

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Aldemy Fernandes Freire

**SAÚDE DO TRABALHADOR DO SERVIÇO PÚBLICO: UM ESTUDO DE CASO A
PARTIR DA AVALIAÇÃO DO NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR –
NUST/CPQAM**

Recife
2012

ALDEMY FERNANDES FREIRE

**SAÚDE DO TRABALHADOR DO SERVIÇO PÚBLICO: UM ESTUDO DE CASO A
PARTIR DA AVALIAÇÃO DO NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR –
NUST/CPQAM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Recife

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A331c Freire Aldemy Fernandes

Saúde do trabalhador do serviço público: um estudo de caso a partir da avaliação do núcleo de saúde do trabalhador – Nust/CPAM/ Aldemy Fernandes Freire . — Recife: A. L. A. de Lima, 2010.

85 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Regulação e Fiscalização em Saúde. 3. Serviços de Saúde da Mulher. 4. Avaliação em Saúde. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Título.

CDU 614.39

ALDEMY FERNANDES FREIRE

**SAÚDE DO TRABALHADOR DO SERVIÇO PÚBLICO: UM ESTUDO DE CASO A
PARTIR DA AVALIAÇÃO DO NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR –
NUST/CPQAM**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Dra Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Mírcia Betânia Costa E Silva
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Dr. Kátia Rejane de Medeiros
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

*Dedico este trabalho a minha esposa,
por sua incansável e admirável presença me dizendo:
“você vai conseguir meu amor”*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que jamais me abandonaram nesta e em tantas outras caminhadas: Deus, minha mulher Patrícia, meu filho Gabriel, minha inspiração, minha vontade e minha garrafa de café.

A minha mãe que certa manhã de sua vida me levou até uma escola.

A minha alfabetizadora que me ensinou as primeiras letras.

Aos Diretores do FIOPREV, Dr. João Barbosa e Dr. Carlos Magno, que acreditaram no meu trabalho e apostaram no meu talento durante todos os anos que estivemos juntos.

A minha orientadora Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel, por sua capacidade de entender meus caminhos e descaminhos e pela maestria em me guiar por trilhas mais seguras e acertadas.

À Direção do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, por permitir a realização desta pesquisa nas dependências do Centro e aos meus colegas de trabalho que contribuíram na coleta de dados para esta pesquisa.

A minha equipe de trabalho do NUST-CPqAM, que me deram apoio durante minhas ausências e suportaram meus estados de mau humor e estresse.

Ao SRH que me acolheu todas as vezes que busquei.

Aos meus colegas de curso pelos tantos sorrisos que demos juntos e por tudo que vivenciamos nesta fase.

E por fim, a todos os meus amigos, que manifestam seu carinho dizendo: estou contigo e vou comemorar com você o que for, onde for e quando for.

*“E sem saber que era impossível,
foi lá e fez.”
(Jean Cocteau)*

FREIRE, Aldemy Fernandes. Saúde do Trabalhador do Serviço Público: Um Estudo De Caso A Partir Da Avaliação Do Núcleo De Saúde Do Trabalhador –NUST/CPqAM. 2012.Dissertação (Mestrado Profissional Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012

RESUMO

As enfermidades relacionadas ao trabalho ganharam novos contornos com o aprimoramento dos novos modos de produção. A preocupação com a saúde do trabalhador se mostra constante ao longo da história e inúmeras medidas e leis foram criadas no sentido de otimizar a relação saúde-trabalho. No Brasil, resultante do forte movimento de mobilização social, a “Nova República” encontra um movimento sanitário mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial. O Sistema Único de Saúde é um marco resultante dessas lutas. As questões ligadas a saúde do trabalhador celetista são claramente definidas pelo arcabouço legal, ao passo que a saúde dos servidores públicos não gozam de mesmo arcabouço jurídico, restando-lhes as ações de perícia e controle de atestados médicos. Este trabalho tem o objetivo avaliar o processo de implementação e organização das ações Núcleo de Saúde do Trabalhador, NUST-CPqAM, entre 2005-2010, a fim de identificar seu papel e sua posição frente a realização de ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador-servidor em conformidade com as novas bases do conhecimento do campo da saúde do trabalhador. A partir do pressuposto de que tal núcleo carecia de uma repactuação inter e intra-institucional, foram realizadas análises do processo de implementação, perfil da demanda e percepção dos usuários, através de pesquisa documental, entrevistas e observação participante, cujos resultados confirmam as hipóteses iniciais e sugere a necessidade de ancoramento do mesmo não só como um setor dentro do CPqAM, mas como um espaço de políticas e ações voltadas para a saúde da força de trabalho deste centro. Dentre alguns achados, esta pesquisa revela que O Nust-CPqAM configura-se como espaço de pronto atendimento; onde 58% são do sexo feminino com faixa etária entre 40 a 49 anos. 42% são prestados à terceirizados. Observou-se também que 25% das queixas atendidas referem-se a problemas respiratórios, seguido de doenças Osteomusculares.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde do Trabalhador, Saúde do Trabalhador, Atenção de Saúde do Trabalhador

FREIRE, Aldemy Fernandes. Worker's Health From Public Service: A Case Study From The Center Of Health Assessment Worker -NUST/CPqAM. 2012. Dissertação (Professional Master's Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

ABSTRACT

The work-related ailments have gained new outlines to the improvement of the new modes of production. Concern about the health of the worker proves constant throughout human history and many different measures and laws were created in order to optimize the relationship between health work. In Brazil, resulting from the strong movement of social mobilization the "New Republic" is a health movement mobilized and articulated with a historic accumulation of years of struggle and a repertoire of convergent proposals for an alternative project to the medical model of care. The Unified Health System is a landmark result of these struggles. Issues related to worker health Hired Under Employment Laws are clearly defined legal framework, programs with emphasis on occupational issues, while the health of civil servants do not enjoy the same legal framework, leaving them the actions of expertise and control certificates medical. The present study aims to evaluate the implementation process and organization of actions Center for Occupational Health, NUST-CPqAM in the period 2005-2010, in order to identify its role and position regarding implementation of prevention and promotion worker's health-server in accordance with the new bases of knowledge in the field of occupational health. Assuming that such a nucleus lacked a renegotiation inter and intra-institutional analyzes were conducted of the implementation process, the demand profile and perception of users, through research, interviews and participant observation, the result confirms the initial hypothesis and suggests the need for anchoring the same not only as a sector within the CPqAM, but as a space of policies and actions for the health of the workforce in this center. Among several findings, this research reveals that the Nust CPqAM-configures itself as a space for emergency care, 58% of those assisted are women aged between 40-49 years. 42% of visits are provided to contractors. It was also observed that 25% of treated claims refer to respiratory, followed by musculoskeletal diseases.

Keywords: Health Surveillance Worker, Occupational Health, Health Care Workers

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Principais Características dos Enfoques da Relação Saúde-Trabalho	38
Quadro 2	Matriz de Dados OMS	40
Quadro 3	Instrumento de Coleta de Dados	52
Quadro 4	Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial	54
Quadro 5	Categorização dos Eixos Comuns para Análise dos Dados das Entrevistas	54
Figura 1	Número de Servidores FIOCRUZ 2001	58
Figura 2	Planta Lay-out Ambulatório NUST/FIOPREV	64
Gráfico 1	Número de Acidentes do Trabalho do Período de 2007 a 2010	67
Quadro 6	Indicadores de Saúde do Trabalhador FIOCRUZ	68
Gráfico 2	Número de Consultas Emergenciais na Rede Credenciada de 2004 e 2006	70
Gráfico 3	Distribuição dos Usuários do segundo Sexo no Período 2007 a 2010	73
Figura 3	Utilização do NUST segundo Faixa Etária no Período 2007 a 2010	75
Gráfico 4	Utilização do NUST segundo Vínculo n Período de 2007 a 2010	77
Gráfico 5	Frequência de Utilização Mensal do NUST de 2007 a 2010	78
Quadro 7	Listagem de CID-10 por Capítulo e Categorias	79

Figura 4	Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido – Período 2007	80
Figura 5	Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido – Período 2008	81
Figura 6	Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido – Período 2009	82
Figura 7	Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido – Período 2010	82
Figura 8	Frequência de Utilização Média do Período 2007 a 2010	84
Gráfico 6	Comparativo entre Dados de 2006 e Média do Período Estudado	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Força de Trabalho Quantidade 2000 a 2001	58
Tabela 2	Número de Acidentes do Trabalho por Período de 2007 a 2010	67
Tabela 3	Estimativa de Custos de Consulta via Rede Credenciada	70
Tabela 4	Atendimento por Grupo Etário 2007 a 2010	74
Tabela 5	Atendimento por Grupo Etário 2007 a 2010 com destaque a Grupo Etário Acima de 50 anos	74
Tabela 6	Atendimento por Vínculo no Período de 2007 a 2010	76
Tabela 7	Número de Atendimento Mensal no NUST no Período de 2007 a 2010	77
Tabela 8	Frequência de Queixas por Grupo de CID – 2007 a 2010	79
Tabela 9	Sugestão de Plano de Ação Nível Estratégico	103
Tabela 10	Sugestão de Plano de Ação Nível Tático	103
Tabela 11	Sugestão de Plano de Ação Nível Operacional	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASO – Atestado de Saúde Ocupacional

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CESTEH – Centro de Estudos de Saúde e Ecologia Humana

CID – Códigos Internacionais de Doenças

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

COGSS – Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor

CPQAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

CST – Coordenação Saúde do Trabalhador

CTBIO – Comitê Técnico de Biossegurança

DIREH – Diretoria de Recursos Humanos – FIOCRUZ

DIESAT – Departamento de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Ambientes de Trabalho

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FIOPREV – Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social

FIOSAÚDE – Assistência Médica dos Servidores da FIOCRUZ

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

LIKA – Laboratório de Imunopatologia Keiso Asami

MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NIST – Núcleo de Informação de Saúde do Trabalhador

NOB-SUS – Norma Operacional Básica Sistema do Único de Saúde

NOST- SUS – Norma Operacional Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde

NR – Norma Regulamentadora

NUST – Núcleo de Saúde do Trabalhador

OECD – Organization for Economic Co-operational na Development

OMS – Organização Mundial da Saúde

PASS – Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal

SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal

SIPEC – Sistema Pessoal Civil da Administração Federal

SISOSP – Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal

SNU – Servidor Não Usuário

SRH – Serviço de Recursos Humanos

SU – Servidor Usuário

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

TNU – Terceirizado Não Usuário

TU – Terceirizado Usuário

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	MARCO TEÓRICO	25
2.1	Relação Saúde-Doença-Trabalho na Contemporaneidade	25
2.2	O Campo da Saúde do Trabalhador	31
2.3	Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador: Distinções Pertinentes	32
2.3.1	<i>Medicina do Trabalho</i>	32
2.3.2	<i>Saúde Ocupacional</i>	34
2.3.3	<i>Saúde do Trabalhador</i>	36
2.4	Vigilância e Saúde do Trabalhador	38
2.5	A Saúde do Trabalhador-Servidor Público: A persistente Dicotomia entre os Avanços Conceituais e as Práticas Higienistas	41
2.6	FIOCRUZ Saudável: Proposições para o Campo da Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ	43
2.7	FIOPREV: Papel e Interfaces com o Programa FIOCRUZ Saudável	45
3	OBJETIVOS	48
3.1	Objetivo Geral	48
3.2	Objetivos Específicos	48
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	Desenho do Estudo	49
4.2	População do Estudo	51
4.3	Critérios de Inclusão e Exclusão	51
4.4	Plano de Análise	51
4.4.1	<i>Análise Documental</i>	51
4.4.2	<i>Estatística Descritiva</i>	52
4.4.3	<i>Entrevistas</i>	53
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	55
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
6.1	Caracterização do Processo de Construção e Implementação do NUST- CPqAM	56
6.1.1	<i>Estruturação Física e de Pessoal do Nust-CPqAM</i>	63

6.2	Ações de Vigilância	66
6.2.1	<i>Notificação de Acidentes</i>	66
6.2.2	Acidente do Trabalho	67
6.2.3	Definição de Indicadores de Saúde do Trabalhador Fiocruz	68
6.3	Ações de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde	69
6.4	Repercussão dos Atendimentos do NUST-CPqAM na Redução dos Atendimentos em Emergências Hospitalares do FIOSAÚDE	70
6.5	Descrição do Perfil da Demanda Atendida pelo NUST-CPqAM	71
6.6	Identificação da Percepção da Força de Trabalho do CPqAM sobre o NUST-CPqAM	86
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
8	RECOMENDAÇÕES	103
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICES E ANEXOS	112
	Apêndice A Questionário de Entrevista	113
	Apêndice B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
	Apêndice C Mosaico de Catalogação de Queixas Referidas 2007 a 2010	115
	Anexo A Planta do Aggeu Magalhães Antes do Projeto de Expansão	118
	Anexo B Planta do Aggeu Magalhães Após o Projeto de Expansão	119
	Anexo C Planta Lay-out Ambulatório do NUST-CPqAM	120
	Anexo D Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM	121
	Anexo E Projeto de Implementação e Implantação do NUST-CPqAM	122

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema Saúde do Trabalhador nasceu a partir da necessidade de avaliar a implantação do NUST no CPqAM, com intuito de estabelecer uma leitura sobre o papel que vem desempenhando neste período e comparar com aquilo que era seu ideário na ocasião de sua criação.

Vale salientar que a maneira gerencialista com que me debrucei sobre a coordenação desse espaço dentro do CPqAM deu-se a partir da expertise de coordenar programas de saúde do trabalhador baseados nas normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego em empresas privadas, regidas pela CLT, logo, atesto de partida que algumas ações tinham como referência, vivências anteriores ligadas a este sistema de atenção à saúde do trabalhador.

Entretanto, a implementação de unidade estratégica, com vistas a observação da saúde do trabalhador no espaço de trabalho, em conformidade com a experiência adquirida, notadamente focada na Medicina Ocupacional, encontrou dificuldade em constituir-se como um sistema operacional em pleno funcionamento por não sustentar-se em uma Política explicitamente voltada para o Servidor Público.

Diante desta constatação, deparamo-nos com um cenário de dicotomias conceituais entre saúde do trabalhador e do servidor, muitas vezes, colocando este segundo numa esfera aparentemente apartada quando das aplicações dos programas normatizados pelos órgãos regulamentadores, que ainda atuam numa perspectiva da saúde ocupacional.

A oportunidade de aprofundar meus conhecimentos nesta área, ampliando minha visão sobre o campo da saúde e, sobretudo, sobre a saúde do trabalhador, dentro do mestrado profissional, com a possibilidade de inferir análise sobre o Núcleo de Saúde do Trabalhador, configurou-se como desafio desbravador de aprimorar meus conhecimentos e minha práxis neste vasto campo do conhecimento.

Pretendemos com este trabalho, avaliar um percurso dos cinco anos de sua existência, para a partir de então, construir bases mais sólidas e mais amplas para os anos vindouros.

1 INTRODUÇÃO

O termo saúde sofreu modificações conceituais ao longo da história, de acordo com os avanços tecnológicos e científicos nos descobrimentos de doenças e agentes causadores. Atualmente tal conceito é baseado na visão proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946), com vistas ao caráter biopsicossocial da saúde. Entre o estudo da causalidade da doença e o modelo da multicausalidade, o conceito da saúde migrou da idéia do contágio, hereditariedade e idiopatias, cujo foco de análise detinha-se a expressão do comprometimento do organismo humano, até a dimensão multifatorial, o que implica reconhecer que há uma interação recíproca entre múltiplos fatores envolvidos.

No Brasil, durante período de transição do regime militar para a democracia representativa formal, o forte movimento de mobilização social e embate entre sociedade e Estado, em torno das políticas sócio-econômicas, encontra no movimento sanitário mobilizado e articulado um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial (BRASIL, 2006).

Na década de 1970 caracterizada pelo chamado Milagre Econômico, o Brasil passou a ser conhecido mundialmente por seus altos índices de acidentes. Esse contexto caracterizado por grandes reivindicações sociais, sobretudo trabalhistas, fez surgir o “novo sindicalismo”, buscando rever não só as questões de negociações patronais voltadas para o salário, mas também as condições de vida, trabalho e conseqüentemente da segurança do trabalhador neste novo cenário. Já na década de 1980, a atuação dos sindicatos nas condições de saúde/trabalho gerou em 1981 a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). Este departamento viabilizou pesquisas, cursos, seminários e produção de escritos sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. (WERNER, 2001).

Tal período é marcado por movimentos sindicais jamais vistos, organização de trabalhadores e fundação de partidos trabalhistas.

Lacaz (1994) descreve esse momento histórico como decisivo no sentido de romper com a visão assistencialista da visão empregada ao termo saúde do e para o trabalhador, vislumbrando que a rede de serviços de saúde pública, passe a se envolver com as questões de saúde relacionadas ao trabalho. Aponta o surgimento de uma nova prática sindical em saúde, destacando também o grande aumento da participação dos trabalhadores nas discussões e

reflexões sobre a prática assistencial de recuperação ou restauro da saúde-doença, migrando da condição de objeto para sujeito das discussões.

Tais embates ofereceram condições históricas que tornaram possível a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS, que consagrou base fundamental para um novo sistema de saúde universal, integral e equânime, reconhecendo e incorporando a saúde como um direito de cidadania.

No tocante à saúde do trabalhador, esta constitui-se uma área da saúde pública, definida como “um conjunto de atividades que se destina a proteção e promoção da saúde do trabalhador por meio da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária” bem como visa a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de agravos provocados pelo trabalho ou condições do trabalho (BRASIL, 2006).

A Constituição de 1988, em seu artigo 200, define: “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” (BRASIL, 1998).

A lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, inclui a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS (BRASIL, 1990). Em 1998, em complemento a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB-SUS 01/96), a publicação da portaria nº 3.908 (BRASIL, 1998), estabelece procedimentos operacionais para as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, aprovando a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1998).

A NOST-SUS 1998 preconiza que todos os trabalhadores, independente de sua forma de inserção no mercado, devem ter acesso a todos os níveis de atenção à saúde, desde as ações assistenciais que devem ser providas, nas ações de vigilância e promoção à saúde, norteadas pelos mesmos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1998).

Já o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) através da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho entende que todos os trabalhadores devem ter o controle de sua saúde de acordo com os riscos a que estão expostos (BRASIL, 2006).

Apesar dos inegáveis avanços conceituais e reformistas em torno do papel do Estado no campo da saúde, e em especial à saúde do trabalhador, ainda são incipientes as ações de eminentemente focadas nas questões da saúde dos trabalhadores vinculados ao Serviço Público em suas três esferas.

