de municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005a, 2006).

Segundo os mesmos autores são ações dos CRSTs Regionais:

- a) suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o atendimento, de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho;
- b) suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho;
- c) suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde;
- d) Suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual;
- e) Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência;
- f) Ações de promoção da Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros;
- g) Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do

trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

Esses Centros Referência em Saúde do Trabalhador serão localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de pólos de assistência, regiões e micro-regiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, diagnóstico, tratamento, reabilitação, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, realização de cadastro das empresas que desenvolvem atividades econômicas para mapear os riscos, aplicação de procedimentos de vigilância epidemiológica e a emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados ao trabalho no âmbito da sua área de abrangência (BRASIL, 2004; COSTA et al., 1989).

Ainda segundo essa estratégia, os CRSTs deixam de ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e pólos irradiadores de ações e idéias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Os programas e ações direcionadas à saúde do trabalhador devem ser entendidos, então, como um dos componentes da estratégia geral para o alcance da saúde para todos. A nova percepção do conceito de promoção de saúde do trabalhador transcende a perspectiva da prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais e remete à necessidade de se conquistar a integralidade, favorecendo o desenvolvimento de diferentes estilos de vida em comunidades saudáveis (BRASIL, 2002).

No âmbito da Atenção Primária e mais especificamente no bojo da estratégia de Saúde da Família, definido pelo Ministério da Saúde como um dos eixos organizadores das ações do SUS deverão ser concentrados esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer o nexo causal entre o quadro de morbimortalidade verificado no âmbito dos processos de trabalho de um determinado território (BRASIL, 2004; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2005)

Abordar as questões de Saúde do Trabalhador nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias, envolvendo uma abordagem integral do sujeito, a “resolutividade”, a responsabilização, o acolhimento e a integralidade. Nesse sentido, as ações de saúde do trabalhador são espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde, assim como as demais ações da Atenção Básica são oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde relacionadas ou não ao trabalho (SILVA; BARRETO JUNIOR; SANT’ANA, 2003).

A expectativa frente a esta nova realidade é a de que seja respeitado todo o processo de programação e pactuação das atividades de organização regional da rede de assistência; que os gestores possam ser fortalecidos e que os municípios ao se qualificarem como pólos da RENAST, possam garantir o processo de estruturação da rede de referências para os diversos municípios satélites, de forma consorciada, além de participar dos processos regulatórios de utilização dos procedimentos ofertados pela rede de atenção de média e alta complexidade do SUS (BRASIL, 2004, 2006).

Constatada a complexidade e a dialética do setor saúde, a realidade da cidade do Recife, a partir do seu perfil epidemiológico, demográfico, do seu processo de urbanização desordenado e todos os demais problemas, torna-se clara a necessidade da busca por alternativas de ação que viabilizem um sistema de saúde local mais sustentável. Neste sentido, o investimento nas ações de promoção à saúde apresenta-se como elemento essencial para intervenção nos determinantes do processo saúde-doença, com impacto significativo no que tange a alterações no estilo de vida de uma população, assim como nas condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde, configurando-se num enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde (BRASIL, 2001).

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

A escolha pela metodologia qualitativa para esse estudo deve-se à sua capacidade de descrever a complexidade de determinado problema, de analisar a interação de certas variáveis, a seu poder de compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, e possibilitar um maior nível de profundidade e entendimento do fenômeno (RICHARDSON, 1989).

Trata-se de um estudo descritivo, de tipo “estudo de caso”, uma vez que procurou analisar uma política específica de atenção à saúde, a de saúde do trabalhador, especificamente no que se refere aos elementos relacionados à promoção e vigilância da saúde.

4.2 Local de Estudo

O local do estudo foi o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEST) da Prefeitura da Cidade do Recife, localizado no Distrito Sanitário I, que possui estrutura com diversos equipamentos de atendimento especializado, Conselho Gestor e a CIST. O CEST está habilitado como um Centro de Referência de abrangência Regional na RENAST. A população atendida está entre homens e mulheres dos 16 aos 55 anos, com a maioria dos atendimentos originários de Recife e ainda da Região Metropolitana.

4.3 Período do Estudo

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008.

4.4 Fonte de Dados

Para análise de contexto e de processo foram utilizadas fontes de dados secundários e primários. Os dados secundários foram obtidos em documentos (relatórios, legislação, publicações oficiais das três esferas de governo).

Revisão da Literatura:

Com vistas a fortalecer os conteúdos mais específicos da Atenção à Saúde do Trabalhador e a promoção à saúde foi utilizado sistemas como BIREME e suas bases de dados LILACS, MEDLINE e consultas à Internet.

Documentos:

Em Relação à legislação foram coletados os seguintes documentos:

Esfera Federal

Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988:

Prevê como objeto de ação a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho o faz expressamente no capítulo do direito à saúde (Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...] VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho). Portanto, estabelece que saúde do trabalhador e ambiente do trabalho está efetivamente no campo da saúde (BRASIL, 1988).

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Insere a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde e estabelece o que se entende por vigilância sanitária, por vigilância epidemiológica e por saúde do trabalhador (BRASIL, 1990).

NOB-SUS 01/96: Define como um dos três grandes campos de atenção à saúde do SUS “o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições

sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normatizações, as fiscalizações e outros” (BRASIL, 2005a).