No que se refere aos termos legais que norteiam o SUS, todo trabalhador terá direito ao acesso a cadeia de cuidado e assistência aos agravos da saúde, entretanto, os programas regulatórios de vigilância à saúde do trabalhador ainda encontram maiores lastros nos

processos gerencialistas da iniciativa privada, muito possivelmente movidos pela força coercitiva dos organismos de fiscalização que atuam fortemente sobre o comando dos Ministérios do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência, por razões calcadas nas questões econômicas, muito mais que protecionistas.

Este pensamento é defendido por Mendes e Dias (1991), ao trazerem a reflexão de que mesmo com a ampliação do Capítulo V, título II " da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foram atendidas as exigências de cuidados com a saúde e a segurança no trabalho para os trabalhadores vinculados a este tipo de contratação, entretanto, medidas de permanente acompanhamento do estado de saúde dos trabalhadores públicos não tiveram a mesma estruturação.

Corroborando com esses autores, Ramminger e Nardi (2007), apresentam contribuições significativas em sua publicação *Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público*, quando o tema da saúde do servidor público mereceu destaque e foi tratado nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), entretanto sucumbiu à ênfase na formação e na justa remuneração do servidor público, não priorizando a relação entre saúde e trabalho.

A falta de informações acerca da saúde dos servidores públicos é relatada pelo Ministério do Trabalho como escassa e inconsistente (BRASIL, 2004), não revelando a real situação de saúde dos trabalhadores, dificultando a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições. Na mesma direção Carneiro (2008, p.5), salienta que esta lacuna colabora “[...] para a desconsideração das questões relacionadas à saúde dos servidores e para o distanciamento entre a área da saúde e a política de gestão dos recursos humanos”.

As questões ligadas à Saúde do Trabalhador vinculado ao serviço público ganharam maior especificidade a partir de Decreto Lei 5.961 de 13 de novembro de 2006, onde se institui no âmbito do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), com a finalidade de uniformizar procedimentos administrativo-sanitários na área de gestão de recursos humanos e promover a saúde ocupacional do serviço público (BRASIL, 2006).

Tais deliberações faziam emergir dentro de algumas instituições públicas, a necessidade de se pensar os processos de trabalho e sua ligação com o adoecimento de sua força de trabalho, sobretudo naquelas que não se possuíam estrutura interna para tal

acompanhamento, valendo-se apenas das ações de perícia médica de órgãos como a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

No âmbito da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), medidas nesta perspectiva já vinham ocorrendo. A preocupação com o tema já postulavam ações institucionais, das quais merecem destaque a criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH) em 1985, que vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), vem atuando de alguma forma na melhoria das condições de trabalho de seus funcionários. Outro importante passo foi a criação do Programa FIOCRUZ Saudável (1990), cujo objetivo reflete a preocupação com a promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida numa visão ampla, colegiada e multidisciplinar, prevendo a construção de ações integradas, delineadas em conformidade com as características específicas de cada Unidade que formam seu complexo universo. Já em 1996 foi criada a Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST), vinculada a Diretoria de Recursos Humanos (DIREH), responsável pelo programa de promoção, prevenção, assistência à saúde dos trabalhadores da FIOCRUZ e pelo desenvolvimento de atividades de educação em saúde da instituição (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004).

Entre tais ações estratégicas, a FIOCRUZ define alguns programas especiais, tais como vigilância a saúde dos trabalhadores, avaliações periódicas, intervenções colegiadas a partir da integração entre as ações do plano de assistência prestado pelo FIOSAÚDE (assistência médica da FIOCRUZ), com as ações de vigilância organizados pelos Núcleos de Saúde do Trabalhador (NUST) da sede. Em 2002, é inaugurado o Núcleo de Informação de Saúde do Trabalhador (NIST), como importante passo para reunir as estatísticas existentes sobre saúde dos servidores da FIOCRUZ a fim de disponibilizá-las para a formulação de estratégias de prevenção e promoção (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004).

Para Machado (2004), construir um espaço de trabalho que proporcione qualidade de vida, tornando a FIOCRUZ numa instituição de saúde com saúde, configura-se como tarefa complexa, por existirem situações específicas em cada Unidade que compõe o Campus da FIOCRUZ, assim como também, suas bases regionais.

Importante salientar que vários são os desafios de por todas as proposições em prática, dentre elas a de vencer os próprios limites geográficos da própria Fundação, ou seja, fazer com que as ações consigam chegar até as unidades técnico-científicas localizadas fora do Rio de Janeiro.

Este sentimento foi levado em conta para inserir o FIOPREV na concepção e instauração de processo de migração e implementação dos Núcleos de Saúde do Trabalhador

(NUST) nas unidades regionais da FIOCRUZ, uma vez que possuía escritórios em cada Centro de Pesquisa fora do Rio de Janeiro, bem como poderia dinamizar ações, podendo realizar as contratações de pessoal, compra de material e insumos, promover campanhas, etc., com maior facilidade, por tratar-se de uma empresa privada. Naquela ocasião o CPqAM apresentava melhores condições físicas e estruturais para implantar o piloto desta regionalização.

Nesse contexto, o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), unidade técnico científica da FIOCRUZ em Recife, inaugurou em 2005 o Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUST-CPqAM, cujo objetivo seria o de implementar ações capazes de assegurar o bem estar funcional de sua força de trabalho, em conformidade com os desafios do programa FIOCRUZ Saudável, cumprindo a missão de desenvolver ações de identificação, prevenção e intervenção de situações de riscos.

Conforme pode ser verificados nos anexos 1 e 2, observa-se que nos últimos anos o CPqAM cresceu de forma expressiva, tanto na sua área física, que praticamente triplicou com projeto de expansão, quanto na força de trabalho vem sendo ampliada, a fim de suprir a novas demandas operacionais e técnicas. A projeção positiva do centro aliada a sua política de desenvolvimento tem atraído novos investimentos em tecnologia de equipamentos, conhecimento e gestão, e conseqüentemente, ampliada à complexidade do *modus operandi* do cotidiano desta força de trabalho.

Ante a convergência de pensamentos no tocante a necessidade de se produzir medidas de acompanhamento e controle, e meios para a promoção e prevenção para a saúde do trabalhador, o Serviços de Recursos Humanos do CPqAM, juntamente com o FIOPREV (Caixa de Assistência dos Servidores da FIOCRUZ), tomando como base as macrodiretrizes extraídas do Projeto FIOCRUZ Saudável, estabeleceram as linhas mestras de um Plano Piloto do referido Núcleo, definindo papéis e propósitos a serem alcançados a partir de sua implantação.

O interesse pelo tema foi resultado da observação da premente necessidade de lançar um olhar sobre as questões relacionadas a saúde do trabalhador dentro do CPqAM, uma vez que os riscos relacionados as condições de trabalho não são ainda devidamente reconhecidos e mapeados, bem como não estão estabelecidas as condições suficientes para o seu monitoramento e controle.

Das experiências vivenciadas desde sua implantação, seja nos aspectos positivos, seja em seus desafios, identificava-se a necessidade de construir indicadores capazes de caracterizar, monitorar, intervir, garantir a qualidade de vida e a força de trabalho do CPqAM.

A escuta sistemática de queixas relacionadas a processos de adoecimento, onde o sujeito aponta o trabalho e as relações de trabalho como fator preponderante para o comprometimento de seu bem estar tem sido uma constante. Concomitante a isto, atualmente não existe um sistema regulatório ou um programa específico, que depure tais queixas mensurando-as através de indicadores que possa reverter-se em ações visando subsidiar de promoção da saúde.

Passados cinco anos desde sua implementação, julgou-se necessário avaliar o papel do NUST-CPqAM, seu posicionamento institucional, suas ações e suas contribuições no tocante à promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores do Centro, bem como seu papel no imaginário coletivo desta força de trabalho.

Diante destes fatos, suscitamos a idéia de trabalhar com a identificação e controle dos riscos ocupacionais no CPqAM como manifesta preocupação em interagir junto à produção de conhecimento acerca do tema saúde do trabalhador e transpô-lo a luz da comunidade do centro, daquilo que pode vir a ser incorporado como práxis individual para garantia do bem estar físico e mental da força de trabalho. Num segundo momento, espera-se produzir o pensamento sistêmico de conduta que produzam e façam produzir o bem estar da comunidade a que se insere.

Portanto, espera-se amparar o centro com subsídios para a consolidação de uma política de gestão das questões relacionadas ao processo de adoecimento dos servidores, colaboradores e terceirizados, assegurando o bem estar coletivo e proteger o CPqAM de sanções relacionadas às questões de adoecimento dessa população em qualquer instância. Pretende-se estimular a reflexão a cerca do tema e estimular a produção do pensamento sistêmico e sinérgico para a formação para uma nova cultura de trabalho.

Cabe ressaltar que, em última instância, pretende-se a partir das reflexões oriundas deste projeto, estimular o permanente debate na formulação de políticas de saúde do trabalhador capaz de contemplar as especificidades do setor público.

Nesse sentido esse estudo foi construído a partir das seguintes perguntas condutoras: *Como tem sido o processo de implementação e organização das ações de saúde do trabalhador no âmbito do NUST-CPqAM? Qual a percepção dos trabalhadores do CPqAM sobre o papel e campo de atuação do NUST-CPqAM?*

Pressupõe-se que embora o processo de implementação e organização das ações de saúde do trabalhador pelo NUST-CPqAM tenha sido concebido numa confluência de pensamento institucional, envolvendo atores-chaves, ainda há necessidade de pactuar o campo de atuação, definir papéis, construir estratégias e deflagrar programas, que promovam a saúde

dos trabalhadores desta instituição. Outra questão diz respeito a percepção dos usuários acerca do NUST-CPqAM, pressupondo-se que estes não apresentam muita clareza em relação ao seu papel e campo de atuação.

2 MARCO TEÓRICO

No capítulo a seguir, iremos discorrer sobre alguns pontos indispensáveis para a compreensão do campo da saúde do trabalhador e suas interfaces sistêmicas.

2.1 Relação Saúde-Doença-Trabalho na Contemporaneidade

A Revolução Industrial configura-se como ponto fundamental para compreensão das relações de trabalho do homem moderno, pelas significativas transformações geradas a partir das relações do homem com seu labor. Caracterizando-se por uma imensa transformação social, determinada pelo uso da máquina como meio de alavancagem da produção, tal revolução levou os trabalhadores a submeterem-se a extensas jornadas de trabalho em condições bastante precárias, sendo vitimados por acidentes de trabalho, submissão ao trabalho insalubre e perigoso (OLIVEIRA, 2001).

Quatro importantes fases caracterizam os ciclos tecnológicos da revolução industrial. Pernambuco (2007) infere que após a invenção do motor a vapor pode-se classificar a evolução do trabalho em quatro fases distintas: a primeira, de 1774 a 1890, conhecida como Revolução Industrial; a segunda, de 1890 a 1930, marcada pela Introdução da Administração; a terceira, de 1930 a 1973, cujo marco é a Organização do trabalho Fordista e, finalmente, de 1973 até os dias atuais, o Pós Fordismo.

Reflexo de cada fase é o fato de que o trabalhador foi sendo deslocado de forma gradativa, para realizar atividades, de manuais para braçais, e destas, para as com exigência de conhecimento e raciocínio.

Descrevendo a luta dos trabalhadores pela sobrevivência no século XIX, Dejourns, analisa as fases descritas anteriormente da seguinte forma:

Salvar o corpo de acidentes, prevenir doenças profissionais e as intoxicações por produtos industriais, assegurar aos trabalhadores cuidados e tratamentos convenientes, dos quais se beneficiavam até então, sobretudo as classes abastadas, esse é o eixo em torno do qual se desenvolvem as lutas na frente pela saúde (DEJOURS, 1993, p. 18).

Na contemporaneidade a contraditória relação entre capital e trabalho emerge, com os trabalhadores submetidos a jornadas de trabalho exaustivas, trabalho infantil, alta taxa de morbidade e mortalidade com baixíssimos salários. Destas dificuldades onde eram visíveis de um lado, a exploração do trabalhador e de outro, situações de conflitos entre estes e a classe

patronal, surgem as organização da classe operária, que paulatinamente foram introduzindo demandas quanto a preservação da saúde dos operários (OLIVEIRA; TENÓRIO, 2003).

No atual cenário, há uma conjuntura de rápidas transformações em que a economia global realiza trocas de informações de caráter cultural ou de capital, em prazos quase que instantâneos, auxiliada pelos modernos sistemas de informações. Principalmente nas grandes organizações do ocidente, vive-se um período em que constantes processos de mudanças são reflexos de diferentes fatores e da forma como interagem os atores sociais frente a essas mudanças. A Revolução Industrial desencadeou esses processos de mudanças ao cimentar o trabalho baseado em um lugar e dentro de um tempo. À medida que as empresas foram crescendo, cresciam-lhes também as necessidades, imprimindo-lhes um ritmo e nova forma de observar o mundo do trabalho.

Segundo Rocha (2002), a preocupação com a qualidade de vida e ambiente saudável no trabalho configura-se como condição de sobrevivência e garantia da competência organizacional na atualidade. Entretanto, as questões relacionadas à doença e trabalho são tão vastas quanto antigas. Desde a antiguidade, cujas referências vão de Hipócrates (460-375 a.C.) em seu Ares, Água e Lugares, à Plínio, o Velho (23-79 d.C.) - De Histórias Naturallis. (MENDES, 2003).

Reconhecendo as transformações pelas quais o capital e suas organizações vêm passando desde o último século, é impossível não reconhecer que o trabalhador contemporâneo, sujeito às transformações de métodos operativos, cultura organizacional e paradigmas, sofra de processos de adoecimento igualmente complexos.

Para Chiavenato (1996), a medida que o mundo se torna mais interligado e os negócios se tornam mais complexos e dinâmicos, a organização se torna cada vez mais de natureza sistêmica e não estática, conseqüentemente o trabalho passa a ter variáveis muito mais interdependentes e o processo de adoecimento também.

Assim, padrões de adoecimento no trabalho podem guardar especificidades, segundo a natureza de seus processos e a forma de vinculação dos trabalhadores no mercado.

Como ilustração tome-se o caso dos trabalhadores regidos pela previdência social geral, ou seja, pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e o trabalhadores do serviço público do executivo federal. Entre estes dois grupos, há especificidades quando observados o perfil de adoecimento e acidentes.

Os trabalhadores públicos do executivo federal se acidentam 44% menos; adoecem em função do trabalho 9,5% vezes mais; e acidentam-se no percurso (casa/trabalho) 4,2% vezes mais. O índice de ausências por causas não ocupacionais do servidor público é de 20%, em

média; e 66% deles têm relato de estresse ou cansaço em função do trabalho. Além disso, o índice de servidores que trabalham em ambientes considerados insalubres chega a 90,5%, ressaltou que em 2004, a taxa de aposentadorias por invalidez atingiu 27% quando para o trabalhador regido pela previdência geral foi de 16% (GOVERNO..., 2005).

Talvez parte da explicação para esses números resida no fato de que, só recentemente, a preocupação com a saúde do trabalhador do serviço federal passou a ser introduzida na agenda da gestão pública. Embora, respaldado quanto ao sistema de proteção social, estes trabalhadores não vivenciaram no interior de suas organizações práticas de intervenção na saúde do trabalhador, e muito menos, da prevenção e promoção.

Na esfera das empresas regidas pela CLT, ações desta natureza foram contempladas com a ampliação do Capítulo V, título II" da referida lei, onde se estabelecem as exigências de cuidados com a saúde e a segurança no trabalho para os trabalhadores vinculados a este tipo de contratação (MENDES; DIAS, 1991).

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, reúne a legislação referente à organização sindical, previdência social, proteção ao trabalhador e justiça do trabalho, permanecendo como a base da legislação trabalhista até hoje. Em relação à saúde, somente em 1978, o Capítulo V da CLT vai dispor sobre as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, as quais são constantemente modificadas e atualizadas conforme os tensionamentos entre os diferentes saberes dessa área e as conseqüentes possibilidades políticas, porém os servidores públicos não são incluídos na legislação de saúde e segurança do trabalho, na medida em que são normas voltadas aos trabalhadores celetistas. (CARNEIRO, 2006).

Sob essa nova estrutura, surge a base do sistema brasileiro de atenção à saúde dos trabalhadores, com caráter eminentemente privado, ligado ao capital e ancorado na rede enunciativa da Medicina do Trabalho (RAMMINGER; NARDI. 2007).

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição a partir da Constituição Federal de 1988 que, ao mencionar a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde. Seguindo essa definição, a Lei Federal 8.080/1990 estabelece que a Saúde do Trabalhador é área de atuação do Sistema Único de Saúde, e não mais atribuição exclusiva do Ministério do Trabalho e Emprego ou do Ministério da Previdência Social (CARNEIRO, 2006).

Assim, formular uma política de saúde do trabalhador significa, portanto, contemplar essa ampla gama de condicionantes da saúde e da doença. Especificamente para o setor público de saúde, do âmbito municipal ao federal, é premente a necessidade de consolidar

ações de saúde do trabalhador que abrangem da vigilância à assistência em seu sentido amplo (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Apesar da compreensão ampla deste campo, é apenas em 2006, com o decreto lei 5.961/2006, que é instituído, no Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP).

O SISOSP foi concebido como um projeto piloto com vistas a dar especificidade as questões relacionadas aos servidores públicos civis federais, entretanto, tal legislação aponta para o reconhecimento de que, embora inconcebível do ponto de vista conceitual sobre saúde-doença-trabalho, há distinção entre o reconhecimento do direito de proteção dos agravos de saúde oriundos do trabalho, entre trabalhadores da iniciativa privada e do setor público, ao menos aos olhos das Leis Trabalhistas vigentes. As ações em saúde do trabalhador para o setor público centram-se nas questões relacionadas a Perícias Médicas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2007).

Em decorrência de mudanças gerenciais na Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor COGSS/SRH/MPOG, no período entre 2006 e 2007, houve uma desmobilização no processo de implantação do SISOSP.

Em 2009 o Governo Federal mediante o Decreto Lei 6833/09, que institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, com a finalidade de uniformizar procedimentos administrativo-sanitários na área de gestão de recursos humanos e promover a saúde ocupacional do serviço público (BRASIL, 2009).

De acordo com o Art. 2º deste Decreto Lei,

O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009).

O SIASS surgiu da evolução ao SISOSP e contempla uma política sustentada e fundamentada na gestão com base em informação epidemiológica, em interrelação entre os eixos de vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde.

Vale ressaltar que importante passo para a instituição do SIASS foi o fortalecimento do compromisso de se construir e implantar uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, mais tarde denominada PASS.

Considerando-se a diversidade de produtos e natureza das organizações públicas, pressupõem-se os grandes dilemas e desafios a construção e fortalecimento deste elemento fundamental de qualquer política de recursos humanos.

A FIOCRUZ serve de ilustração, enquanto organização pública com múltiplas inserções no processo de produção do conhecimento e produtos. Nela há processos produtivos bastante diversificados, e ao mesmo tempo, vínculos empregatícios heterogêneos e mecanismos de acompanhamento da força de trabalho não uniformes.

Ao alterar a organização do trabalho, novas patologias surgem ou aumentam (GREGGIO; 2009). Com frequência, as doenças originárias do trabalho são percebidas em estágios avançados, muitas delas, por apresentarem sintomas comuns a outras patologias, não são tratáveis com a devida especificidade na sua fase inicial, nem atreladas à condição de trabalho como agente causador, impedindo ou camuflando o agente causador desse agravo, bem como facultando com que este se prolongue.

A saúde do trabalhador defronta-se com questões emergentes, que impelem a definição de novos objetos de estudos, contemplando demandas explícitas e implícitas dos trabalhadores (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997). Arena de freqüente conflitos e entendimentos entre empresas-organizações; trabalhadores; instituições e forças representativas.

Na compreensão de Mendes e Dias (1991), à medida em que a organização do trabalho amplia sua importância na relação trabalho/saúde, requerem-se novas estratégias para a modificação de condições de trabalho, que "atropelem" a Saúde Ocupacional até então trabalhando na lógica "ambiental". Ou seja, ver além da relação causal doença-ambiente do trabalho o real campo da saúde do trabalhador.

Assim, o indispensável debate entre saúde e bem estar no trabalho deve ter seu lugar preservado, ultrapassando os limites da visão gerencialista, tão bem conduzidos pelos Programas de Saúde Ocupacional, que dão conta do processo de vigilância e adoecimento, que apesar de estabelecer conexões entre atores, sujeitos e contexto, só produzirão leituras numa perspectiva mais ampla, se somados a outros processos e/ou programas.

As imposições de mercado induzem a uma reestruturação de produtos e processos produtivos, influenciando a forma de trabalho bem como o reconhecimento desta realidade introduz a necessidade de repensar políticas de saúde do trabalhador e seus condicionantes capazes de extrapolar os limites da Medicina do Trabalho e Medicina Ocupacional para firmar-se no campo da Saúde do Trabalhador.

A esse respeito, Dejours (1992, p.139) traduz tamanho anseio ao escrever que:

A liberdade não se dá, dizem, ela se conquista. O mesmo acontece com relação à organização do trabalho. É provável que não exista solução ideal e que, aqui como em tudo o mais, seja sobretudo a evolução portadora da esperança. Considerando o

lugar dedicado ao trabalho na existência, a questão é saber que tipo de homens a sociedade fabrica através da organização do trabalho. Entretanto, o problema não é absolutamente, criar novos homens, mas encontrar soluções que permitam por fim à desestruturação de um certo número deles no trabalho.

Mosquera (2004, p.6) realça tal reflexão afirmando que

Vivemos um momento histórico que ele denomina de revolução das expectativas crescentes. Esta revolução se deixa notar em que as classes trabalhadoras tem avançado progressivamente no campo econômico e social. Inicialmente os 'operários' na sua promoção, concentravam suas ações reivindicando direitos de natureza política assim como de participação nos bens da cultura. Atualmente, a exigência está em não serem tratados arbitrariamente como objetos que carecem de razão e liberdade, senão, sujeitos, e especialmente pessoas, que estão construindo um novo mundo.

Minayo-Gomes e Tredim-Costa (1997) apontam para a um novo entendimento do processo saúde-doença advindo da incorporação das ciências sociais e de novos conhecimentos no campo da saúde coletiva, que por sua vez contribuíram para a ruptura com conceitos hegemônicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, que não apresentavam as articulações interdependentes entre dimensões sociais e histórica do trabalho, processo saúde-doença e ambiente.

Emerge a visão mais complexa para representar o processo saúde-doença-trabalho, com propósito de romper com a relação causa-efeito, doença-agente, destacando-se também que o ambiente não mais visto como o espaço da realização do trabalho ou tarefa, mas dimensão componente e indissociável para a interpretação do Campo da Saúde do Trabalhador.

Para Augusto (2003), ambiente não deve ser entendido como mera externalidade ou invólucro que contém e o trabalhador é aquilo que está contido neste; mas deve-se conceber ambiente como espaço de interações. A autora ainda destaca que no âmbito do Sistema Único de Saúde, amplia-se a compreensão de que há um ambiente maior e relacional, em que as ações de prevenção e promoção da saúde devem ser implementadas levando-se em consideração o ambiente onde as pessoas vivem e trabalham.

As contribuições aqui apresentadas buscam apresentar e suscitar a compreensão do processo saúde-doença, com vistas a demonstrar os aspectos relativos à sua complexidade e sua transdisciplinalidade, na perspectiva de aglutinar conceitos e contextos em prol de uma prática heterodoxa e construtivista.

2.2 O Campo da Saúde do Trabalhador

O campo da saúde do trabalhador é novo no contexto brasileiro, e vivenciado de forma bem específica na América Latina (SANTOS,2001). É resultante de um processo evolutivo sobre as questões saúde e trabalho referentes ao mundo do trabalho, que se iniciou após a revolução industrial, através da medicina do trabalho, passando pela saúde ocupacional. Ela busca investigar as questões alusivas ao mundo do trabalho por uma compreensão e contribuição de diversas ciências e disciplinas, tais como: sociais, econômicas, políticas, biológicas, engenharias, fisiologia, psicologia, epidemiologia etc. a fim de possibilitar a expressão de todo um sistema complexo e dinâmico, que compreende o trabalho.

Importante contribuição sobre o conceito da Saúde do Trabalhador foi dado por Machado e Porto (2003), em artigo publicado na revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, onde caracteriza-se bem a dimensão da temática, correlacionando-a com questões relacionadas com a Promoção da Saúde e sua intersectorialidade. Conceituam o Campo da Saúde do Trabalhador assim como da Saúde Ambiental, caracterizado-os por uma vasta gama de instituições, setores governamentais e atores sociais envolvidos.

Outra relevante conceituação é dada por Lacaz (2007), cujo artigo discute pressupostos teórico-operacionais do campo Saúde do Trabalhador e os formulados pela Saúde Ocupacional. Refere-se às categorias teórico-conceituais que sustentam ambas as abordagens, visando a demonstrar as diferentes matrizes que as embasam e suas diferenças epistêmicas, considerando as formulações de Foucault relativas à Arqueologia. Para esse autor:

Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais (LACAZ, 2007, p.760).

Trata-se, segundo Minayo-Gomes (1997), de um campo em ebulição, cujo saber desenvolve-se emergentemente a partir do distanciamento das concepções causais simplistas, da visão hegemônica do entendimento da saúde-doença nos coletivos.

Ainda segundo este autor, considera-se, então, que o confronto entre o discurso da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, poderá suscitar verdades e emergências na formação do Campo da Saúde do Trabalhador, consolidando-a de forma discursiva e extradiscursiva, bem como amplia-se o enfoque, na busca de instrumental que privilegie

medidas de prevenção e que, ao incorporar o conhecimento dos trabalhadores, potencialize lutas pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde (MINAYO-GOMES, 1997),

Logo, a Saúde do Trabalhador é concebida como campo de prática articuladora de ações voltadas para o controle de atividades, agravos e riscos, tendo por referência a relação entre processo de trabalho e doença e têm o trabalhador em seu cerne, como protagonista social, englobando diversos níveis de intervenção (MACHADO, 1996).

Tais distinções ressoam nesta pesquisa como pilares fundamentais para a construção, análise e avaliação das hipóteses aqui postas em discussão. Não só pela dimensão e profundidade concernente ao conceito, mas também pela necessidade de estabelecer a leitura mais adequada dos achados e proposições resultantes desta pesquisa. Assim, oportuno referenciar alguns conceitos sobre o tema, a fim de promover breve leitura sobre a trajetória da saúde do trabalhador.

2.3 Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador: Distinções pertinentes.

Para Minayo-Gomes (1997), os avanços científicos da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, que passavam a questionar as abordagens funcionalistas de intervenções provenientes dos modelos reducionistas e hegemônicas da medicina do trabalho, contribuíram para a ampliação do quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho.

A configuração do campo Saúde do Trabalhador constitui-se por três vetores: a produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública e o movimento dos trabalhadores, particularmente a partir dos 1980. Lacaz (2007), cuja dinâmica entre estas três esferas dialéticas, amplia-se o enfoque, na busca de instrumental que privilegie medidas de prevenção e que, ao incorporar o conhecimento dos trabalhadores, potencialize lutas pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde (LACAZ, 2007).

Pressupõe que nele [campo da saúde] estão presentes, de forma latente ou explícita, as contradições que marcam as relações entre capital-trabalho e que permeiam as concepções, relações de força, monopólios, estratégias e práticas dos profissionais com atribuições e compromissos diferenciados na área.

Diante disto, apresenta-se a seguir três momentos-modelos da relação saúde-trabalho-doença, onde poderão ser observadas suas distinções e características em cada enfoque. Para tanto, será utilizada como base, a revisão sobre a evolução dos conceitos e práticas sobre o

tema, publicada na Revista de Saúde Pública em 1991 por Mendes e Dias, intitulada Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador.

2.3.1 Medicina do Trabalho

A Medicina do Trabalho surgiu na Inglaterra, contemporizando-se com a Revolução Industrial e constituiu fundamentalmente uma atividade médica, tendo como "locus" de sua prática os espaços de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Fundamentou-se na adaptação física e mental dos trabalhadores ao espaço de trabalho, buscando devidas alocações funcionais e aptidões pertinentes ao operário e sua condição para o trabalho e limitando-se a intervenção médica, seleção de mão de obra e tentativa de adaptação dos trabalhadores às condições de trabalho.

Ainda segundo os mesmos autores, atribui-se à medicina do trabalho a tarefa de "contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores", conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica e mental dos trabalhadores. (MENDES E DIAS, 1991, p.342).

A Recomendação 112 da Organização Internacional do Trabalho, de 1959 constitui-se primeiro instrumento normativo de âmbito internacional e que passou a servir de referencial paradigmático para, dentre outras coisas, o estabelecimento de aspectos que incluem a sua definição, os métodos de aplicação da Recomendação, a organização dos Serviços, suas funções, pessoal e instalações, e meios de ação, segundo a qual, "a expressão 'serviço de medicina do trabalho' designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue. (MENDE; DIAS, 1991).

Ainda segundo Minayo-Gomes e Thedin-Costa (1997, p.23), a Medicina do Trabalho,

centrada na figura do médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida.

Como pode ser observado, nesta concepção, há uma visão estruturalista, mecanicista e capitalista onde os trabalhadores são concebidos como capital variável e agente econômico. O

chão de fábrica é o lugar crucial da experiência operária e o adoecer está intrinsecamente ligado a fadiga corpórea, que deverá ser plenamente restabelecida.

Conforme Mendes e Dias (1991, p. 342), é da Medicina Preventiva que emergem bases para enunciação da Saúde Ocupacional pela OIT/OMS, ao usar termos como prevenção, proteção, riscos, adaptação, visando a intervir na saúde dos trabalhadores. E, o paradigma da causalidade dos agravos à saúde dá-se pela precedência das condições de trabalho

2.3.2 *Saúde Ocupacional*

A Saúde Ocupacional surge como um reflexo da impotência da Medicina do Trabalho de resolver os problemas de saúde causados pelos processos de produção. No Brasil, a saúde ocupacional começou a ganhar importância na década de 1970 quando o país estava se industrializando. Época de transição onde a indústria atuava sem muitas regras esclarecidas e os operários eram expostos a muitas situações perigo e

O conceito de processo de trabalho foi elaborado originalmente para interpretar o trabalho produtivo industrial. Sua utilização foi particularmente oportuna para o estudo da fábrica taylorista-fordista. A concepção de Saúde do Trabalhador, da mesma forma que as de Medicina do Trabalho e de Saúde Ocupacional, carrega as marcas de origem e do contexto de hegemonia da sociedade industrial (MINAYO-GOMES; THEDIN-COSTA, 1997, p. 23).

Corroborando com este pensamento Mendes e Dias (1991), afirmam que a Saúde Ocupacional surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais e ênfase na higiene "industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados. Caracterizava-se como estratégia de intervenção nos locais de trabalho e com finalidade de controlar riscos ambientais, ressaltando que o reconhecimento de um vínculo causal entre os riscos dos ambientes de trabalho e as doenças foi o passo fundamental no desenvolvimento da prática da Higiene Industrial.

A OMS (1996, 2008), estabelece que os Serviços de Saúde Ocupacional devem voltar-se para a promoção de condições laborais que garantam o mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, promovendo o bem-estar físico, mental e social, prevenindo e controlando os acidentes e as doenças através da redução das condições de risco. Entretanto, Minayo-Gomes e Lacaz (2005) chamam atenção para a “necessidade de se ultrapassar as concepções e práticas hegemônicas da Medicina do

Trabalho e Saúde Ocupacional [...] que formulam articulações simplificadas entre razões de causa e efeito ao ato de adoecer”.

Com este entendimento, compreendemos que a Saúde Ocupacional volta-se para a saúde no espaço de trabalho, configurando-se quase como um ramo da saúde ambiental, com vistas a intervenção nos locais de trabalho e visando controlar riscos ambientais eminentes (ruidos, calor, uso de equipamentos de segurança, etc.) e suas implicações na e para a saúde do trabalhador. Tais autores defendem que merece destaque a visão de que a saúde ocupacional é um tema importante para os governos, por sua vocação normativa e papel de inspetoria periódica através de programas específicos.

A racionalidade "científica" da atuação multiprofissional e a estratégia de *intervir* nos locais de trabalho, com a finalidade de *controlar os riscos ambientais*, refletem a influência das escolas de saúde pública. Assim, de um lado a saúde ocupacional passa a ser considerada como um ramo da saúde ambiental e de outro, desenvolvem-se fortes unidades de higiene "industrial", através de "grants" e contratos de serviços com grandes empresas (MENDES; DIAS, 1991).

A legislação brasileira sobre questões trabalhistas, expressa-se na regulamentação do Capítulo V da CLT, e principalmente nas normas regulamentadoras relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (atual Norma Regulamentadora 4 da Portaria 3214/78); na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de "limites de tolerância" (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras.

A Saúde Ocupacional

avança numa proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005. p. 799)

Embora a Medicina Ocupacional surja como uma respostas aos questionamentos sobre a eficiência da Medicina do Trabalho, com características de atuação com equipe multiprofissional para intervir nos locais de trabalho e controlar os riscos ambientais e com vistas a ampliar o foco de atuação numa perspectiva mais universal a cerca dos trabalhadores, esta também não consegue atingir o seu objetivo, principalmente porque acabe de certa maneira, atuando em favor da necessidade da produção, do não adoecimento dos trabalhadores e em resposta a questões mais legalistas que sociais.

Pensamento corroborada por Minayo-Gomes (apud LACAZ, 2007, p. 762), ao afirmar que essa realidade

reflete a discussão internacional reveladora da falência dos serviços médicos de empresa como modelo hegemônico e baseado na Saúde Ocupacional. [Entre] as razões que explicam tal falência, [...] sua pouca credibilidade junto aos trabalhadores pela prática constante de não revelar resultados de exame; de manipular informações de saúde; de contribuir para a demissão dos não hígidos; de atuar no controle da força de trabalho. Na realidade brasileira, alia-se sua baixa cobertura porque, legalmente, são obrigatórios apenas nas maiores empresas.

2.3.3 Saúde do Trabalhador

A abordagem em Saúde do Trabalhador busca restaurar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores, tais como mal-estares, incômodos, desgastes, para além dos acidentes e doenças.

Mendes e Dias (1991), expressam o pensamento de que a insuficiência do modelo da saúde ocupacional não constitui fenômeno pontual e isolado. Antes, foi e continua sendo um *processo* que, embora guarde uma certa *especificidade* do campo das relações entre trabalho e saúde, tem sua origem e desenvolvimento determinados por cenários políticos e sociais mais amplos e complexos.

A saúde dos trabalhadores emerge de uma nova compreensão do contexto social brasileiro, influenciado por questões políticas, modelo de estado e movimentos sociais, de onde emergiram novos projetos e agendas em torno de políticas públicas para saúde e para saúde do trabalhador. Tais questões manifesta-se no âmago da construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores (MINAYO-GOMES; THEDIN-COSTA, 1997).

O conceito de “saúde do trabalhador” surgiu em meados para o fim do século XX (décadas de 60,70 e 80) para preencher uma lacuna que havia na “saúde ocupacional”. Não apenas as condições de trabalho, mas os múltiplos fatores, independentemente de suas origens, que alteram a saúde do trabalhador e de sua família se tornam objeto de preocupação e análise. Em resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

Desse intenso processo social de mudança, ocorrido no mundo ocidental fizeram com que alguns aspectos no âmbito das relações trabalho x saúde, dessem conformação a saúde do trabalhador. A preconização de abordagens que supere a visão da Saúde Ocupacional rumo à Saúde do Trabalhador, parte de uma tendência que coloca a saúde como *direito* e é debate no cenário internacional (LACAZ, 2007).