Portaria MS n.º3.925, de 13 de novembro de 1998:

No elenco de responsabilidades quanto à atenção à saúde do trabalhador constam a divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando a redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho e assistência básica aos acidentados e portadores de doenças do trabalho e notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho. Em relação à assistência, o impacto esperado é a redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho; os indicadores são a taxa de mortalidade por agravos externos, o coeficiente de internações por acidente de trabalho e doenças do trabalho e o número de óbitos por acidente de trabalho. Essas duas ações têm desdobramentos que se referem à organização da atenção, da vigilância em saúde, do sistema de informação, do financiamento e do acompanhamento da gestão (BRASIL, 2005a).

Portaria MS nº3.120, de 1º de julho de 1998 - Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: Estabelece o conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador como um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade centra-se na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, que engloba estratégias de produção de conhecimento e de mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, que implicam necessariamente a superação das práticas atuais em direção à transformação do modelo assistencial. Outras duas recomendações aos estados e municípios, que constam da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, merecem destaque: a revisão dos Códigos de Saúde, de forma a contemplar as ações de saúde dos trabalhadores; e a instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com objetivo de assessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2005a).

Portaria MS nº3.908, de 30 de outubro de 1998 -- Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST): Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), definindo o elenco mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e Distrito Federal, habilitados nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 2005a).

Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002: Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, denominada RENAST. Seu principal objetivo é estimular a criação de centros coordenadores de Saúde do Trabalhador nos estados e regiões, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e balizada pelas diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002 (BRASIL, 2005a).

Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004: Aprova o Plano Nacional de Saúde/ PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. No item Promoção da saúde do trabalhador com melhoria das condições de vida e da atenção à saúde, estabelece uma meta para reduzir em 5% a taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho no período de 2004 a 2007 (BRASIL, 2005b).

Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005: Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST para “integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador”. Determina que as ações em Saúde do Trabalhador “deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação”.

Esfera Estadual

Constituição de Estado de Pernambuco (1989): Determina em seu Art.166–IX, alíneas a, b, c e d a criação de um Programa de Saúde voltado exclusivamente para atender a Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005a).

Decreto nº 20 786, de 10 de agosto de 1998: “Aprova o Regulamento do Código Sanitário do Estado de Pernambuco. No seu Capítulo XXIV aborda as questões relacionadas à Saúde do trabalhador do Art. 515 ao Art. 530” (BRASIL, 2005a).

Esfera Municipal

Lei nº 16.004, de 20 de janeiro de 1995 - Cria o Código Municipal de Saúde:

Aborda as questões de Saúde do Trabalhador na Seção IV (Art.84 – A atenção á saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações destinadas à proteção, recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Parágrafo único – A Secretaria Municipal de Saúde, no âmbito do SUS, fiscalizará o ambiente de trabalho e, em Normas Técnicas Especiais, estabelecerá padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalho e disciplinará as ações que lhe são pertinentes, como gestora do SUS) (BRASIL, 2005a).

Plano Municipal de Saúde do Recife, 2006-2009 -- Recife Saudável: inclusão social e qualidade no SUS:

No item 2.6 define como objetivo geral da área de Saúde do Trabalhador, fortalecer a política municipal de Saúde do Trabalhador e implementar a promoção da saúde desse grupo específico, por intermédio de ações direcionadas ao atendimento especializado, da vigilância sobre os ambientes de trabalho, de práticas educativas e da assistência integral aos trabalhadores vitimados por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho(BRASIL, 2005a).

Além dos documentos internos ao CEST;

Plano Anual de Gestão (CEST-2007);

Atas das reuniões do Conselho Gestor do CEST e da CIST a partir de 2007;

Os dados primários foram obtidos mediante:

Observação Participante:

Presença no local do estudo Centro Especializado em Saúde do Trabalhador, CEST-Recife, foi realizada para complementar as informações sobre sua organização, funcionamento e identificar pontos críticos.

Entrevistas:

Foi utilizada a técnica da entrevista guiada, pois permite ao entrevistador utilizar um guia ou roteiro de temas a ser explorado durante a mesma (Apêndice A) (RICHARDSON, 1989). As entrevistas foram realizadas pela aluna e gravadas, ao final serão transcritas e

examinadas. Foram entrevistados sujeitos que atuam no campo da saúde do trabalhador na cidade do Recife, como gestores e representantes dos conselhos (Conselho Gestor da Unidade e CIST).

O critério de inclusão para a escolha dos sujeitos a serem entrevistados foi:

- a) Fazer parte do grupo que está à frente da gestão, técnicos e membros do Conselho gestor do CEST;
 - Representantes da gestão: Gerente Operacional do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no Recife e o Gerente de Atenção à Saúde do Trabalhador.
 - Representantes dos técnicos: um profissional de saúde de nível superior;
 - Representantes do Controle Social: um membro do Conselho Gestor e um membro da CIST.

4.5 Instrumento de Entrevista

O instrumento de coleta de dados foi sistematizado na forma de um guia ou de um roteiro para orientar as entrevistas com os sujeitos da pesquisa (Apêndice B).