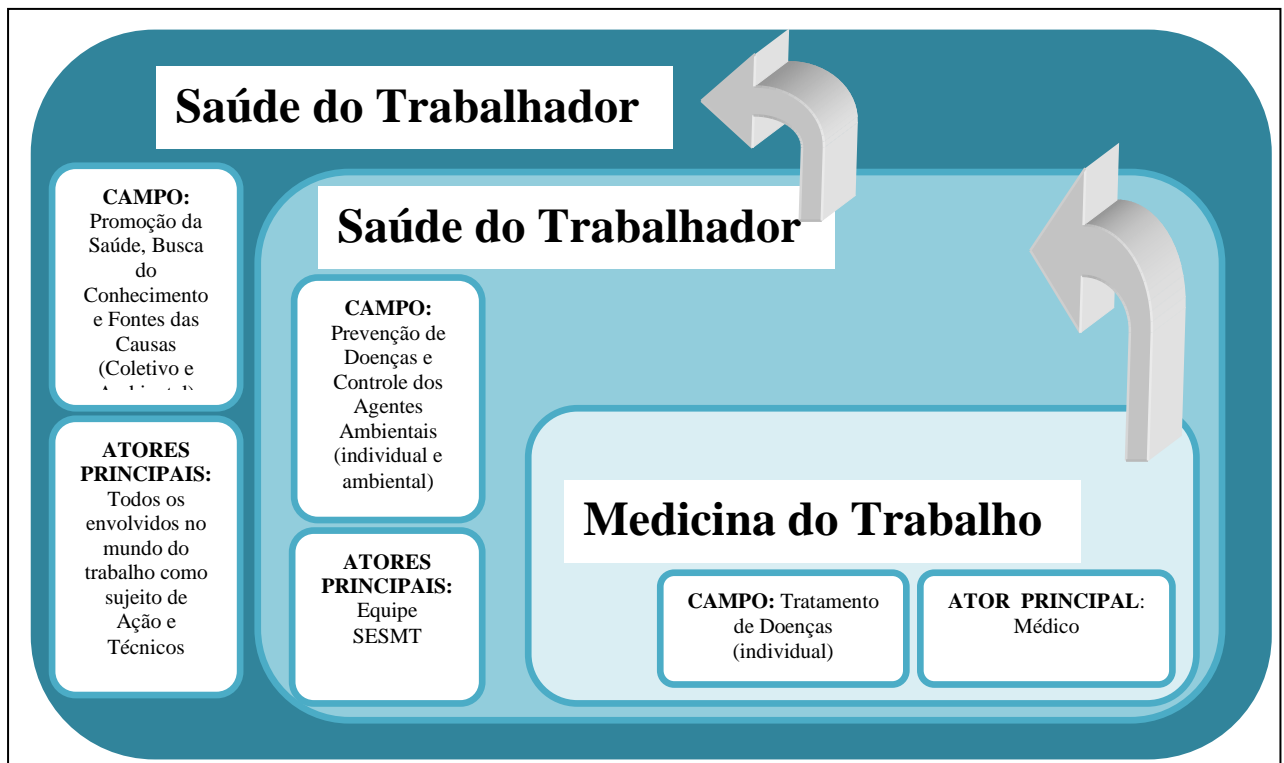
Como característica básica desta nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço da *saúde pública*. O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho e representa um esforço de compreensão deste processo e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

No período de transição democrática, que caracterizou as décadas de 70, 80 e 90, intensas comoções sociais e política, marcaram as lutas dos trabalhadores. Neste período, ocorreu o nascimento da saúde do trabalhador. No momento, a política neoliberal visa a privatização e modificações para o sistema previdenciário, do seguro acidente, das aposentadorias especiais e de assistência a saúde da sociedade brasileira, que aprofundam os problemas do mundo do trabalho, pelas terceirizações, demissões e fragilidade dos ambientes de trabalho precarizando as condições de trabalho.

No campo da Saúde do Trabalhador o enfoque é sobre o trabalhador no sentido coletivo, buscando-se o conhecimento sobre o processo de trabalho, sua organização e o modo de vida com o olhar voltado para a qualidade de vida e de saúde dos trabalhadores no seu ambiente de trabalho. É um campo que apresenta muitos desafios e problemáticas a vencer. Na década de 80, ocorreu um marco histórico para o setor saúde, que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, marco este em que também ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, onde foram a princípio elaborados textos com o diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores, baseados nas contribuições das pré Conferências Estaduais de Saúde dos Trabalhadores realizadas durante o ano de 86, e que davam destaque para as especificidades regionais e locais, contemplando suas questões de forma abrangente (BRASIL, 1994).

O quadro a seguir, apresenta uma visão sintética da trajetória descrita nas sessões anteriores e auxilia na compreensão dos modelos de atuação em torno da saúde do trabalhador.

Quadro 1- Principais Características e Enfoques da Relação Saúde-Trabalho



Fonte: Elaborado pelo Autor

2.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

O campo da vigilância em saúde iniciou-se no país no início do século passado, através de organização das ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e programas de saúde pública.

Durante a década de 1990, diversos Estados e municípios incluíram agravos à saúde do trabalhador em portarias que atualizaram sua relação de agravos de notificação compulsória (FACCHINI, 2006).

Segundo Machado (1997), a implantação de ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas a partir do setor saúde no país é recente. Esse processo é desencadeado por grupos institucionais localizados em vários pontos do Brasil e resulta em uma gama de experiências distintas, voltadas para esse tema. Dispõe ainda que essa concepção não está ainda incorporada em seu sentido amplo, dados sua fragmentação e o pequeno grau de articulação existente entre os componentes diretamente envolvidos nessa relação.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe, um conjunto de práticas sanitárias, vinculadas à vigilância em saúde como um todo, devendo estar articulada às ações da atenção

básica, da atenção especializada e hospitalar, às práticas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, bem como às práticas de programas específicos ou estruturantes como saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, do idoso, saúde mental, redução da violência, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família (AYRES; NOBRE, 2000).

Machado (1997) destaca o fato de que equiparar a vigilância em saúde ou vigilância em saúde do trabalhador (em sua forma ampla) às concepções restritas de vigilância da saúde (monitoramento de doenças) ou vigilância médica (atendimento aos agravos) e a de vigilância epidemiológica (notificações), é mais do que configurar questões semânticas, pelas conseqüências importantes na definição das competências institucionais relativas à possibilidade de incorporação de ações de intervenção nos ambientes de trabalho. A vigilância em saúde do trabalhador tem objetivo definido como a relação da saúde como processo de trabalho e sua ação enfatiza a relação interinstitucional e o processo participativo (MACHADO, 2011)

Tal reflexão visa transpor barreiras epistemológicas, assim como também intervir na configuração de uma rede interinstitucional e transdisciplinar, capaz de agir transversal, inter e intra-setorialmente, a fim de resignificar o arcabouço teórico sobre o campo da saúde do trabalhador, articulando-o harmonicamente sem incorrer na prevalência de um ou outro viés tecnicista (MACHADO, 1997).

Ao contextualizar as questões conceituais do campo da saúde do trabalhador e verificar a esfera da vigilância, cabe indagar a existência de instrumento capaz de agregar os conceitos epistemológicos e conferir justiça no momento de prover ações de vigilâncias que não se firmem em um único olhar e possa vencer os vieses citados por Machado (1997).

Como resposta, encontramos a proposição de um modelo gerencial da *Organization for Economic Co-operational na Development* (OECD), defendido pela OMS, conforme descreve Augusto (2003, p. 184) esse modelo:

Apresenta a vantagem de possibilitar a identificação, em cada nível, das condições e dos fatores de riscos envolvidos no problema de saúde ambiental, e indicar ações para cada nível verificado. Assim o problema não será visto apenas no nível do efeito, mas na sua totalidade, permitindo não só efetivar ações na causa imediata (exposição), conforme a tradição da Saúde Pública. O modelo da OMS coloca em evidência toda a causalidade e possibilita o gerenciamento em todos os níveis de intervenção.

Esta Matriz de Dados ou Matriz de Indicadores, a qual refere a autora, representa um instrumento validado de análise e aborda um conjunto de indicadores hierarquizados, caracterizados conforme quadro abaixo:

Quadro 2 – Matriz de Dados OMS

CATEGORIA	REPRESENTAÇÃO
FORÇA MOTRIZ	Atividades humanas coletivas, organizadas na sociedade, que imprimem processos e padrões ao desenvolvimento
PRESSÃO	Apontam diretamente para causas de problemas
SITUAÇÕES	Indicam condição atual do ambiente podem servir de primeiro diagnóstico situacional
EXPOSIÇÃO	Considerados para situações em que a população está envolvida em alguma condição de risco
EFEITO	Demonstrar os efeitos resultantes da exposição aos riscos ambientais
AÇÃO	Os indicadores de ação servem para apontar medidas para cada nível acima descrito

Fonte: Augusto (2003)

Outro instrumento para refletir o campo da vigilância em saúde do trabalhador e o processo de saúde-doença também numa perspectiva mais abrangente é proposto por Machado (2000). Para ele, contextualizar as situações de risco técnico com as relações de trabalho e com as formas de resistências e desgastes da saúde do trabalhador deve ser objetivo basilar de todos os processos de vigilância em saúde do trabalhador. Propõe a visualização do processo de vigilância através da formação de Rede de Vigilância, de forma análoga a uma célula, com seu núcleo central (trabalhadores e ambientes), subdividido em dois hemisférios (patronatos e trabalhadores), sendo este núcleo o ponto central para todas as ações de vigilância em saúde do trabalhador. Representa o espaço de intervenção individual e coletiva. Já na camada denominada membrana, operam-se as ações dos serviços de segurança e saúde dos trabalhadores. Ao nível das demais camadas, localizam-se os órgãos do poder executivo; segmentos estratégicos estruturante (formador e reproduzidor do conhecimento); elementos estratégicos na construção de redes (Fóruns de acordos, Câmaras Técnicas, etc.) chegando até a última camada celular, denominada Senso Comum, sendo esta a camada mais externa e representando a instância do senso comum e do discurso social.

O modelo proposto por este autor visa permitir a visualização do contexto da ação institucional de vigilância em saúde do trabalhador relacionadas as contradições do processo

de trabalho, bem como a forma como se organizam o Estado e a sociedade para dar conta dos desafios da reprodução social e da sustentabilidade dos modelos de desenvolvimento adotados (MACHADO, 2005).

Faccine (2006) defende utilização de mapas de representação dos riscos ocupacionais, por exemplo, foi um importante avanço da legislação trabalhista brasileira em favor da estruturação de planos de prevenção dos danos à saúde e alega que a informação em saúde é produto e ao mesmo tempo insumo essencial para os sistemas de vigilância em saúde. Sem informações completas e confiáveis é difícil avaliar a realidade e tomar a dos trabalhadores (FACCINE, 2006, p. 52)

A questão de se definir um modelo ideal para ancorar a Vigilância em Saúde do Trabalhador tema na arena de debates, onde se discute componentes estruturantes, impactos e estratégias (MACHADO et al., 2011). Seus entraves estão relacionados a incorporação dos componentes participativos e da integração intersetorial que ampliariam os impactos das ações de vigilância nos determinantes sociais da saúde. Logo, um sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador efetivo, precisa não só identificar as relações entre atividades produtivas e seus riscos, mas dialogar com as mudanças nos processos de trabalho e intervir nas conseqüências disto no adoecimento do trabalhador (FACCINE, 2006).

Por outro lado, torna-se importante que os modelos vigentes, ainda que com falhas e passivos a críticas, sejam incorporados e possam instrumentalizar (a partir do que se tem e do que se é), um sistema de informações em saúde do trabalhador que colete, analise e interprete sistematicamente dados sobre as condições de saúde e de trabalho dos trabalhadores brasileiros (FACCHINI, 2006).

2.5 A Saúde do Trabalhador-Servidor Público: A persistente dicotomia entre os avanços conceituais e as práticas higienistas

Desde a publicação do capítulo V da CLT em 1977 e das diversas Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego, dentre estas a NR 07 (que trata da realização dos exames médicos periódicos), revisada em 1994, impera no Brasil a opção legal pela abordagem individualista das condições de trabalho, da clinica medica, da medicina ocupacional ou da medicina do trabalho, tentada pelo viés mercantil, preocupada com a emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), apto ou não apto, sobre os ossos,

os músculos, os nervos, exames laboratoriais, estatura, força, cor, sexo, idade (OLIVEIRA, 2005).

Essa opção legal encontra lastros na prática regente da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, cujas limitações busca-se ultrapassar.

Partindo de uma visão mais crítica, Domingues (2005), contextualiza de forma controversa, em particular o caso do trabalhador-servidor público, defendendo que processo saúde doença dos servidores públicos não teve alteração nos últimos 400 anos, a não ser pela incorporação de novos ofícios e conseqüentemente de novas patologias (doenças) no âmbito do serviço público fazendo apologia ao transcrito de Bernardino Ramazzini, quando em sua publicação “De Morbis Artificum Diatriba”, de 1700 aponta o que segue:

Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento de mão; e terceira, atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos e outras operações aritméticas. Conhecem-se facilmente as doenças acarretadas pela sedentariedade: obstrução das vísceras, como fígado e baço, indigestões do estomago, torpor nas pernas, demora no refluxo do sangue e mau estado de saúde. ... A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel ocasiona não leve dano que se comunica a todo o braço, devido à constante tensão tônica dos músculos e tendões, e com o andar do tempo diminui o vigor da mão (RAMAZZINI apud DOMINGUES, 2005, p. 54).

Tal reflexão faz inferir que o campo da saúde do trabalhador ligado a esfera pública parece ser objeto de intervenção tão particularizada que poucas inferências ao termo Trabalhador como sinônimo também de Servidor Público (e vice-versa) são localizadas nas bibliografias pesquisadas.

Entretanto, os avanços no campo da saúde do trabalhador vêm desenhando novos contornos, e assim como o Sistema Único de Saúde - SUS, ainda se traduz como um processo de *ato continuum* em franco acontecer.

A Saúde do Trabalhador traz a particularidade de ser uma área que institui práticas potencialmente transformadoras, que perseguem a integralidade da atenção à saúde buscando a superação da dicotomia existente entre assistência individual e coletiva, entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, entre ações preventivas e curativas. Além disso, traz em sua trajetória a busca da participação e do controle social por parte dos trabalhadores e suas organizações. Na realidade, é uma área que se instaura desde o início a partir da mobilização e luta dos trabalhadores pela saúde no trabalho. O exercício da intersetorialidade é também uma característica fundamental de práticas efetivas em Saúde do Trabalhador (AYRES; NOBRE, 1998, p1).

Com o objetivo de incluir de forma efetiva o trabalhador do serviço público federal na política de saúde do trabalhador, o Governo por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, está promovendo o

reordenamento jurídico e a estruturação operacional de um sistema nacional de saúde integral do servidor público, abarcando a saúde ocupacional (incluindo perícia, readaptação e reabilitação e vigilância dos ambientes de trabalho), saúde suplementar, e previdência, conjugados com uma política de benefícios ao servidor.

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais (média de 22,9 milhões em 2002). O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores (BRASIL, 2005).

Em contrapartida, para cada 1.000 servidores públicos civis federais, 26 se afastaram do serviço por mais de 3 dias, e quantos destes afastamentos tiveram por causa o trabalho, é desconhecido. As *Ler/Dorts* (a diminuição do vigor da mão citado por Ramazzini) respondem por cerca de 17,8% dos afastamentos, os casos de depressão e de saúde mental superam a marca dos 5% dos afastamentos (BRASIL, 2005).

Verifica-se a existência de campos dicotômicos entre o campo de intervenção da saúde do trabalhador e da saúde do servidor, onde a literatura engloba ambos num mesmo conceito no momento em que reconhece a campo da saúde do trabalhador, entretanto apenas o trabalhador “celetista” é alvo de programas sistemáticos de vigilância da saúde e os números não revelam a verdadeira condição de adoecimento e sua correlação com o trabalho para aqueles vinculados ao serviço público.

2.6 FIOCRUZ Saudável: Proposições para o campo da saúde do trabalhador da FIOCRUZ

Conceitualmente o Projeto FIOCRUZ Saudável fundamenta-se em reflexões acerca dos pressupostos de qualidade de vida e conforto ambiental, que integram hoje o conceito de saúde (MINAYO et al., 1998). Integrador de novos paradigmas, o projeto procura a interação saúde-ambiente-criatividade, conforme segue:

[...] a dimensão ambiental associando a natureza a uma expressão de criatividade, atividade, diversidade e interrelação de todos os seres em contraponto ao conceito cartesiano que concebe a natureza como inerte, passiva, fragmentada dentro de si mesma, separada do ser humano e pronta a ser explorada por ele (MINAYO et al., 1998, p.152).

Transcender o conceito habitual de ambiente, incorporando novas dimensões teóricas e da práxis é ponto central do projeto, e, visa não apenas a implantação de um campo de

conhecimentos promotor de mudanças de comportamento e atitudes, mas também, uma prática que desperte mudanças nas percepções e aprendizado do indivíduo com relação a si e ao ambiente (MINAYO et al.,1998).

Toda organização é uma construção das pessoas que a compõem e que, com seu trabalho, desempenham um papel fundamental no alcance dos objetivos organizacionais. Os trabalhadores da FIOCRUZ, como todos os seres humanos, têm ‘problemas’ – pessoais e profissionais – que influenciam e afetam diretamente o resultado de seu trabalho (BUSS, 2004, p.7).

Para Buss (2004, p.7), “a FIOCRUZ têm uma série de estruturas de gestão que só tem sentido na medida em que sejam capazes de dar respostas positivas aos problemas de ordem pessoal e/ou profissional”.

Saber quem são as pessoas que trabalham na FIOCRUZ, em que condições essas pessoas trabalham e o que tem sido feito na busca de soluções para os problemas enfrentados pelo setor é um desafio, pois o universo do trabalho na Fundação, complexo por natureza, sofre também inúmeras imposições geradas pela conjuntura econômica e política do Brasil e do mundo (BUSS, 2004). Sendo assim, a FIOCRUZ tem buscado em suas ações estratégicas dá importância ao aprimoramento técnico e profissional da força de trabalho da instituição.

A Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST), ligada a Diretoria de Recursos Humanos – DIREH, é o órgão da Presidência, cujo projeto de promoção, prevenção e atenção à saúde dos trabalhadores estão em implantação.

O Projeto FIOCRUZ Saudável foi construído tendo em vista a proposta de OMS de que todas as pessoas e organizações tornem-se conscientes de suas responsabilidades em relação a saúde e ao ambiente. Seu objetivo é a promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida de sua força de trabalho (BUSS, 2004). Para Minayo (1998), tal projeto está “fundamentado em reflexões acerca dos pressupostos de qualidade de vida e conforto ambiental que integram o conceito de saúde. È um projeto amplo e vai além das necessidades legais de saúde do trabalhador”.

Este projeto figura o processo de implantação de uma nova política institucional de gestão do trabalho, cujo foco está na importância dos trabalhadores na e para a FIOCRUZ. Pauta-se pela transversalidade de suas ações, integrando diversas unidades, órgãos executores e unidades técnico-científicas.

Importante passo foi dado com a criação do NIST, em 2002, nas perspectiva de reunir estatísticas existentes sobre saúde dos servidores da FIOCRUZ, disponibilizando-as para o aproveitamento em ações de prevenção e ampliando a oferta de serviços de promoção à saúde.

Entre seus objetivos estão a promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes, detecção precoce de agravos à saúde e a assistência aos casos relacionados às condições de trabalho.

2.7 FIOSAÚDE: Papel e Interface com o Programa FIOCRUZ Saudável

A concepção de um sistema interno voltado para articular as ações de saúde do trabalhador foi concretizado em assembléia interna da FIOCRUZ em 2003 e levado a termo pelas gestões institucionais da FIOCRUZ e FIOPREV. Assim o Sistema Integral de Saúde do Trabalhador (SIST), representou o resultado da parceria entre esses dois atores.

O Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social (FIOPREV) é uma entidade fechada de previdência privada, criada em 1985, para suplementar os benefícios concedidos pela Previdência Social aos servidores da FIOCRUZ e integra o grupo de órgãos executores voltados para implementar ações de promoção da saúde do trabalhador, na perspectiva de buscar uma melhor e maior articulação entre os diversos atores envolvidos com o tema em pauta. Atua com o nome de FIOPREV, que o designa como Empresa e fundo de pensão, que por sua vez possui um produto denominado FIOSAÚDE (plano de assistência médica suplementar – modalidade autogestão em saúde). Nesta pesquisa, as expressões **FIOPREV** serão destinadas a designação do Instituto Oswaldo Cruz enquanto empresa, enquanto que **FIOSAÚDE** designará o plano de saúde ofertado aos servidores da FIOCRUZ.

O FIOPREV assume importante papel na interface com o Programa FIOCRUZ Saudável, abrigando em suas instalações o Núcleo de Informações sobre Saúde do Trabalhador (NIST), núcleo este constituído de profissionais da saúde, que instalou-se na sede do FIOPREV e teria como foco de trabalho o garimpo de informações epidemiológicas do estado de adoecimento dos associados do FIOSAÚDE através das faturas médicas-hospitalares. De posse destas informações alimentariam um robusto sistema de informações sobre saúde denominado Rede de Informações em Saúde, Trabalho e Ambiente (Rista), que apresentaria estatísticas existentes sobre saúde dos servidores e gerariam informações capazes de serem transformadas em ações de prevenção e promoção da saúde.

Além desta ação, outro passo foi sua vinculação com o FIOCRUZ Saudável com vistas a desenvolver atividades de colaboração e cooperação em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A Policlínica FIOSAÚDE configura-se como um bom exemplo, uma vez que esta nasce da preocupação com o sofrimento mental pelo qual passam os Servidores da Instituição, e também como medida de intervenção nos casos de suicídios identificados. A

Policlínica nasce com foco inicial na atenção à campo da Saúde Mental dos Servidores e depois se expande em outras especialidades médicas.

Tal interface foi exaltada por Buss, na ocasião da inauguração do núcleo, destacando a importância de ações que unem o FIOPREV e os grupos de saúde do trabalhador da FIOCRUZ, não só pela função Previdenciária e de Assistência Médica, mas como pela de cruzamento de informações e programas especiais oriundo destes dois pilares de atuação do Instituto (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p.72).

A participação do FIOPREV estava vinculada a uma visão estratégica de sua Diretoria, de buscar informações epidemiológicas dos usuários do FIOSAÚDE, numa perspectiva de munir-se de outras bases de informações gerenciais até então inexistente, visto que a aproximação com o campo da saúde do trabalhador se mostrava neste sentido, oportuna.

Mudanças significativas, como saída da coordenação na CST/FIOCRUZ; dificuldades de operações e financiamentos de programas específicos pelo FIOPREV; além de mudanças no cenário das Agências Regulatórias do Governo, obrigaram o FIOPREV a suspender concessão de novos benefícios e algumas atividades deste fundo, e, por conseguinte, colocava o FIOPREV numa situação de desvincular suas funções de ofertar assistência médica e suplementação previdenciária dentro de um mesmo Instituto e sujeito a um único Estatuto. Tais mudanças produziram a força necessária para que finalmente o Instituto Oswaldo Cruz atuasse exclusivamente com as questões ligadas a previdência e seus benefícios originais e específicos, através do FIOPREV, enquanto que o campo da assistência médica e ações de promoção da saúde ligadas a este fim fossem desenvolvidos por uma empresa cujo objeto seja exclusivamente este. Assim, em 2011 foi inaugurada a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz, que assume o FIOSAÚDE e passa a oferecer o plano de assistência médica-hospitalar aos servidores e dotado caráter específico no campo da saúde e sua promoção, poderá dar continuidade aos projetos não avançados por impedimentos limitados pelos instrumentos regulatórios ou pela indefinição explícita de sua interface com ações de promoção, além da assistência curativa.

Alguns fatores contribuíram para a fragilização dos laços de interfaces entre o FIOPREV e o FIOCRUZ Saudável, dentre estes, os impedimentos estatutários do FIOSAÚDE atuar em ações que estivessem além do seu papel de garantia e custeio da assistência médica-hospitalar, somando-se ao fato de que este benefício, se dá por associação livre dos servidores, logo, é custeado por aqueles que por adesão o financiam e cuja oferta dos serviços devem estar voltados para este grupo especificamente.

Em 2011 foi inaugurada a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz, que passa a priorizar neste momento a reestruturação do FIOSAÚDE e sua regulamentação junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), focando-se exclusivamente no plano de recuperação financeira deste plano. Ficou determinado o afastamento do FIOSAÚDE da Coordenação do NUST-CPqAM e o projeto-piloto idealizado em 2004 passou a não mais contar com esse braço em seu desenvolvimento.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o processo de implementação e organização das ações NUST-CPqAM no período de 2007-2010 a partir da percepção da força de trabalho do CPqAM sobre o papel desempenhado pelo mesmo.

3.2 Específicos

- a) Caracterizar o processo de construção e implementação do NUST-CPqAM;
- b) Descrever o perfil da demanda de atendimentos realizados 2007 a 2010;
- c) Identificar a percepção da força de trabalho do CPqAM sobre o NUST-CPqAM.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para Minayo (2009), metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos da operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, capacidade pessoal e sensibilidade).

Para realização deste estudo, adotamos a Estudo de Caso como caminho metodológico, uma vez que esta estratégia consiste na utilização de um ou mais métodos quantitativos de recolha de informação e não segue uma linha rígida de investigação. Também se caracteriza por descrever um evento ou caso de uma forma longitudinal, podendo ser exploratórios, descritivos, ou explanatórios (YIN, 1993). O investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de recolha diversificados: observações diretas e indiretas, entrevistas, questionários, narrativas, registros de áudio e vídeo, diários, cartas, documentos, entre outros (COUTINHO; CHAVES, 2002).

Utilizou-se como estratégia metodológica o estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa almeja um aprofundamento maior da realidade, caminhando para um universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que permitem alcançar os aspectos particulares expressos nas falas das mulheres entrevistadas, importantes para o alcance dos objetivos deste estudo.

A pesquisa exploratória é entendida por Marconi e Lakatos (2006) como um tipo de pesquisa cujo objetivo é a formulação de questões com três finalidades: desenvolver proposições, aumentar a familiaridade da autoria do estudo com o fenômeno para possível realização de uma pesquisa futura mais precisa, e por outro lado, modificar e clarear conceitos.

Considerando tais aspectos, optou-se pelo desenvolvimento da pesquisa seguindo a triangulação de métodos, com abordagem qualitativa e quantitativa, na perspectiva de produzir respostas capazes de traduzir os fenômenos e processos relacionados com o objeto de estudo e sua interação com o espaço que se insere.

4.1 Desenho do Estudo

Para realização desta pesquisa, optou-se pelo de estudo de caso, com base em abordagens qualitativas e quantitativas, com triangulação de métodos de coletas de dados

obtidos a partir de documentos, fichas de atendimentos clínicos e mapas de produção mensal oriundos do banco de dados do NUST-CPqAM, aplicação de entrevistas guiadas com informantes-chaves e abordagem observacional.

A pesquisa foi dividida em duas fases distintas, onde foram desenvolvidas atividades de coleta e interação com o objeto de estudo através de dados secundários (fase I) e dados primários (fase II), sempre numa dinâmica de buscar de respostas aos objetivos propostos da pesquisa.

a) Fase I

Para responder ao objetivo específico 1 de ‘Caracterizar o processo de construção e implementação do NUST-CPqAM’:

- foram utilizados documentos de formulação do projeto de implementação do NUST-CPqAM, que encontram-se disponíveis no próprio setor, buscando caracterizar o contexto institucional da época; os principais atores envolvidos; o processo de concepção-implementação e o conteúdo da proposta. Foram pesquisados Atos da Direção do CPqAM, Relatórios Anuais de Atividades do CPqAM e da FIOCRUZ, dos anos de 2001 a 2010, bem como, realizada entrevista com a Coordenadora do SRH da época.

Para responder o objetivo específico 2 de ‘Descrever o perfil da demanda de atendimentos realizados 2007 a 2010’:

- realizou-se coletas de dados a partir das fichas de atendimento e mapas de produção mensal de todos os atendimentos realizados no período de 2007 a 2010 (frequência direta), verificando-se as variáveis: sexo, idade, tipo de vínculo, frequência de uso e diagnóstico referido da demanda. Além disto, a observação direta também auxiliou nesta fase.

b) Fase II

Para responder ao objetivo específico 3 de ‘Identificar a percepção da força de trabalho do CPqAM sobre o NUST-CPqAM’:

- foram realizadas entrevistas semi-estruturadas por um roteiro de perguntas aplicadas a sujeitos chaves da Instituição (apêndice A), cuja amostra intencional foi composta por sujeitos que ocupam cargos e/ou funções de Representação Coletiva dentro do CPqAM, sejam estas de Direção, Coordenação, Chefia ou Sindical, classificados como Usuários Atendidos e Não-atendidos, no NUST no período do estudo, além de terceirizados.

O número estimado de sujeitos para compôs a população do estudo foi de 15 participantes. Tais entrevistas foram gravadas com autorização do participante e após

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice B) e transcrita posteriormente.

4.2 População do Estudo

FASE I (dados secundários) – todas as fichas de trabalhadores atendidos no NUST no período estudado.

FASE II (dados primários) – 15 sujeitos escolhidos de forma intencional e aleatória (conforme descrito anteriormente).

4.3 Critério de Inclusão e Exclusão da Amostra

Foram incluídas todas as fichas dos trabalhadores atendidos no NUST no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010, de onde foram extraídas as informações quanto às variáveis já anunciadas anteriormente. No caso das entrevistas, estas foram realizadas com os sujeitos que concordaram em participar do estudo, em hora e local previamente agendados e tiveram duração média de 30 minutos cada uma.

Não fizeram parte da amostra (entrevistas), alunos, fornecedores, terceirizados temporários, familiares e visitantes que por ventura vieram a ser atendidos pelos profissionais do NUST no período estudado.

4.4 Plano de Análise

O plano de análise foi dividido em três modalidades.

4.4.1 Análise Documental

Segundo Gil (2002), a pesquisa documental é realizada por meio de documentos ou outros tipos de registros de qualquer natureza e difere da bibliográfica por este material ainda não ter recebido um tratamento analítico, e poder ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

Assim, informativos já disponíveis, tais como jornais, revistas especializadas, periódicos, dissertações, teses, publicações e documentos da própria empresa são considerados fontes secundárias de dados para pesquisa (GIL, 2002), de modo que seu uso se

configura como técnica de coleta de dados para posterior análise, alicerçando o pesquisador em sua pesquisa.

Inicialmente foi realizada uma leitura dos Atos da Direção dos anos de 2004 a 2006, para identificar a existência da nomeação dos atores envolvidos na ação de Implantação e Implementação do NUST no CPqAM. Depois foram analisados os Relatórios de Atividades Anuais das Instituições Aggeu Magalhães e FIOCRUZ para verificar as citações sobre o NUST e de que forma esta expressão aparecia nestes anuais.

4.4.2 Estatística Descritiva

Nesta pesquisa, os dados quantitativos foram extraídos da análise documental das fichas de atendimento realizados pelo NUST-CPqAM no período estudado 2007 a 2010 e se deu através da criação de planilhas de catalogação de dados, dividida por ano, que por sua vez foram transformadas em tabelas e posteriormente em gráficos. Também foram consultados Atos da Direção, memórias de agendas institucionais (reuniões e visitas técnicas) e Relatórios Anual do Centro de Pesquisas e da FIOCRUZ.

Foram levantados todos os casos registrados de atendimentos do NUST-CPqAM e catalogados numa planilha, para posterior tabulação e análise (quadro 3).

Quadro 3 – Instrumento para Coleta de Dados

DADOS PARA ANÁLISE						
ANO REFERÊNCIA: _____						
SEXO		VÍNCULO				
MASC	FEM	SERVIDOR	TERCEIRO	BOLSISTA	ALUNO	OUTROS
FAIXA ETÁRIA						
<18	19 A 39	40 A 49	50 A 59	60 A 69	> 70	-
Nº ATENDIMENTOS			Nº ACIDENTES TRABALHO			
JAN		JUL		JAN		JUL
FEV		AGO		FEV		AGO
MAR		SET		MAR		SET
ABR		OUT		ABR		OUT
MAI		NOV		MAI		NOV
JUN		DEZ		JUN		DEZ
DIAGNÓSTICO						
JAN			JUL			
FEV			AGO			
MAR			SET			
ABR			OUT			
MAI			NOV			
JUN			DEZ			

Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados foram extraídos das seguintes fontes: mapa de atendimento; mapa registro de acidente do trabalho; livro de atendimento e fichas individuais, observando-se o ano da ocorrência dos atendimentos, levando em consideração o período entre 2007 a 2010.

Após esta fase, os dados foram agrupados e tabulados em planilha Excel, para posteriormente serem transformados em tabelas e gráficos apresentando frequências relativas e absolutas.

4.4.3 Entrevistas

Para a realização das entrevistas utilizou-se um roteiro semiestruturado, por se tratar de uma “técnica em que o investigador encontra-se frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 1999, p.117).

Após a transcrição das entrevistas o conteúdo das mesmas foram organizadas e categorizadas segundo agrupamentos de falas repetidas e posteriormente realizadas as análises do discurso, de modo a caracterizar a percepção dos entrevistados sobre o NUST-CPqAM, seu papel e sua eficácia enquanto unidade estratégica de promoção de saúde do trabalhador ou setor de cuidados ambulatoriais.

Cada entrevistado foi identificado com as iniciais referentes a classificação de vínculo: servidor (S) ou terceirizado(T), e se usuário(U) ou não usuário(NU) acrescido de um numeral sequencial entre 01 e 15 como forma de proteção da identidade do sujeito da pesquisa, de modo que as entrevistas serão identificadas com as legendas: SU (servidor/usuário); TU (terceirizado/usuário); SNU (servidor/não-usuário) e TNU(terceirizado/não-usuário).

A classificação de Usuário foi dada aqueles que estiveram no NUST para atendimento eletivo e/ou emergencial, não compulsório, por mais de três vezes ao longo do período estudado. Enquanto que a classificação de Não Usuário foi designada para aqueles nunca foram atendidos pela equipe do NUST ou que estiveram no NUST por demanda compulsória (exame admissional e/ou registro de acidente exclusivamente).

Como técnica de análise de conteúdo, utilizamos a de Condensação de Significados (KVALE, 1996), cuja formulação permite descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, buscando dessa forma se apropriar dos conteúdos explícitos e conhecer outros implícitos para cada resposta dada.

Kvale (1996) propõe neste tipo de análise a construção das formulações a partir das declarações dos entrevistados, conforme quadro 2 a seguir:

Quadro 4 - Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial

QUESTÃO DE PESQUISA	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa	1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível.
2. Idem	2. Idem
3. Idem	3. Idem
Descrição Essencial da questão de pesquisa	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

Os passos para a organização e análise das entrevistas seguiram às orientações fornecidas pelo autor do método escolhido, onde: Primeiramente foi realizada a transcrição e leitura das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo. Em seguida, determinada unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito. Foram verificados os temas centrais relacionados às unidades naturais, buscando-se sempre a correlação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo e por fim, condensadas as descrições essenciais dos temas identificados nas entrevistas.

Para facilitar a compreensão de como cada questão foi categorizada para posterior análise, segue abaixo quadro de categorização/eixo, onde se poderá ser verificado as questões do roteiro semiestruturado (coluna da esquerda) e sua correlação com um eixo central de pensamento (coluna da direita). De posse destas variáveis, pode-se então partir para a tabulação das falas atrelando-as aos categorias/eixos que lhes conferiam um significado, excetuando-se as questões de narrativa livre, que seguiu o curso do discurso apresentado.

Quadro 5 – Categorização de eixos comuns para análise dos dados das entrevistas

QUESTÕES	VARIÁVEL	CATEGORIZAÇÃO
1 a 3	finalidade do NUST / papel real x ideal	assistência pronto atendimento promoção-prevenção
4 a 8	interpretação do processo	transparência-pouco clara adequação-inadequação dinamização-impedimento confusa-oportuna
9 a 11	sondagem	livre
12 e 13	sugestão e crítica	livre

Fonte: Elaborado pelo autor

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, onde deve-se observar princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, prezando pela proteção a vida e integridade dos sujeitos que participarem da mesma.

Desta forma, atestamos que a presente pesquisa se norteou por tais princípios e baseou-se pelas determinações da referida resolução, observando todas as suas determinações.

Esta pesquisa envolveu coleta de dados a partir fontes primárias e secundárias; cuja amostra e critérios de inclusão e exclusão encontram-se descrita em capítulo específico. Cumprindo as deliberações do Capítulo III da Res. 196/96, os participantes foram convidados a participarem da pesquisa de forma voluntária e sua participação se formalizou a partir da assinatura no TCLE.

Os dados coletados foram compilados sem que haja identificação dos participantes e divulgados em forma de gráficos e tabelas;

O mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas CEP-CPqAM, onde recebeu o número de identificação 43-11 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE, nº 0043.0.095.000-11, e teve sua aprovação (anexo D), através do parecer consubstanciado nº 39/2011, tendo-se iniciado só após esta aprovação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sonho que se sonha só...
 é só um sonho que se sonha só.
 Mas sonho que se sonha junto
 é realidade”
 atribuído a Raul Seixas

A organização deste capítulo se dará de forma seqüenciada aos objetivos específicos da pesquisa e será apresentado de forma dialogada entre a análise dos dados e sua discussão.

6.1 Caracterização do Processo de Construção e Implementação do NUST-CPqAM

Como ponto de partida, oportuno frisar que a implantação do NUST-CPqAM se deu através medidas consensuais entre atores Institucionais, ocorrido numa favorável arena de discussões políticas, pelo alinhamento de interesses coletivos à época. O desejo de expandir algumas políticas da FIOCRUZ para os centros regionais fazia parte de uma agenda de interesses e se justificavam por atender demandas já existentes não só pela demandas dos servidores, mas como também, por integrar ações contempladas no Projeto FIOCRUZ Saudável, que por sua vez, fazia parte das macrodiretrizes institucionais da FIOCRUZ como um todo.

De antemão, ressaltamos que o ato de “analisar” o processo de implantação do NUST-CPqAM e sua implantação no Centro de Pesquisa, tem como objetivo descrever, verificar e imprimir um juízo de valor e reformular o que mostrar-se cabível.