4.6 Considerações Éticas

O presente estudo foi desenvolvido em conformidade com as recomendações éticas. Os sujeitos envolvidos nas atividades de coleta de dados sob a forma de entrevistas participaram voluntariamente, foram amplamente informados quanto aos objetivos do estudo, os possíveis riscos decorrentes de sua participação, e lhes foi garantido o anonimato quando da divulgação dos resultados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) em duas vias. Este estudo teve seu projeto avaliado pelo Comitê de Ética do CPqAM (Anexo B) e aprovado com parecer nº008/2008 que o considerou condizente com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96 e complementares.

4.7 Análise dos Dados

A análise dos resultados foi realizada através da categorização do material colhido gravado, nos relatórios e transcrição das entrevistas, organizados através da análise de discurso. Os dados foram analisados com bases duas abordagens: a análise documental e a análise de discurso, conforme segue:

4.7.1 Análise Documental

Após a coleta dos documentos considerados relevantes, foi realizada leitura cuidadosa destes com a finalidade de procurar identificar as categorias de análise necessárias para caracterizar a política de saúde dos trabalhadores, no que concernem as ações de promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores no Recife.

Foram levantados documentos, componentes referentes à Política Municipal de Saúde do Trabalhador Orçamento definido, Competências definidas, Oferta e Demanda de serviços, Critério de risco/ prioridade, Rede Referência/Contra-referência existente, Exames Complementares garantidos/cotas/fluxos definidos, Recursos Humanos, Treinamento/Capacitação Permanente, Sistema de Informação, Ações de Promoção à Saúde do Trabalhador, Ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador, Suporte técnico às ações de vigilância (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental), Relação com outros setores: Ministério Público, Ministério do Trabalho, Previdência Social, Sindicatos, Instituições de Ensino e Pesquisa, Relação outros níveis de Atenção: PSF, PSA, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Serviços Especializados, Cadastro de empresas, Construção de Mapas de risco, Construção de Mapas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, Notificação, Encaminhamento dos Relatórios efetivados, CIST, Conselho Gestor de Unidade.

4.7.2 Análise de Discurso

Esse tipo de análise foi aplicado aos dados das entrevistas guiadas e teve início após a transcrição das gravações. Para a sistematização e análise dos dados, tomou-se como referência os modelos de análise de entrevistas apresentados por Kvale (1996). Este autor destaca cinco principais tipos: a condensação de significados, a categorização de significados, a estrutura de significados através da narrativa, a interpretação de significados e o método *ad hoc* de geração de significados.

Dentre os cinco tipos apresentados, para análise das entrevistas foi escolhida a Planilha de Condensação de Significados de Kvale (1996), por ser este considerado o mais adequado aos propósitos do estudo. Esta técnica, segundo Kvale (1996), consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em um formato condensado, sem perder a sua essência. Na prática o pesquisador busca identificar as Unidades Naturais (são frases curtas ou expressões da entrevista que contém o significado e as idéias em um formato condensado da entrevista, permitindo a organização sistemática e resumida dos textos, sendo leal à expressão de cada entrevistado).

Os passos para a organização e análise das entrevistas, procuraram, portanto, seguir às orientações fornecidas pelo autor: leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo; determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito; definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível; questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo; e descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram preenchidas da seguinte forma: a cada entrevista foi atribuído um número em ordem crescente e a letra “e” em maiúsculo, como exemplo E1 que significa entrevista nº1.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A Política de Saúde do Trabalhador em Recife

Aspectos históricos e implicações gerais

O Centro Especializado em Saúde do Trabalhador do Recife, inaugurado em 24 de maio de 2002, surgiu com a missão de prestar atenção integral aos trabalhadores, sejam eles formais ou informais, autônomos e desempregados, vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho contribuindo para a implantação do Sistema Único de Saúde. Teve aprovação na V Conferência Municipal de Saúde do Recife em setembro de 2001. Foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência (CRST) municipal com abrangência Regional e atualmente está inserido diretamente na Diretoria de Vigilância à Saúde – DVS, da Prefeitura do Recife.

A partir da nova gestão da PCR em 2001 foi dado início a atenção à saúde dos trabalhadores para garantir assistência especializada a esse segmento da população até então sem uma atenção específica. As ações previstas para o CEST estão divididas em: assistência, vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores. Para estas o CEST conta com uma equipe multiprofissional de médicos do trabalho, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, além de profissionais capacitados em orientação jurídica e sindical.

O perfil da população atendida é de homens e mulheres de 16 a 55 anos, procedentes de Recife e da Região Metropolitana. Os principais agravos de saúde atendidos incluem as Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e psicossociais, que inclui o assédio moral. Não há um quadro diagnosticado de situações de risco ambiental para ações de vigilância. Os usuários são constituídos, em sua maioria, de “casos”, encaminhados pelos sindicatos, pela rede pública e por demanda espontânea, portadores de agravos relacionados com o trabalho.

Por ausência de uma política de Saúde do trabalhador no nível do Estado de Pernambuco até o ano 2006, o CEST foi indicado pela COSAT/MS para ser a referência de Saúde do trabalhador para o Estado. A partir desse ano a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) passa a organizar no interior da Diretoria de Vigilância à Saúde as atribuições de Coordenação no nível estadual e são instituídos mais oito CRSTs em outros municípios no processo de construção da rede RENAST em Pernambuco. Para cada Centro há um grupo de municípios referenciados como sentinelas, sendo que o CEST - Recife terá como responsabilidade dar cobertura aos municípios de Camaragibe, Paulista e Olinda.

Na atual política, esse sistema de referência e contra-referência se restringe a assistência individual aos “casos”, não compreendendo as ações de vigilância, que devem ser executadas pela estrutura de saúde de cada município fora da rede RENAST. Observou-se uma dificuldade do CEST local executar ações de promoção e prevenção em saúde do trabalhador, uma vez que estas em geral requerem ações nos processos produtivos, de trabalho e nos ambientes de trabalho. Estas ações se realizam dentro e fora do SUS, daí a necessária intersetorialidade. Observou-se também que não houve ainda um processo de descentralização das ações de atenção à saúde dos trabalhadores para o nível dos Distritos Sanitários com inclusão no nível da Atenção Básica à Saúde. Esta ausência de ações na atenção básica define uma determinada demanda para o CEST. O CEST - Recife funciona como porta de entrada e não como nível de referência de média complexidade.

Para cada elemento que compõe as atribuições do CEST, foi apresentado a seguir o resultado com maior detalhamento.

Assistência à Saúde

Os “casos” são atendidos segundo agendamento prévio, podendo inclusive marcar a consulta pelo telefone. Com horário estendido até as 20 horas, para garantir o acesso dos trabalhadores que não podem comprometer seu dia de trabalho. O primeiro contato do trabalhador com o CEST é realizado através de um acolhimento para triagem na qual é verificado se o problema estaria relacionado com a ocupação. Aqui reside um problema inicial, posto que em geral esse atendimento é realizado por um profissional de nível técnico que fica com a responsabilidade de realizar essa triagem se o “caso” é ou não uma demanda de saúde do trabalhador.

As pessoas atendidas no Centro são encaminhadas por sindicatos, serviços públicos de saúde, órgãos como a Delegacia Regional do Trabalho-DRT e etc. Os encaminhamentos decorrentes das empresas são pouco freqüentes, devido ao fato de que muitas vezes as pessoas que procuram o Centro, buscam o estabelecimento do nexo causal, seja porque a empresa não reconhece a doença ou foram demitidos. Estes “casos” necessitam do auxílio-doença que é um benefício que é dado como indenização ao empregado com carteira assinada, ao trabalhador avulso e ao segurado especial que, após ter sofrido acidente de qualquer natureza, ficou com seqüelas definitivas que provocaram a redução da sua capacidade para o trabalho.

O CEST atende estes “casos” para proceder seu encaminhamento para o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, na realidade este fluxo não seria necessário para o trabalhador, uma vez que para ser assistido pelo Instituto não precisaria do atendimento no CEST. Esse benefício é dado pela comprovação da impossibilidade de continuar desempenhando suas atividades por meio de exame realizado pela perícia médica na Previdência Social e não requer tempo mínimo de contribuição, mas o trabalhador deve ter qualidade de segurado.

Para o encaminhamento ao INSS, o CEST solicita ao usuário um encaminhamento de um médico especialista que já faz o diagnóstico de patologia relacionada com o trabalho para fundamentar o diagnóstico do médico do trabalho do Centro no estabelecimento do nexo causal. O encaminhamento do especialista seria suficiente para a perícia médica do INSS, que tem atribuição de elaborar o Laudo de Exame Médico onde é firmado o nexo de causalidade entre o agravo e as condições de trabalho. Mas, como em geral, há conflitos de entendimento entre o trabalhador portador de uma determinada queixa de saúde, o médico assistente (especialista) que realiza o diagnóstico e o perito do INSS que confirma ou estabelece a relação de causalidade, o CEST tem um papel no sentido de investigar e estabelecer tecnicamente a relação de causalidade e fazer o encaminhamento para o INSS mediante uma Comunicação de Acidente de Trabalho CAT.

A fragmentação institucional do INSS contribui para um efeito restritivo aos benefícios, este sistema é calcado na falta de articulação entre as ações de avaliação clínica e aquelas realizadas no local de trabalho, nos critérios de avaliação, voltados para a diminuição de pagamento de prêmios do seguro e não havendo integração com os centros de referência.

Após a triagem o “caso” é atendido pelo médico do trabalho, que realiza consulta, e faz os encaminhamentos necessários para fundamentar onexo causal e dar as orientações. Para a assistência ainda não estão estabelecidas cotas de consultas/exames e fluxos de referência regulados pela Central de Regulação do Recife. O usuário também conta com um serviço de orientação quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários, porém esta retaguarda jurídica depende de articulação com outros setores para melhorar este apoio ao trabalhador.

Não está estabelecido um sistema de referência e contra-referência entre os níveis de complexidade na rede de saúde, especialmente a partir da atenção básica. Por definição o CEST deveria situar-se no nível secundário da atenção, onde deveria estabelecer uma relação interinstitucional com os outros níveis. Na realidade, acaba funcionando como porta de entrada e atendendo demandas que deveriam ser reportadas inicialmente à rede de saúde, seguindo o que está estabelecido pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

Para que o CEST de fato pudesse dar esta cobertura nos casos em que o trabalhador precisa ficar sob investigação clínica e de estabelecimento donexo causal o tempo de espera para realização de exames complementares e especializados deveria ser o menor possível e ter prioridade no acesso. As implicações coletivas (sociais, econômicas e culturais) da demissão de um trabalhador doente devem ser incorporadas no âmbito do SUS mediante gestão articulada e resoluta entre os serviços que têm responsabilidade de assegurar seus direitos previdenciários, trabalhistas e humanos.