O Plano Quadrienal do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães 2001-2005, apontou para a necessidade de se desenvolver programas de modernização administrativa e implantação de novos instrumentos gerenciais, além de suscitar uma nova política de Recursos Humanos visando a dinamização de processos de trabalho e aperfeiçoamento profissional dos funcionários. O relatório anual do CPqAM 2002, apresentou importantes respostas nesta direção, destacando algumas conquistas como resultado do chamado Programa de Desenvolvimento e Gestão Institucional, cujo objetivo era de formar e responder às exigências expressas por meio de um modelo de gestão descentralizada, conseqüente e efetivo (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2003, p. 25)

O Centro de Pesquisas Ageu Magalhães vinha passando, nos últimos anos, por uma significativa ampliação em sua infra-estrutura, partindo de 10.940,78 m² em 2001 para 13.323,29 m², um crescimento de 21,78% em sua área construída. Tais ampliações do espaço

físico do trabalho, também produziam ampliação das relações do e no trabalho entre seus profissionais, e conseqüentemente, novas formas de conflitos e adoecimentos se tornavam presentes. (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2003. p. 25)

Contando com mais 17 novos servidores em 2001, o Centro passou a integrar novas tecnologias humanas, que somaram seus conhecimentos aos desafios propostos para uma nova realidade estrutural e conjuntural e dentre alguns departamentos, o de Administração/SRH passou a contar com a colaboração de uma nova servidora, com formação na área social e experiência em gestão de pessoas e processos, tanto no seguimento privado quanto público, passando a ocupar o lugar de Coordenadora do SRH/CPqAM, ainda em 2001.

O Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães estava em franco processo de crescimento estrutural e Institucional.

Importante registrar que em razão da crise econômica também apontada por alguns especialistas como crise do Estado-Providência, mudanças importantes foram incorporadas nos serviços públicos, afetando significativamente as políticas, os programas, as estruturas e a cultura das organizações estatais, sobretudo nas duas últimas décadas do século XX. (CHANLAT, 2002). Assim, algumas investidas em torno da organização das empresas estatais e a pujança de algumas intervenções gerencialistas, são em alguma medida, reflexos deste cenário

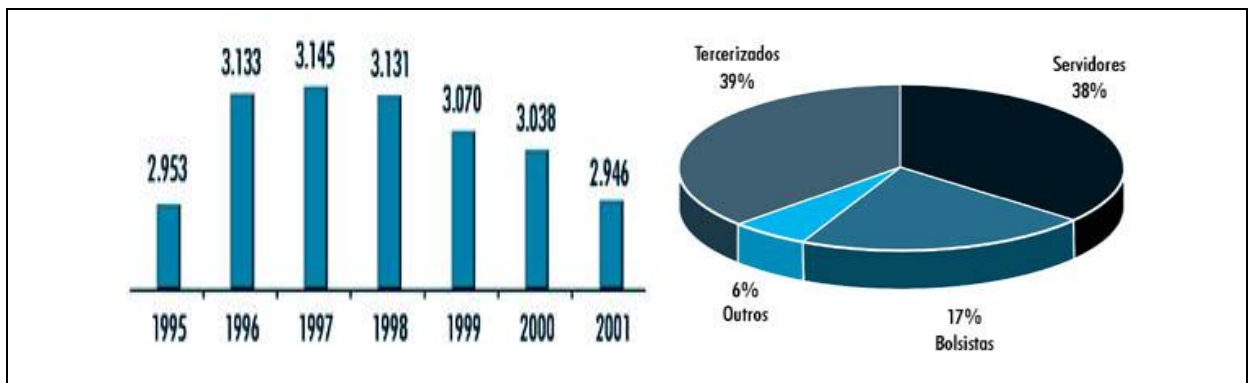
Nessa perspectiva, Frémeaux, (2001) afirma:

que os serviços públicos representam hoje um papel determinante em todos os países industrializados em certo número de setores (Saúde, Educação, Cultura, Serviços Sociais) e, por outro lado, porque o Estado cumpre sempre funções centrais na vida coletiva mesmo no contexto de liberalização que conhecemos hoje.

Também em 2001, o Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social (FIOPREV), entidade fechada de previdência privada, criada em 1985 para suplementar os benefícios concedidos pela Previdência Social e que também oferecia o FIOSAÚDE, como plano de assistência médico de autogestão para os servidores FIOCRUZ. O FIOSAÚDE vinha ao longo dos anos buscando alternativas para equacionar os gastos crescentes com a assistência médica, que por esta e outras razões, passou por uma reestruturação administrativa, modificando seu corpo Diretivo, que o assumia com o desafio de: readequar as políticas assistenciais do plano de saúde, dentro de uma lógica de prevenção e promoção da saúde e não apenas da recuperação dos agravos.

No cenário da FIOCRUZ, ao final de 2001, em seu relatório anual de atividades, o então Presidente da Instituição, Dr. Paulo Buss, apresentou o Programa de Desenvolvimento e Gestão Institucional englobando um conjunto de atividades como suporte para execução de outros programas institucionais. Neste contexto o Plano Quadrienal, emerge para responder aos desafios futuros da FIOCRUZ ao mesmo tempo em que expunha uma preocupação com a progressiva diminuição do quadro de servidores, que naquele ano era de 2.946 profissionais, contra 4.636 de força de trabalho complementar, totalizando 7.582 trabalhadores (figura 1).

Figura 1 - Número da Servidores da FIOCRUZ até 2001



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2002)

Esses números podem ser melhor visualizados na tabela 1.

Tabela 1 - Força de Trabalho Quantidade 2000 e 2001

FORÇA DE TRABALHO VÍNCULO	PERÍODO	
	ANO	
	2000	2001
Servidores	3.038	2.946
Bolsistas*	1.261	1.262
Requisitados**	25	21
Comissionados***	75	59
Temporários****	170	356
Terceirizados*****	2.480	2.938
Total Força de Trabalho	7.049	7.582
- Efetivos	3.038 (43%)	2.946 (39%)
- Complementares	4.011 (57%)	4.636 (61%)

Fonte: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2002

A preocupação apresentada por Buss (2001), com a inversão da pirâmide da força de trabalho, no que se refere ao tipo de vínculo, apontado neste relatório, é discutida por Rodrigues e Belline (2010), que revelam que precarização das relações de trabalho; a perda de postos e a exigência de polivalência, tem ampliado e agravado o quadro de doenças e riscos de acidentes nos espaços sócio-ocupacionais

Dias (2000 apud RODRIGUES; BELLINE, 2010, p. 347), corroborando com mesma preocupação infere que,

[...] a combinação das inovações tecnológicas com os novos métodos gerenciais: automação, microeletrônica, informatização, robotização, modernização das plantas industriais, renovação dos equipamentos, redefinição organizacional da empresa e novas técnicas de gestão, gerou uma intensificação do trabalho, que se traduziu em uma série de agravos à saúde: envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento e morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, especialmente as LER/DORT, além de um conjunto de sintomas na esfera psíquica.

Assim, por mais paradoxal que possa parecer, é notório que a expressão do desenvolvimento do progresso técnico e científico no campo do trabalhador, caminha em descompasso com os avanços em termos de qualidade de vida dos trabalhadores em sua grande maioria. Entretanto, as ações existentes na direção destes ajustes, devem ser alvo de permanentes investidas.

Em 2002, o Conselho Deliberativo da FIOCRUZ aprova o Programa FIOCRUZ Saudável, com papel de articular Saúde do Trabalhador, Gestão Ambiental e de Riscos, tomando-se o Instituto Fernandes Figueira inicialmente como foco de atuação, bem como gestão de resíduos sólidos em parceria com a CTBio, coleta seletiva e programa de reciclagem. Neste ano foram realizadas palestras sobre ergonomia, saúde mental e acidente do trabalho, bem como realizadas atividades físicas e orientações fisioterapêuticas.

Foi neste ano, que a Coordenação de Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ, buscou o Centro de Pesquisa para apresentar algumas diretrizes já pactuadas pelo FIOCRUZ Saudável, dentre elas, estabelecer grande interface com os centros regionais, para que fossem realizadas ações em paridade com as ocorridas no Rio de Janeiro, encontrando ambiente favorável para tal investida, pois já havia uma articulação entre o SRH e o escritório regional do FIOPREV no centro de pesquisa, que discutiam na época a criação de programas especiais para alavancar as ações de Recursos Humanos e que promovesse melhoria da qualidade de vida.

Para desenvolver atividades de pesquisa e ensino, com o alto nível de qualidade necessário, a comunidade do CPqAM precisou de melhorias nas condições de trabalho e a administração da instituição, por meio de um amplo conjunto de medidas gerenciais, buscou

prover o centro com espaço físico ampliado e moderno, equipado com novas tecnologias a compatibilizando essa necessidade com as prioridades institucionais.

Foi neste contexto institucional, marcado pelo crescimento de infraestrutura, aumento do parque tecnológico e redução do quadro de efetivos, convergência de interesses institucionais e pactuação de novos desafios, que a Coordenação de Recursos Humanos e o FIOPREV Recife conseguiram dar os primeiros passos para o Projeto de Estruturação do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST) do CPqAM, proposta contida no Programa FIOCRUZ Saudável, cuja implantação era um dos objetivos daquela administração, como descrito no Relatório Anual do CPqAM de 2002.

Havia uma malha de oportunidades que se estendia intra e inter FIOCRUZ, razão pela qual, houve ainda em 2002, uma agenda entre diretores para demarcar o campo de interesses e referendar os atores envolvidos nesta empreitada. Assim, firmou-se o pacto pela ratificação do projeto apresentado em mesa de negociação, momento em que estiveram presentes, representante da Direção e do Serviço de Recursos Humanos do CPqAM; representantes da Diretoria do FIOPREV/FIOSAÚDE e representantes da Coordenação da Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ. Após este encontro sucederam-se trocas de informações a cerca de instituição do espaço físico, obra, contratação de recursos humanos e fontes pagadoras desta fase do processo de implantação.

Verificamos até aqui, que era consensual a interpretação da realidade vivenciada pelas instituições no que se refere aos antagonismos do crescimento e complexificação do trabalho e espaço de trabalho, bem como dos impactos disto no processo de saúde doença dos trabalhadores, sejam eles “celetistas” ou servidores públicos. Havia um nítido e explícito reconhecimento da necessidade de se comprometer com ações que expressassem a preocupação com o bem estar da força de trabalho, bem como, de se concretizar proposições que pudessem intervir no campo da saúde do trabalhador de forma abrangente.

Oportuno apresentar ressalva sobre o termo servidor público, pois isto passa a caracterizar e modificar o campo de responsabilização sobre os sujeitos envolvidos nas políticas voltadas para este fim.

Di Pietro (2007) define servidor público como:

[...] aquele que ocupa cargos públicos, e pode compreender três grupos distintos:
a) servidores estatutários, titulares de cargos públicos submetidos em lei a regulamentos estabelecidos por cada unidade da federação; b) os empregados públicos subordinados as normas da CLT e ocupantes de empregos públicos e c) os servidores temporários contratados para executarem funções por prazos determinados.

Essa distinção cabe oportuna reflexão, pois delimita os campos de ação e intervenção da Instituição pública sobre seus comandados. Aqui estão implícitas também as questões relativas a estabilidades, forma de contratação, previdência social, remuneração e oportunidades de carreiras, dentre outros fatores. Também afeta significativamente a forma gerencial de como serão conduzidas as ações institucionalizadas e para quem elas serão aplicadas.

Sendo o CPqAM uma instituição é bastante heterogênea em relação aos vínculos empregatícios e isso faz diferença quando se analisa a questão da utilização (demanda) dos serviços do NUST e as razões que levam essa demanda a procurá-lo. Tanto Servidores quanto Terceirizados e Bolsistas, procuram o NUST como espaço de Pronto Atendimento. Nas questões da Saúde Ocupacional, apenas os Terceirizados possuem um sistema de monitoria, enquanto que os Servidores e Bolsistas não.

Dejours (2004), refere que todo sofrimento também é inerente ao processo de trabalho e que toda organização do trabalho, é de antemão, desestabilizadora da saúde. Logo, o modelo de como o trabalho e seu espaço está organizado, a forma de gerir esse modelo e a forma de como o processo de gestão exerce influência sobre o ato de trabalhar, podem conferir alterações tanto físicas quanto psíquicas a estes sujeitos.

O ano de 2003, foi o ano em que foram elaboradas as primeiras linhas que deram origem ao projeto piloto (anexo E), que foi submetido à apreciação da Direção do Centro de Pesquisa, do Diretoria do FIOPREV e a Coordenação da Saúde do Trabalhador, para validação. Ressalta-se o fato de que o Nust na sua concepção, não fez distinção entre quais sujeitos seriam alvo de suas ações, privilegiando ou excluindo trabalhadores deste processo, como poderá ser identificado nos objetivos a seguir:

Objetivo Geral do Projeto Piloto :

Implantar um Núcleo de Saúde do Trabalhador no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, orientado pelas Macrodiretrizes do Programa FIOCRUZ Saudável.

Objetivos Específicos do Projeto Piloto :

Integrar profissionais (médico do trabalho, auxiliar de enfermagem e técnico de segurança) para composição de uma equipe de cuidados ao trabalhador com extensão as famílias destes;

Identificar junto a comissão de biossegurança o papel do técnico de segurança, considerando as características do Centro e sua força de trabalho;

Desenvolver atividades de assistência a saúde do trabalhador, além de um programa de atividades que assegurem ações de prevenção e promoção a saúde;

Garantir o atendimento médico a toda a força de trabalho do CPqAM, com extensão aos familiares;

Contribuir para utilização mais adequada da rede de serviços médicos da FIOSAÚDE, através do núcleo de saúde do trabalhador do CPqAM;

Desenvolver instrumentos que assegurem o registro de informações sobre o quadro de morbidade da força de trabalho do CPqAM;

Inserir na rotina do CPqAM, ações de vigilância a saúde do trabalhador (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2003, p. 2.)

Também compunha o Piloto, a definição de competências que se segue:

No Âmbito da FIOCRUZ:

Mantenedora e Provedora dos Recursos, Políticas e Macrodiretrizes.

No Âmbito do FIOPREV:

Pessoa Jurídica para Contratação, Gerenciamento e Coordenação das Atividades/Equipes.

No Âmbito do CPqAM:

Responsável pelo Desdobramento e Acompanhamento das Macrodiretrizes, Receptadora da Aplicação dos Recursos, Concessionária do Espaço Físico (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2003, p. 3.)

Outro elemento importante expresso no Projeto Piloto, tinha como foco a visão sistêmica e o papel do NUST em relação aos agentes envolvidos, onde este funcionaria da seguinte forma:

Em relação à FIOCRUZ, o NUST- CPqAM agiria como um agente local, responsável pela aplicação e cumprimento dos programas institucionais, focados na saúde do trabalhador e FIOCRUZ Saudável. Já em relação ao próprio centro, seria um agente de monitoria e salvaguarda das relações de trabalho e saúde do trabalhador da FIOCRUZ. Para o FIOSAÚDE, ele atuaria como agente responsável pela investigação da saúde ocupacional; prevenção e tratamento. Unidade de Atendimento Clínico Eletivo e Emergencial dos servidores. Unidade de Monitorização de Grupos de Riscos. Por fim, para o Servidor representaria um agente de assessoramento das causas laborais e clínicas, no aspecto de prevenção e promoção da saúde (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2003, p. 7.)

Nesta fase do projeto de criação do NUST, encontramos forte influencia do processo de gerencialismo aplicado às instituições públicas, que segundo Ribeiro (2009), é um movimento que ganhou força no Brasil, com a chamada Reforma do Estado, instituído pelo então Ministro Bresses Pereira, durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso.

Ao mesmo tempo que se verifica uma busca por encontrar um modelo de intervenção para o campo da saúde do trabalhador, também se observa que este vai se submetendo as variáveis do contexto político-administrativo vigente, bem como, vai se deparando com enquadramentos que vão definindo seu contorno e sua abrangência.

Tais enquadramentos são facilmente identificados quando observamos os objetivos elencados no processo de criação. Podemos observar que há uma construção de um espaço de intervenção com olhar na assistência e na monitorização do processo de adoecimento.

Dando continuidade a narrativa do processo de implementação, ocorreu também em 2003 a elaboração de um plano de ação para execução de etapas fundamentais, que foram divididos em quatro etapas e monitorados/acompanhados pela Coordenação do SRH do CPqAM e pelo representante do FIOPREV na unidade em questão. As conclusões de cada fase eram devidamente informadas aos demais atores integrantes da rede.

As deliberações sobre as obras ficaram por conta do FIOPREV, que custearia sua execução e sua infraestrutura, adquirindo os mobiliários e equipamentos necessários para seu funcionamento. O FIOPREV também disponibilizou seu representante regional para atuar como Coordenador do Programa, dividindo as funções com a Coordenação do SRH-CPqAM. Em contrapartida, o FIOPREV se serviria do espaço físico para expandir seu programa de atenção básica e rede própria, denominado Policlínica, cujo campo de atuação voltava-se para atenção básica aos associados do FIOSAÚDE e que se pretendia expandir para os centros regionais.

6.1.1 Estruturação Física e de Pessoal do NUST-CPqAM

O espaço físico (figura 2) para construção do NUST-CPqAM foi concedido pela Direção do Centro e é composto por uma área de cerca de 150m² onde funcionava um depósito temporário para materiais descartados e em desuso da instituição. A Diretoria do Centro dispôs da equipe técnica de arquitetura e infraestrutura para elaborar o projeto de construção e também disponibilizou a Coordenadora do SRH para atuar junto a este projeto, passando o mesmo a fazer parte da cadeia de ações do serviço de recursos humanos. Também ficou responsável pela compra de materiais de insumos como medicamentos para abastecimento do ambulatório médico.

Este foi desenhado numa perspectiva de atender às demandas ambulatoriais do centro, através das ações pertinentes a saúde do trabalhador, assim como também, poder abrigar uma equipe médica contratada para atender as demandas de usuários do FIOSAÚDE no mesmo local. Assim, chegou-se então a uma estrutura composto por: a) Sala do FIOPREV, onde ficaria a administração do plano de saúde e suas atribuições específicas; b) uma sala de recepção; c) um espaço para realização de pequenos curativos e atendimentos ambulatoriais emergenciais; d) um espaço para repouso de pacientes; e) um consultório para saúde do trabalhador; f) um consultório para médicos contratados pelo FIOPREV para atender os pacientes do FIOSAÚDE e g) banheiros e depósito de materiais. Tal figura poderá ser melhor visualizada no anexo C (bloco H).

pleno processo de obras, com algumas indefinições importantes sobre localização dos laboratórios e demais setores, bem como, pela agenda de realização da própria obra. Optou-se por postergar tal contratação, que mais tarde, acabou sendo subtraída pela falta de recursos da fonte pagadora.

Some-se a isto, o fato de que a FIOCRUZ também iniciava um trabalho de desprecarização de sua mão de obra, buscando contratação de novos servidores, assim como também, readequando contratações por meio de projetos e terceirizações. Logo, uma nova contratação foi se tornando cada vez mais entrincheirada neste contexto que se apresentava.

O discurso de prover justiça no processo de desprezarização dos postos de trabalho, juntamente com a dimensão do campo de trabalho do setor responsável pelas questões ligadas ao processo de adoecimento dos trabalhadores da instituição se depara com essa realidade contraditória. Vale ressaltar que os desdobramentos de ações que visam discutir e refletir processos de trabalhos pode trazer repercussões importantes para aqueles que postulam estas atividades, e, uma vez que este trabalhador possui um vínculo terceirizado, suas ações podem sofrer retrações por receio de retaliações e/ou desligamento do seu posto de trabalho.