Por outro lado, esta situação é ainda mais grave quando se trata de trabalhadores informais e desempregados. Há uma baixa cobertura no atendimento destes segmentos, posto que a demanda principal atendida no CEST é oriunda de encaminhamentos dos sindicatos de trabalhadores, criando uma iniquidade.

Os atendimentos não seguem critérios de vulnerabilidade relacionados com aspectos sociais, de gravidade, letalidade e por situações de risco dos processos produtivos. Operacionalmente, é frágil a incorporação de critérios epidemiológicos para definição de prioridades no atendimento da demanda. Estas fragilidades contrariam dispositivos estabelecidos pela RENAST: os centros de referência devem atuar como suporte técnico, ficando a porta de entrada para os serviços de saúde e que o atendimento deve ser organizado

integralmente. Foi informado que há um projeto de descentralização das ações do CEST para as unidades dos Distritos Sanitários, mas ainda está em fase de discussão.

Promoção da Saúde

Na Saúde do Trabalhador ressaltam-se a importância de fomentar medidas de prevenção e promoção, atividades que só se tornam possíveis através de ações que abarquem a totalidade, logo, intersetoriais e integrais. Não de forma única, promovendo somente a integração de políticas e ações, mas destas com as demandas da sociedade, articulando-se às estruturas organizadas da sociedade civil.

No CEST, além das consultas especializadas, há a formação de grupos com finalidade terapêutica, de reflexão sobre a relação trabalho/saúde, de resgate da auto-estima e garantia de cidadania e direitos, sempre procurando discutir em grupo os problemas e suas soluções. Alguns exemplos de grupos terapêuticos formados são: grupos de LER/DORT (são trabalhadores vitimados com lesões por esforço repetitivo e os distúrbios osteomusculares, tem o objetivo de socializar as dificuldades, compartilhando seus casos), Voz Saudável-Viva Voz (são grupos formados por pessoas que utilizam a voz como instrumento de trabalho como professores, teleoperadores e locutores, com finalidade de proteger estes profissionais e melhorar a qualidade de vida), Ócio do Ofício (são trabalhadores afastados do trabalho por motivo de doença ou acidente relacionado e tem objetivo de resgatar a dignidade através de atividades que favorecem o desenvolvimento de habilidades ou despertam potencialidades no usuário).

Há também situações em que o CEST é solicitado para realizar ações educativas junto a outros órgãos ou coordenações vinculados a SMS do Recife, porém são ações pontuais não programadas. Há também ações de capacitação dos sindicatos sobre saúde ocupacional e sobre as ações do CEST com finalidade de melhorar o fluxo de referência, pois quem mais referencia os usuários são os sindicalistas. A grande dificuldade para realização das ações de promoção é a falta de recursos humanos, que muitas vezes são deslocados para as ações de assistência, dando prioridade ao assistencialismo. Verifica-se uma persistência do modelo centrado na consulta médica, individual, em detrimento das ações de promoção à saúde. Ao ponto que a porta de entrada dos serviços do CEST é a clínica de medicina do trabalho, que realiza o atendimento e estimula o usuário para participar dos grupos terapêuticos.

“Nosso principal problema aqui é a falta de recursos humanos, quando a demanda é muito grande temos que deslocar as pessoas de outros setores para a assistência [...]” [E2].

Vigilância em Saúde do Trabalhador

Em relação às ações de vigilância, o CEST desenvolve ações de inspeção nos ambientes de trabalho e encaminham propostas corretivas para eliminar ou controlar os fatores de risco à saúde dos trabalhadores com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. A maioria da demanda por ações de vigilância é realizada por Sindicatos de Trabalhadores, Ministério Público, denúncias nas ouvidorias etc. A prioridade das ações são as denúncias do Ministério Público, pelo fato de exigir prazo e ter repercussão legal e acidentes com óbito no ambiente de trabalho.

“As demandas do Ministério Público exigem prazo para que a gente realize a inspeção, então passa a ser prioridade entre outras demandas [...]” [E1].

A adoção de critérios para definição de prioridades das ações de vigilância em saúde do trabalhador é prejudicada pelo não estabelecimento, de forma interdisciplinar e intersetorial, das situações críticas por setores de atividade econômica, por agravos à saúde e por risco.

Recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

- a) Base Sindical: uma vez que determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa a atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação, nesta base de considerar a capacidade de reprodutibilidade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.
- b) Ramo Produtivo: consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação

epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa a mudança de processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

- c) Território: consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar danos à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.
- d) Epidemiológico: (evento-sentinela) consiste em intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos eventos-sentinela.

O uso da epidemiologia situa os principais problemas de saúde em contextos espaciais, mapeando a morbi-mortalidade; identificando tendências temporais e grupos de trabalhadores com maiores riscos, mediante estudos com distintas dimensões, em que abordagens de maior magnitude e menor profundidade se complementam com recortes mais profundos e de menor abrangência. Esse mapeamento em diferentes níveis de complexidade, juntamente com uma abordagem interdisciplinar dos componentes sociais, tecnológicos e epidemiológicos recortada por atividades econômicas, é essencial para a racionalização das ações de vigilância.

Antes de iniciar uma inspeção, a equipe da vigilância deve realizar uma preparação da ação com análise conjunta com os trabalhadores da empresa, objeto da vigilância, e dos representantes sindicais daquela categoria, tendo por objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação. Então é realizado um planejamento estratégico dessas ações com

estabelecimento de prioridades, podendo construir fluxograma de atividades, visando intervenções de impacto e auxiliar na inspeção direcionando suas ações.

O CEST deveria ter uma articulação importante com outras instâncias governamentais o que acaba como fator contribuinte para a precariedade das condições e ambientes de trabalho. Isso ocorre porque a fiscalização não se dá nem de maneira efetiva nem homogênea em todas as empresas, o que privilegia a denúncia ou a ocorrência de acidentes.

Foi verificada pouca articulação com os setores municipais de vigilância sanitária e epidemiológica para os processos de inspeção nos ambientes de trabalho, este contato se dá porque o CEST ainda depende dos inspetores da Vigilância Sanitária pelo poder de polícia que possuem.

Nós ainda precisamos dos inspetores da VISA, porque não temos autorização para entrar sozinhos nos ambientes de trabalho, precisamos da nomeação da portaria para ter o poder de intervir nos locais de trabalho sem depender dos inspetores da vigilância sanitária [E1].

Está sendo estruturado o serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador que já se iniciou em parceria com a DVS, em ramos específicos (ações programadas), de acordo com o perfil atendido pelo CEST, mostrando um importante passo na evolução da integralidade da assistência prestada sob a ótica mais ampla de saúde do trabalhador.

Com relação aos aspectos ambientais, relacionados com poluentes que também afetam a população em geral, observou-se que o CEST ao verificar esta situação solicita a presença do órgão competente na área (ex: CPRH) para atuar no problema. Há um enfoque restrito apenas às questões que afetam diretamente ao trabalhador no exercício da ocupação. Esta fragmentação setorial reduz a possibilidade de ações integradas de vigilância da saúde.

A investigação nos ambiente de trabalho deveria incorporar os trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos. No caso, é realizada apenas quando ocorre denúncia do Ministério Público, ou dos sindicatos ou de

vizinhança, tratando-se de situações de conflitos e não de planejamento de ação programática ao enfrentamento de danos potenciais (de prevenção), a exemplo de busca ativa de casos em função de análises de situações de risco.

Não estão estabelecidas rotinas de coleta e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos, nem o uso do cadastro das empresas que atuam no município para construção mapa de situações de risco, para orientar ações da Vigilância. Há uma dependência de outros setores para atuação nos ambientes de trabalho, principalmente da Vigilância Sanitária, porque além de não possuírem poder de órgão regulador - fiscalizador depende dos instrumentos de fiscalização para intervenção (instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração, etc), que não se mostram adequados para as ações de vigilância da saúde do trabalhador. Contudo, isto está sendo resolvido com a nomeação, através do Diário Oficial, de alguns profissionais do corpo técnico do CEST, para se tornarem inspetores sanitários da Vigilância da Saúde dos Trabalhadores com poder de polícia para atuarem nos locais de trabalho com autonomia.

A intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive superando a própria legislação.

Sistema de Informação

O sistema de informação, não está devidamente desenvolvido, se restringe a uma planilha não disponibilizada para outros setores e não articula outras bases de dados, limitando-se ao prontuário com os atendimentos ambulatoriais registrados no subsistema APAC/SIA. Esta é uma fragilidade que dificulta a produção de dados e de indicadores para uma análise epidemiológica contextualizada e orientadora de intervenções de proteção da saúde e de prevenção nos ambientes de trabalho.

Esta sistemática é comprometida haja vista as necessidades de equipamentos, recursos humanos, capacitação técnicos sempre permeados de dificuldades devido as falhas ou ausência de articulações institucionais para a formação de um banco de dados. Foi solicitado ao Instituto Nacional de Previdência Social que enviasse o banco de dados da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) sobre o perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores dos municípios de Pernambuco, porém não tiveram resposta. Apesar de ser competência do INSS encaminhar as CAT's para o sistema de saúde, ocorre um descompromisso no envio das mesmas, aumentando ainda mais a subnotificação, já existente das doenças e acidentes de trabalho.

As informações de morbidade são obtidas também pela Ficha Individual de Notificação de Agravos, referentes às doenças incluídas no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN). Foi implantado no CEST o SINAN NET, porém o sistema encontra-se com problemas. As informações de interesse para as ações em saúde do trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbimortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinantes.

Controle Social

Quanto ao caráter participativo na gestão observou-se que esta é realizada por um grupo representativo de técnicos que trabalham diretamente no Programa de Saúde do Trabalhador. As decisões tomadas por este grupo são analisadas pelo Conselho da Unidade, no qual participam representantes dos usuários, em condição de paridade. Além dessas instâncias há também uma Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST, composta por sindicatos de trabalhadores, universidades, centros de pesquisa, Fundacentro, INSS, Ministério Público e outros órgãos afins. A composição dessa comissão tem representação dos trabalhadores de saúde, dos usuários, de gestores, de empregadores.