O processo de implantação do NUST no CPqAM e sua implementação após 2005, ocorreu dentro de um sistema dual de desejos e ações. Ao mesmo em tempo que havia um grupo de pessoas, que vislumbrava a implantação de um espaço voltado para saúde do trabalhador, capaz de atuar e intervir no espaço de trabalho como protagonista do processo de prevenção e promoção da saúde, outro grupo se mostrava cético quanto a sua efetivação e posteriormente, quanto a sua sobrevivência. Havia quem apostasse na sua destituição antes mesmo da inauguração. Um terceiro grupo que apresentava desconfiança a respeito da fonte de custeio para este projeto, que por vincular a pessoa que estava dividindo a coordenação junto ao SRH, se funcionário de um Instituto que provia um Plano de Saúde com dificuldades financeiras.

Diversos foram os focos de enfrentamento até que a consolidação do Projeto fosse adiante, mas o fato de que a força de trabalho não foi consultada na fase de concepção do mesmo produziu ruídos e críticas até os dias atuais. De acordo com os atores envolvidos na elaboração do projeto, apostou-se na efetivação do plano ideário. Tornar a criação do NUST uma realidade era acima de tudo oportunizar-se do momento histórico favorável e avançar rumo a sua consolidação. Segundo a coordenadora do SRH da época, as questões levantadas pelos servidores eram pertinentes e foram levadas em consideração durante todo processo.

Numa data comemorativa para o Centro de Pesquisa, o NUST-CPqAM foi inaugurado em setembro de 2005, contando com a presença do Presidente da FIOCRUZ, Diretoria do

Aggeu, Diretoria do FIOPREV, Representantes da ASFOC, Representante da DIREH e convidados, momento em que foram realizadas atividades de assinatura de convênios institucionais e inauguração de outros blocos. Apesar de nesta data, já está em funcionamento, ganhou maior visibilidade daí por diante.

Em 2006 o NUST já aparecia no Relatório Anual de Atividades do Centro e apresentava os primeiros resultados de suas ações, e desde sua implementação, vem buscando atender as demandas emanadas do campo da Assistência a Saúde, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde. Ao longo dos anos, algumas ações foram sendo realizadas, visando cumprir com seu papel de agente propulsor de ações de vigilância e assistência em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde e que serão apresentados na sessão a seguir

6.2 Ações de Vigilância

No tocante as Ações de Vigilância, foram identificadas três ações principais, conforme segue:

6.2.1 Notificação de Acidentes

Até o ano de 2009 a Comissão Interna de Biossegurança respondia, na ausência de um setor mais específico, por questões relacionadas a ocorrências de acidentes e em alguma medida, por questões relacionadas a segurança laboral, e a interface com o NUST-CPqAM se fazia tão necessária que membros da equipe deste núcleo passou a fazer parte da referida comissão.

Até então, as notificações de acidentes do trabalho eram registradas pelos próprios acidentados e encaminhadas para a Comissão de Biossegurança, que por sua vez, buscava intervir na solução do evento adverso. Essa rotina acabava gerando uma subnotificação dos casos. Com essa aproximação, deliberou-se sobre a reformulação este fluxograma, passando as notificações a serem encaminhadas para o NUST, para os devidos registros em ficha ambulatorial (além do atendimento propriamente dito), que posteriormente encaminhada tal registro para a aquela comissão.

Definições sobre o papel e foco da Biossegurança no CPqAM, fizeram com que esta comissão voltasse-se para as questões dos Organismos Geneticamente Modificados, conforme preconizam as resoluções que tratam do tema. Por conseguinte, foi criada em outubro deste mesmo ano a Comissão de Gestão Ambiental, que por sua vez, passaria a tratar das questões

dos espaços de trabalho e repactuou novo fluxo para a questão das notificações de acidentes, ficando esta exclusivamente realizada pelo NUST no ato do atendimento do acidentado. Com esta medida, as notificações passaram a ser melhor controladas.

6.2.2 Acidentes do Trabalho

No período estudado, o NUST-CPqAM realizou 4.363 atendimentos à força de trabalho, numa média de 1.090 atendimentos por ano.

Deste número, vale destacar que 139 referem-se a acidentes do trabalho, conforme pode ser verificado na tabela 2, que apresenta os dados absolutos de cada ano, com ênfase nos meses de maior ocorrência de acidentes em julho (acumulado:21), março (acumulado: 19) e outubro (acumulado: 18). No levantamento não se constatou nenhuma causa que desse especificidade para correlação a ocorrência e o mês do registro.

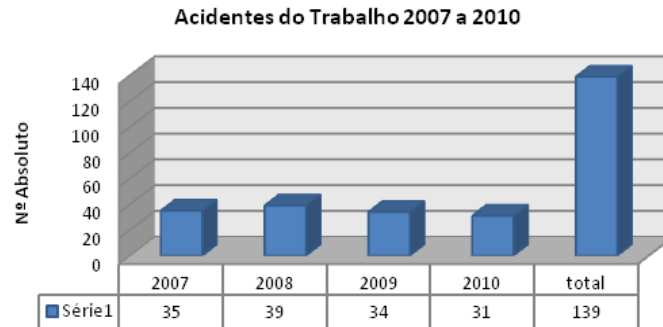
Tabela 2 – Número de Acidentes do Trabalho por Período de 2007 a 2010

MESES	NÚMERO ACIDENTE DO TRABALHO POR - PERÍODO 2007 A 2010				
	PERÍODO				SOMA
	2007	2008	2009	2010	
JAN	0	1	2	1	4
FEV	5	2	2	4	13
MAR	5	7	5	2	19
ABR	1	1	3	4	9
MAI	2	2	5	3	12
JUN	1	4	2	3	10
JUL	6	5	3	7	21
AGO	4	4	1	2	11
SET	2	2	3	1	8
OUT	6	6	4	2	18
NOV	0	3	3	2	8
DEZ	3	2	1	0	6
TOTAL	35	39	34	31	139

Fonte: Elaborado pelo autor

O gráfico 1 ilustra as ocorrências dos acidentes por ano, onde pode-se observar uma média constante de cerca de 34 acidentes por ano no período estudado.

Gráfico 1 – Número de Acidentes do Trabalho do Período de 2007 e 2010



Vale ressaltar que neste período, o NUST-CPqAM não contava com um profissional técnico em segurança e as notificações de acidentes eram registradas pela técnica de enfermagem e neste período, as investigações de acidentes eram realizadas de forma precária. Outro fator importante diz respeito subnotificação de tais registros por parte dos profissionais vitimados por algum tipo de ocorrência desta natureza.

As informações relativas aos acidentes do trabalho são lançadas enviadas para a CST-FIOCRUZ que consolida os dados de toda FIOCRUZ.

6.2.3 Definição de Indicadores de Saúde do Trabalhador Fiocruz

No ano de 2010, a FIOCRUZ realizou a I Oficina para Tomada de Decisão em Saúde do Trabalhador, que visava debater e refletir sobre os elementos intervencionistas no apoio as decisões em Saúde do Trabalhador na FIOCRUZ, numa perspectiva de se construir indicadores próprios para uniformizar as ações de Vigilância, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde dentro da FIOCRUZ e suas unidades técnicas científicas nos demais estados. Na ocasião, verificou-se que dentre as unidades existentes, o CPqAM era o único que possuía interface com o FIOPREV, bem como, que cada unidade possuía campos de atuação diferentes, seguindo as particularidades e demandas de cada centro. Demonstrou-se preocupação em coordenar ações homogêneas para dar uniformidade as interpretações dos processos de adoecimento da força de trabalho da FIOCRUZ como um todo, assim como também, promover-se ações comuns em cada Unidade.

O quadro 6 apresenta os principais indicadores definidos na referida oficina e que são monitorados em cada unidade do NUST e posteriormente integralizado pela CST-FIOCRUZ.

Quadro 6 – Indicadores de Saúde do Trabalhador FIOCRUZ

INDICADORES DE SAÚDE DO TRABALHADOR FIOCRUZ	
MORBIDADE	Taxa de Mortalidade; Taxa de Incidência de Doenças Relacionadas ao Trabalho; Taxa de Incidência de Acidentes de Trabalho Típico. Taxa de Incidência de Acidentes de Trabalho de Trajeto; Taxa de Incidência de Acidentes de Trabalho com Materiais Biológicos; Proporção de Licenças por Motivos de Saúde por Espécie de Licença; Proporção de Licença para Tratamento de Saúde por Grupos de Causas CID10 e Proporção de Licença por Acidentes em Serviço por Lesão
RECURSOS	Número de Profissionais da Equipe de Saúde por Trabalhador e Investimentos com Saúde por Trabalhador
COBERTURA	Cobertura Vacinal; Número de Atendimentos Médicos por Trabalhador; Número de Atendimentos da Equipe Psicossocial; Número de Atendimentos de Enfermagem por Trabalhador e Número de Atendimentos Fisioterapêutas por Trabalhador
PRODUÇÃO	Tipo de Atendimento e População Vacinada
QUALIDADE	Número de Relações Causais com o Trabalho; Percentual de Relações Causais Estabelecidas pelos Serviços de Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ; Atualização Profissional dos Trabalhadores dos Serviços de Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2010).

Tais indicadores alimentam um sistema de informações sobre saúde, gerenciado pela Coordenação de Saúde do Trabalhador Fiocruz, através do Núcleo de Análise de Situação de Saúde que o consolida e disponibiliza para as Unidades. Este grupo de indicadores farão parte do relatório a ser divulgado com o consolidado de 2011.

6.3 Ações de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde

Desde sua implementação, o NUST-CPqAM vem atuando em Campanhas de Imunização contra Hepatite B e Tétano. Entre 2007 a 2010, foram realizadas vacinações (3 ciclos) em todos os anos do estudo. Os atendimentos foram realizados por demanda espontânea e as convocações foram realizadas através de chamadas pela comunicação interna do centro. Também foi realizada campanha de vacinação contra o vírus H1N1 no ano de 2010.

Embora esteja fora do período estudado, identificou-se a realização da I Semana da Saúde CPqAM no ano de 2006, cuja expectativa era de torná-la regular dentro do calendário de atividades do Centro, entretanto a falta de recursos específicos fizeram com que tal ação não ultrapassasse o citado ano.

A equipe do NUST-CPqAM integra o grupo de facilitadores do Curso de Sensibilização de Biossegurança e ministra palestra sobre Notificação de Acidentes no Trabalho desde 2007. Atividade semelhante é realizada nos casos de admissão de novos servidores.

Em 2009 integrou a Comissão para elaboração de um programa de Qualidade de Vida para o CPqAM. Neste mesmo ano, também atuou junto Comissão de Avaliação dos Fungos

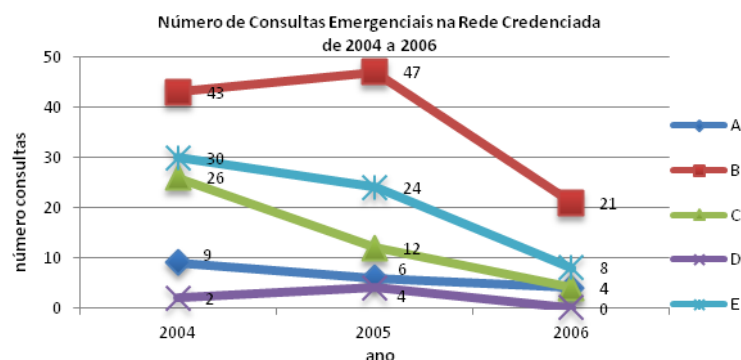
nos Laboratórios e Gabinetes Bloco B, assim como também mobilizou a comunidade do centro de pesquisa para participar da campanha da FIOCRUZ de Enfrentamento do Assédio Moral na instituição.

6.4 Repercussão dos Atendimentos do NUST-CPqAM na Redução dos Atendimentos em Emergências Hospitalares do FIOSAÚDE

Em 2007, conforme já mencionado anteriormente, o NUST-CPqAM foi alvo de uma pesquisa, cujo foco era avaliar se seu processo de implementação produzia algum resultado favorável no campo da assistência médica dos servidores. Freire, Caraciolo e Medeiros (2007), analisaram a frequência de entradas de usuários do FIOSAÚDE nas principais emergências da rede credenciada do plano de saúde em Recife entre 2004 e 2006 e verificaram que a implementação do NUST-CPqAM, produziu resultados favoráveis ao plano de saúde, uma vez que os dados da época apontaram uma redução do número de consultas nas emergências dos hospital conveniados a este plano.

Na emergência de maior fluxo, essa redução foi de 48%, conforme pode ser verificado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Número de Consultas Emergenciais na Rede Credenciada de 2004 a 2006



Fonte: Freire, Caraciolo e Medeiros (2007)

Outro indicador investigado naquela ocasião pelos mesmos autores, dispuseram sobre a relação entre a frequência de atendimento no NUST em comparação com o valor de uma consulta médica realizada na rede hospitalara credenciada do FIOSAÚDE, durante o período estudado na época e expresso na tabela 3.

Tabela 3 – Estimativa de Custos da Consulta via Rede Credenciada

ANO	Relação do Número de Consultas Realizadas pelo NUST x Estimativa de Custos		
	nº consultas	valor médio das consulta	estimativa de custo com consulta
2007	401	35,80	14.355,80
2008	365	38,00	13.870,00
2009	485	40,00	19.400,00
2010	412	44,00	18.128,00
		soma	65.753,80

Fonte: Freire, Caraciolo e Medeiros (2007)

Esta possibilidade de inferir um impacto financeiro positivo dentro do plano suplementar de saúde dos servidores, cuja modalidade é de autogestão (ou seja, sem fins lucrativos e com rateio das despesas entre os associados a ele), traduz uma das possíveis cadeias de interesse da FIOPREV em estimular a criação do NUST nas Regionais da FIOCRUZ, bem como, participar ativamente de sua implementação e organização permanente, pois é sabido que quaisquer medida no campo de prevenção e promoção da saúde se traduz em melhoria da qualidade de vida dos sujeitos para o qual tais medidas foram direcionadas, bem como em redução de custos assistenciais no campo da recuperação da saúde.

A necessidade de conter os gastos crescentes com a recuperação da saúde, e, continuar provendo assistência médica suplementar aos beneficiários de qualquer operadora de saúde vem se tornando um desafio cada vez mais presente neste seguimento e com isso, é mister repensar quais novas formas de gestão e de atenção à saúde são prementes. Este tema foi estudado por Onofrio (2007), onde a autora afirma que as operadoras de planos de saúde com modalidade de autogestão, estão a frente em relação a ações de prevenção e promoção da saúde, entretanto, os impactos de tais ações nos custos da assistência médica não são devidamente apurados por falta de imprecisão dos indicadores.

Outro fator igualmente relevante, embora não seja alvo desta pesquisa e que não será aprofundado aqui, refere-se aos impactos no absenteísmo funcional, uma vez que a utilização do NUST como unidade de apoio médico faz com que a força de trabalho não precise se ausentar para realizar uma consulta eletiva.

6.5 Descrição do Perfil da Demanda Atendida pelo NUST-CPqAM

“Saudações aos que tem coragem”
Música: Pense e Dance - Frejat

O CPqAM foi fundado em 1950 e nestas seis décadas de existência, passou por longo processo de crescimento tanto institucional, quanto de infraestrutura. Hoje, o CPqAM

ocupando uma área de 15,2 mil metros quadrados, situado dentro da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Possui atualmente uma população composta por servidores, terceirizados, alunos bolsistas, estagiários, pesquisadores visitantes e cedidos, totalizando cerca de 300 trabalhadores. Recebe ainda um público externo que buscam os serviços de ambulatório de pesquisas (Filariose); Biblioteca; Fornecedores; Firms Contratadas para Obras e servidores da Universidade Federal, através do Laboratório de Imunopatologia Keiso Asami - LIKA/UFPE.

Ao assumir o papel de atender toda a força de trabalho do Centro, sem estabelecer distinção entre vínculo/público alvo, NUST constituiu-se um espaço de busca por atendimentos focados nas questões ambulatoriais, caracterizando-se desta forma, como local eminentemente de pronto atendimento e que recebe uma demanda importante. No período estudado, foram realizados 4.364 atendimentos e que serão apresentados e discutidos ao longo das próximas sessões.

Contrapondo-se a isso, às notificações de acidentes que ainda não acontecem como uma prática natural e a subnotificação ainda persiste e intervenções no espaço e nas condições de trabalho, acabam não ocorrendo, mais por falta de informações oficiais, que por negligência funcional.

Condições de Trabalho representa o conjunto de fatores capazes de determinar a conduta do trabalhador. (LEPLAT, 1981 apud SANTOS, 2001, p. 58). Ainda de acordo com Santos (2001),

Esses fatores são constituídos pelas exigências definidoras do trabalho objetivo, com seus critérios de avaliação e condições de execução propriamente ditas, aí incluídas as regras de sua utilização, a organização do trabalho, a remuneração e o ambiente. A essas condições, o indivíduo responde com a execução de uma atividade ou manifestação de conduta passível de ser analisada sob diferentes aspectos perceptivos, motores e cognitivos. Enfim, essa atividade pode ter conseqüências sobre o estado físico, mental e psicológico do trabalhador, gerando os efeitos descritos sob as denominações de satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças e acidentes do trabalho.

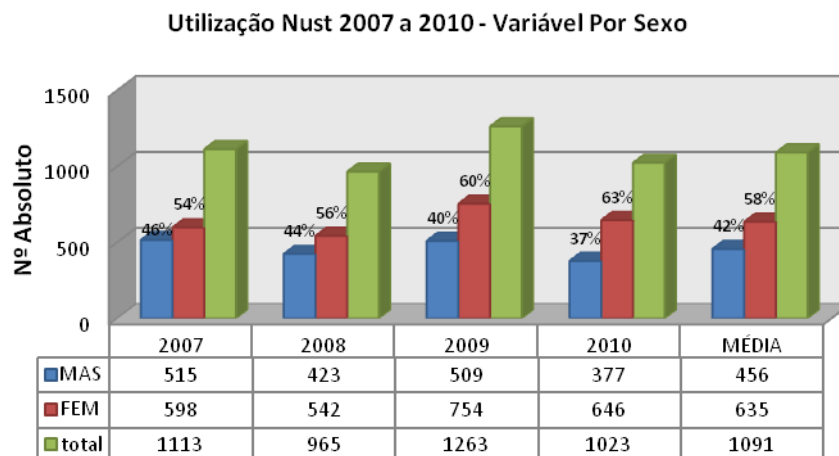
É sabido que a organização do trabalho produz conseqüências diretas sobre a saúde dos trabalhadores, como também, verifica-se um aprimoramento das questões relacionadas ao processo do trabalho, desde o modelo Taylorista e Fordista à uma concepção mais holística deste trabalhador. Entretanto, ainda é possível constatar que a questão do adoecimento e do sofrimento laboral ainda estão presentes, atingindo a saúde física e mental, apesar da reestruturação produtiva.