A CIST possui caráter consultivo, tem o papel de analisar os relatórios do serviço, elaborar planos de metas e definir a política de saúde do trabalhador no âmbito municipal, assessorando, enquanto câmara técnica, o Conselho Municipal de Saúde. As deliberações da CIST são levadas ao Conselho Municipal de Saúde. Seminários são realizados para temas

diversos. A Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador é a instância máxima. Em 2005, a Conferência realizada teve uma importante participação social demonstrando seu interesse pelo desenvolvimento do Programa.

Mas aqui se pode questionar a efetividade do controle social na execução da atenção à saúde do trabalhador da CEST - Recife em todos os componentes. Neste caso, uma pesquisa específica para avaliar este componente seria fundamental.

Desenvolvimento de Pesquisas

O Centro busca parcerias com Universidades e Centros de Pesquisa para estudos e pesquisas na área de saúde, neste sentido vem promovendo instrumentos para o controle de qualidade das ações de saúde do trabalhador. No campo da produção de conhecimento, há referências de parcerias do CEST com instituições de pesquisa, mas que são voltadas para aspectos clínicos. Há ainda uma predominância de interesse sobre as doenças, dentro de um modelo causal linear, ao qual se busca o “nexo causal” como uma única forma de garantia de benefícios previdenciários, e que não resultam em ações coletivas de prevenção. Não se observou preocupação com outros temas que podem estar afetando a saúde dos trabalhadores, especialmente no campo da promoção, proteção e prevenção. Este ponto merece uma pesquisa avaliativa dos produtos já realizados. Participam da consecução e da realização de propostas de capacitações na área de especializada para trabalhadores, dirigentes sindicais, profissionais de saúde e interessados em parceria com outras instituições.

Intersetorialidade

Um dos desafios que persistem ainda para a ST, tomando como referência o enfoque da promoção da saúde, diz respeito à concretização da intersectorialidade em suas práticas. No âmbito das ações em ST, persiste um conflito de competências entre os órgãos de vigilância, sendo necessário um maior diálogo entre os setores governamentais tradicionalmente vinculados a essas questões – o Ministério do Trabalho, o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde.

Observou-se pouca articulação com outros níveis da atenção à saúde, em particular com os programas de Atenção Básica à Saúde (PSF/PACS), e com o Programa de Saúde

Ambiental. Também é pouco articulado com outros níveis de gestão: Distrito Sanitário e outros setores externos ao SUS, (Previdência Social, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, Justiça, Educação, Agricultura, Ciência e Tecnologia).

É premente o fato, de que a realização de uma atuação interinstitucional, integrada, numa área de conflito como a Saúde do Trabalhador, apresenta dificuldades conceituais e operacionais para sua implementação e remete muitas vezes à discussão das competências institucionais para o desenvolvimento de ações.

6 CONCLUSÃO

O enfoque da promoção da saúde e de vigilância da saúde é pouco priorizado nas ações de atenção à saúde dos trabalhadores no CEST – Recife. Os aspectos da descentralização, integralidade, intersetorialidade e equidade precisam ser priorizados pelas instâncias gestores e de controle social para uma efetiva implementação das ações de saúde dos trabalhadores em consonância com as proposições da RENAST e do SUS.

Somente mediante a articulação entre os vários setores voltados para área de Saúde do Trabalhador (Produção, Sistema de Saúde, Seguridade Social, Educação, Relações de Trabalho), do Consumo, do Ambiente e da Sociedade Civil, com uma compreensão de que os padrões de morbi-mortalidade estão intrinsecamente relacionados à forma de inserção dos trabalhadores nos processos produtivos e à sua condição de vida, poderia possibilitar a modificação do perfil de morbi-mortalidade do trabalhador no Recife em termos de melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2003.
- AUGUSTO, L. G. S. et al. Vigilância epidemiológica de doenças ocupacionais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 54, p. 185-196, 1986.
- AUGUSTO, L. G. S. Teoria e prática na ação do sanitarista: a questão da saúde e do ambiente. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9-26, 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). Da Seguridade Social. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1989. Seção 2, p.108-110. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18056-18059.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.mtb.gov.br/empregador/segsau/conteudo/7307.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2007.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em: 26 dez. 2007.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Manual de gestão e gerenciamento da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor>>. Acesso em: 17 dez de 2007.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. Versão preliminar, pós-oficina, para encaminhamento à CIT ao CNS. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto promoção da saúde**: as cartas da promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil: síntese / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRIGHTON LABOUR GROUP. O processo de trabalho capitalista. In: SILVA, T. (Org.). **Trabalho, educação e prática social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 78-97.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000, p.163-177.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., 2005, Brasília, DF. **Coletânea de textos**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005. (Série D).

COSTA, D. F. et al. **Programa de Saúde dos Trabalhadores**: A experiência da zona norte – uma alternativa em saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1989.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, 2005, p.817-828.

DIAS, E. C.; MELO, E. M. Políticas públicas em saúde e segurança no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. v. 2, p. 1683-1720.

DIAS, E. C. **A Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia. 1994. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1994.

FACCHINI, L.A. Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma aproximação prática. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.1, n. 20, p.33-35, jan./jun. 2006.

GREEN, L.; KREUTER, M. **Health promotion planning**: na educational & environmental approach. Mountain View: Mayfield Publishing, 1991.

KVALE, S. **Interviews**: An introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publications, 1996.

LACAZ, F. A. C. **Cenário e estratégias em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994**. Texto apresentado à 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, Brasília, DF. mar. 1994.

LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1996.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. In: ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Promoción de la Salud**: uma antologia. Washington, 1996.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde**: Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec. 1989.

MACHADO, J. M. H. A Propósito da vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.987-992, 2005.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: Concepções e dados. In: MINAYO, M. C. S.(Org.). **Os Muitos Brasis**: Saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 117-142.

MACHADO, J. M. H. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 33 - 45., 1997.

MENDES, E. V. **O Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, out. 1991.p.341-349.

MINAYO-GOMES, C. e THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, 1997.p.21-32.

O'DONNELL, M. P. Definition of health promotion: Part III: Expanding the definition. **American Journal Health Promotion**, Cleveland, v.3, n.3, 1989, p.5.

ODDONE, I., et al. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

DIAS, E. C. **A Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia. 1994. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1994.

OLIVEIRA, L.S.B. **A Intervenção do Estado nos ambientes de trabalho**: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980. 1994. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Adelaide. In: BUSS, P. M. **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1988. p. 162-168.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Jakarta. In: BUSS, P.M. **Promoção da saúde e saúde pública**, Rio de Janeiro: ENSP, 1997, p.174-178.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Sundsvall. In: BUSS, P.M. **Promoção da saúde e saúde pública**, Rio de Janeiro: ENSP, 1991, p.169-174.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF, 1992.

PENDER, N. **Health promotion in nursing practice**. 3. ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1996.

PIMENTA, A. L.; CAPISTRANO FILHO, D. **Saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1988.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006/2009**: "Saúde no Recife: garantindo a inclusão social e qualidade no SUS". Recife, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

SILVA, Z. P.; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 47-57, jan./mar. 2003.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record. 1998.

Apêndice A- Carta de Apresentação

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Aos Gestores e Gerentes da Atenção à Saúde do Trabalhador do Recife.

Na condição de Orientadora da aluna Paloma Corrêa Alves, estudante do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva- Turma 2006, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), venho solicitar o apoio de VS para que facilite o seu acesso às informações relativas à Política de Saúde do Trabalhador no Recife necessárias ao desenvolvimento do estudo **“Promoção à Saúde do Trabalhador: avaliação das ações em um centro referência”**. O presente projeto foi apresentado ao Comitê de Ética do CPqAM e contém Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os sujeitos e Instituições participantes

Desde já agradeço a gentil atenção dispensada à estudante acima referida e cordialmente solicito autorização para registro das informações coletadas imprescindíveis ao estudo proposto.

Profa. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto
Pesquisadora Titular
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Recife, ____/____/____

Apêndice B- Roteiro da entrevista

ROTEIRO

Roteiro para Guiar as Entrevistas in Loco.

Representantes da gestão, dos técnicos e Controle Social

Identificação:	Função do Entrevistado:
Formação:	
Representação:	Tempo de atuação na área:
<input type="checkbox"/> Gestor <input type="checkbox"/> Técnico	
<input type="checkbox"/> Representante Sindical	

Perguntas:

- 1) Características da política de saúde do trabalhador de Recife
 - a) Como foi definida;
 - b) Como se organiza;
 - c) As ações que desenvolve;
 - d) Articulação com as demais políticas, como outros serviços, com outros programas.
- 2) Compreensão sobre de promoção da saúde e promoção da saúde do trabalhador.
 - a) Como as ações de promoção à saúde do trabalhador são desenvolvidas no CEST-Recife;
 - b) Quais as dificuldades encontradas para realização de ações de promoção da saúde;
- 3) Compreensão sobre de vigilância em saúde e vigilância em saúde do trabalhador.
 - a) Como as ações de vigilância em saúde do trabalhador são desenvolvidas no CEST-Recife;
 - b) Quais as dificuldades encontradas para realização de ações de vigilância em saúde;

Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Promoção à Saúde do Trabalhador: avaliação das ações em um centro referência**”, sua participação não é obrigatória. Será realizada uma entrevista gravada, guiada por um roteiro de temas a ser explorado durante a mesma. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A pesquisa é um estudo de caso, descritivo com componente de pesquisa avaliativa. O objetivo deste estudo é avaliar a Atenção à Saúde do Trabalhador realizada no CEST do Recife relativa ao componente da promoção e vigilância da saúde conforme previsto na Portaria Nº. 2.437/05. É justificada pela importância do desenvolvimento das atividades de promoção e vigilância da saúde no conjunto das ações previstas no modelo da RENAST, sendo necessário aprofundar a compreensão do contexto sócio-ambiental e dos processos em que se dá a atuação do CEST – Recife nestas ações. O trabalho não possui riscos, uma vez que as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação

Este termo será assinado em duas vias, onde uma cópia será entregue a você e a outra ficará de posse do pesquisador.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, ___/___/___

Nome e Assinatura

Lia Giraldo da Silva Augusto

Paloma Corrêa Alves

Pesquisadores:

Paloma Corrêa Alves – (81)88048874

Lia Giraldo da Silva Augusto – Orientadora – (81)21012601

Anexo A- Carta de Anuência

Anexo B - Parecer do CEP/CPqAM