Ante ao exposto, passemos a analisar os dados coletados da demanda atendida pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador do Aggeu Magalhães, para conhecermos quem são e por quais causas o levaram a procurar o atendimento no período estudado.

Nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010, o NUST realizou respectivamente, 1.113; 965; 1.263 e 1.023 atendimentos, gerando na média de 1.091 atendimentos.

No tocante a variável **Sexo**, observa-se uma demanda maior de atendimento realizada pelo sexo Feminino, numa proporção média de 58% (nº 635) em relação a 42% (nº456) do sexo masculino, conforme expresso no gráfico 1. Nos dois primeiros anos investigados, o número de atendimento ao sexo feminino era de 598 em 2007 e 542 em 2008. Já os atendimentos ao sexo masculinos foram de 515 em 2007 e 423 em 2008. Neste período, a proporção média percentual entre os sexos atendidos era de 45,13% do sexo masculino, contra 54,87% do sexo feminino. Nos dois anos seguintes, o número de atendimentos subiu uma média de 10,1%, entretanto, houve uma redução do número de homens atendidos (média absoluta nº443), cuja média percentual caiu para 38,7%, em contrapartida, o número de atendimento de mulheres atendidas (média absoluta nº 700), passou de 54,87% para 61,30%, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição dos usuários do NUST segundo Sexo no período de 2007 a 2010.



Fonte: Elaborado pelo autor

De um modo geral, a literatura refere que mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Ao estudar este tema, Pinheiro, Travassos e Brito (2002), afirmam que no Brasil há poucas pesquisas tratando a questão da desigualdade de gêneros em relação ao uso de serviços de saúde. Entretanto destacam que as mulheres fazem maior uso dos serviços de saúde do que os homens e relatam que essa diferença pode ocorrer em grande parte por

questões relacionadas ao fator reprodutivo. Também salientam que os fatores que expressam o uso de serviços de saúde no Brasil são bastante diferentes para pessoas com e sem morbidades, varia de acordo com faixa etária, acesso, escolaridade e percepção.

Além disto, do total estimado da força de trabalho (servidores, terceirizados e estagiários contratados), que somam 288 trabalhadores, 52,5% é do sexo feminino enquanto que 47,5% é do sexo masculino. Deste total, 173 são Servidores Ativos e nesta categoria, representam 56% (nº96), do sexo feminino para 44% (77) do sexo masculino.

O setor da saúde tem se caracterizado pela forte existência da divisão sexual do trabalho onde predominantemente as mulheres atuam nas funções voltadas essencialmente ao cuidar. Essa atribuição ao público feminino da prática do “cuidar” como um processo “naturalizado”, necessita de uma análise teórica para explicar possíveis origens biológicas e/ou culturais destes fenômenos (PASTORE; ROSA; HOMEM, 2008).

A análise por **Faixa Etária** demonstra que cerca de 80% dos atendimentos realizados no período estudado foi para uma população com faixa etária entre 19 a 49 anos. Na Tabela 4 podem ser verificadas as quantidades de atendimentos por grupo etário e nos gráficos a seguir, sua representatividade.

Tabela 4 – Atendimento por Grupo Etário 2007 a 2010

GRUPO ETÁRIO	PERÍODO							
	2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<18	6	1	1	0	1	0	1	0
19 A 29	99	27	103	27	89	27	78	24
30 A 39	103	28	105	27	87	26	85	27
40 A 49	106	29	114	29	100	30	94	29
50 A 59	42	11	49	13	42	13	46	15
60 A 69	11	3	13	3	9	3	13	4
> 70	3	1	5	1	3	1	4	1

Fonte: Elaborado pelo autor

Observa-se que a maior frequência se dá no grupo etário 40 a 49 anos, cuja média gira em torno de 29,2% no período. O intervalo seguinte é composto pelo grupo etário de 30 a 39 anos, que representa média de 27% no período. O grupo etário abaixo de 18 anos, composto por aluno Provoc e dependente de funcionário, que são atendidos eventualmente e não ultrapassa a faixa de 1% dos atendimentos. Apesar de representar um percentual pequeno nas estatísticas, cerca de 3,25%, o grupo etário acima de 50 anos passa a ter uma outra expressão de sua representatividade, conforme tabela 5.

Tabela 5 – Atendimento por Grupo Etário 2007 a 2010 com destaque ao grupo etário acima de 50 anos

GRUPO ETÁRIO	PERÍODO							
	2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<18	6	1	1	0	1	0	1	0
19 A 29	99	27	103	27	89	27	78	24
30 A 39	103	28	105	27	87	26	85	27
40 A 49	106	29	114	29	100	30	94	29
>50	56	15	67	17	54	17	63	20

Fonte: Elaborado pelo autor

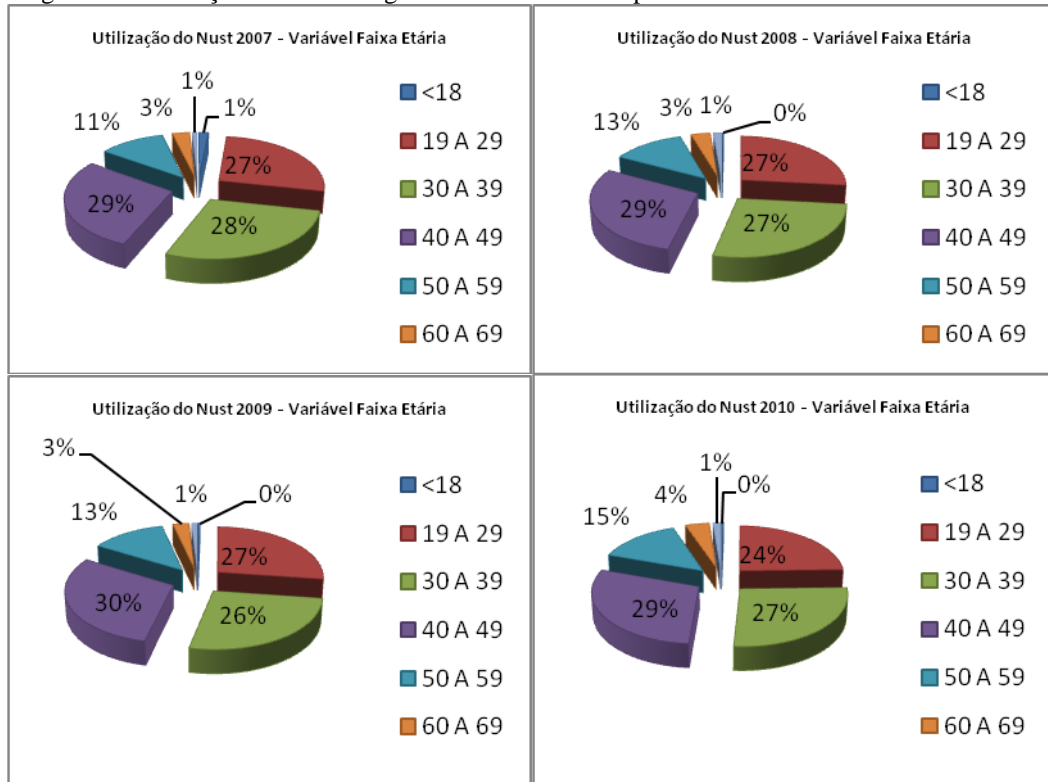
Estudo sobre Envelhecimento Populacional e as Despesas do Sistema Único de Saúde realizado em 2004, aponta que na faixa etária dos 45 anos, o número de internações de homens e mulheres é similar, diferenciando-se porém em relação aos padrões de morbidade. Esta também é a faixa etária com predomínio em aposentadorias por invalidez no estado de Pernambuco, segundo Moura, Carvalho e Silva (2007), respondendo por 47% dos benefícios concedidos entre 2001 e 2002.

Ainda segundo este estudo, a taxa de utilização torna-se ascendente a partir dos 35 anos, triplicando na faixa dos 80 anos em diante (NUNES, 2004).

De acordo com Nunes, há uma concentração do número de internações pelo sexo masculino a partir dos 50 anos, chamando atenção para o fato de que sendo a mulher mais avessa aos riscos, consoma mais serviços preventivos de saúde, diferentemente do homem (NUNES, 2004).

Abaixo, os dados relativos aos grupos etários são apresentados em forma de gráficos para melhor ser visualizados sua expressão relativa (Figura: 3). Os números são tão próximos e estáveis que o gráfico apresenta quase o mesmo desenho fracional conforme pode ser verificado.

Figura 3 – Utilização do NUST segundo Faixa Etária no período de 2007 a 2010



Fonte: Elaborado pelo autor

Neste ponto é importante esclarecer que no que se refere à assistência ambulatorial e pronto atendimento emergencial, os atendimentos realizados pelo NUST não se restringem aos Servidores Ativos e Terceirizados exclusivamente, mas a toda força de trabalho do CPqAM, bem como a toda demanda que possui relação com o CPqAM, o que inclui além dos já citados, os Servidores Aposentados, Fornecedores, Alunos do CPqAM ou que estejam realizando pesquisas na Biblioteca, Familiar acometido por algum mal estar durante sua estada no Centro e em casos mais raros, passantes. Razão pela qual, identificamos um alguns atendimentos na faixa etária abaixo dos 18 anos.

Em relação ao tipo de **Vínculo** (tabela 6), a demanda teve maior concentração pelo público de terceirizados. Em termos percentuais, verificam-se que 42% dos usuários do NUST são terceirizados (nº absoluto 415,75), 38% são servidores (nº absoluto 453,25), 13% são bolsistas (nº absoluto 139,75), 5% outros - fornecedores, dependentes ou aposentados- (nº absoluto 55,75) e 2% alunos (nº absoluto 26,50).

Tabela 6 – Atendimento por Vínculo no período de 2007 a 2010

VÍNCULO	PERÍODO								Média
	2007		2008		2009		2010		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Servidor	401	36	365	38	485	38	412	40	415,75
Terceiro	470	42	374	39	553	44	416	41	453,25
Bolsista	163	15	153	16	139	11	104	10	139,75
Aluno	22	2	20	2	28	2	36	4	26,5
Outros	57	5	53	5	58	5	55	5	55,75
TOTAL	1113	100	965	100	1263	100	1023	100	1091

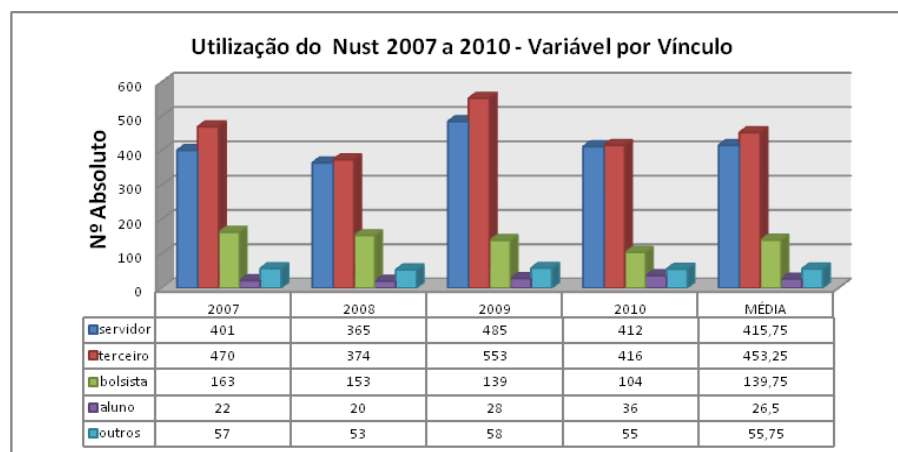
Fonte: Elaborado pelo autor

A perspectiva de se localizar uma grande participação por parte dos terceirizados se justifica por duas variáveis importantes: a) uma delas refere-se ao fato de que boa parte não possui plano de saúde privado e b) questões relacionadas ao absenteísmo por parte dos empregadores. Ou seja, o fato de se ter um Médico do Trabalho atendendo dentro do centro, acaba facilitando o acesso do trabalhador terceirizado a procurar um profissional médico para tratar de questões clínicas, que na ausência deste, deveriam ser buscados em unidades públicas de saúde, o que acaba não ocorrendo pela questão da jornada de trabalho e pelo provável medo de sanções por sua falta ao posto de serviço e receio de um possível desligamento pela estigmatização do trabalhador-doente.

Relatos dessa natureza puderam ser constatados na fase das entrevistas, bem como pela observação participante durante o desenvolvimento da pesquisa.

No gráfico 4 podemos visualizar que a demanda de terceirizados se manteve 17,3% e 14,05% acima da demanda de servidores, nos anos de 2007 e 2009. Já em 2008 e 2010 esta diferença quase deixa de existir, ficando abaixo dos 2,3%. Em contrapartida, o número de atendimento a alunos demonstra um crescimento no período estudado.

Gráfico 4 – Utilização do NUST segundo Vínculo no período de 2007 a 2010



Fonte: Elaborado pelo autor

A **frequência de utilização** pode ser visualizada na tabela a seguir, onde observamos um declínio acentuado nos meses de janeiro, julho e dezembro, por configurarem meses em que a maioria dos servidores tira férias e/ou recesso natalino.

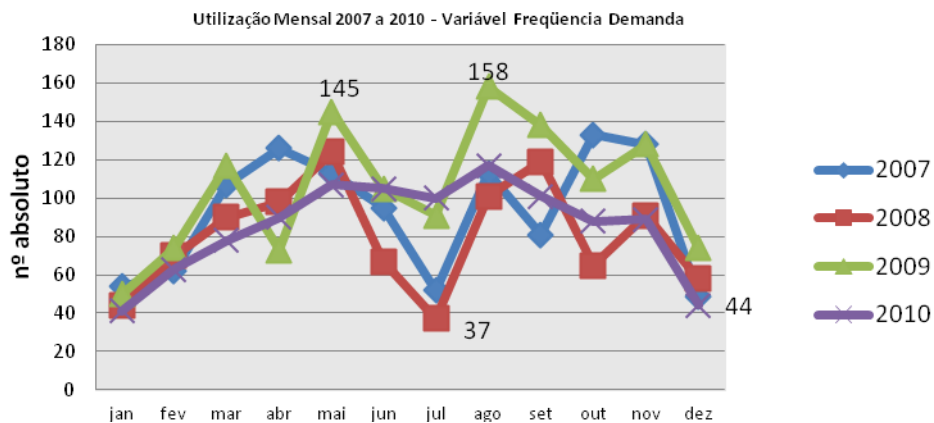
Tabela 7 – Número de Atendimento Mensal no NUST no período 2007 a 2010

ANO	PERÍODO												total	média
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez		
2007	54	62	107	126	113	95	52	113	81	133	128	49	1.113	92,8
2008	44	70	90	98	124	67	37	101	119	65	91	58	964	80,3
2009	50	74	117	73	145	105	91	158	138	110	128	74	1.263	105,3
2010	41	63	78	90	107	105	100	117	101	88	89	44	1.023	85,3
total	189	269	392	387	489	372	280	489	439	396	436	225	4363	90,9

Fonte: Elaborado pelo autor

No gráfico 5, ao avaliar a média de atendimentos no período estudado observa-se que esse declínio fica mais bem evidenciado, assim como também, podemos observar uma elevação nos meses de maio e agosto, que respectivamente correspondem à mudança climática e elevação de casos de gripes e alergias (maio), e, no caso em particular do mês de agosto 2009, esse aumento foi provocado por uma convocatória do SRH para se iniciar o agendamento de exames periódicos (tendo sido suspenso logo em seguida).

GRÁFICO 5 – Frequência de Utilização Mensal do NUST 2007 a 2010



Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com a médica do trabalho do NUST, as mudanças climática, própria do período de inverno, traz consigo condições ideais para o reaparecimento das infecções viróticas e das alergias. As mais comuns são os resfriados (infecções viróticas leves) e que produzem sintomas de dor de cabeça, entupimento e tosse, todos facilmente tratáveis. A gripe que já uma infecção mais agudizada, podendo ser associada a febres, tosses com secreção, surgimento de gânglios e dores pelo corpo. Nestes casos, o paciente pode necessitar uso de

medicamentos mais fortes e em alguns casos, entrar em licenças para tratamento. Também nesta época, é mais comum o surgimento de sinusites, bronquites e até pneumonia.

Para apurar o **Diagnóstico Referido** da demanda, foi realizado um levantamento das mesmas para cada ano estudado, mas pela necessidade de comparar informações, foi criado um mosaico das queixas referidas, com todos os Códigos Internacionais de Doenças (CID) (apêndice C), dos registros feitos nas fichas dos pacientes atendidos, que segue como anexo dada sua dimensão.

Antes é importante esclarecer que o CID10, corresponde a um catálogo padronizado de doenças e problemas relacionados a saúde, conforme portal do Ministério da Saúde,

tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Com base no compromisso assumido pelo Governo Brasileiro, a organização dos arquivos em meio magnético e sua implementação para disseminação eletrônica foi efetuada pelo DATASUS, possibilitando, assim, a implantação em todo o território nacional, nos registros de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando estes registros entre todos os sistemas que lidam com morbidade (BRASIL, 2012).

Os códigos CID-10 são organizados por capítulos, agrupamentos de categorias, categorias, e subcategorias.

O quadro 6 mostra a listagem dos agrupamentos de categorias para facilitar a identificação dos Capítulos/Grupos onde os achados da pesquisa se classificam. Porém, nesta pesquisa optamos por estabelecer como critério de agrupamento as categorias de CID.10 pela letra inicial de cada CID, para facilitar a representação gráfica dos mesmos. (segunda coluna da planilha abaixo)

Quadro 6 – Listagem de CID-10 por Capítulo e Categoria

Capítulo	Letra CID	Códigos	Título
I	A e B	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	C e D	C00-D48	Neoplasmas (tumores)
III	D	D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
IV	E	E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	F	F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais
VI	G	G00-G99	Doenças do sistema nervoso
VII	H	H00-H59	Doenças do olho e anexos
VIII	H	H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
IX	I	I00-I99	Doenças do aparelho circulatório
X	J	J00-J99	Doenças do aparelho respiratório
XI	K	K00-K93	Doenças do aparelho digestivo
XII	L	L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	M	M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	N	N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário
XV	O	O00-O99	Gravidez, parto e puerpério
XVI	P	P00-P96	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII	Q	Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	R	R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
XIX	S e T	S00-T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas
XX	V a Y	V01-Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade
XXI	Z	Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
XXII	U	U00-U99	Códigos para propósitos especiais

Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme pode ser verificado no citado mosaico, a variedade de CIDs encontrados trás uma grande pulverização dos dados, tornando impossível criar um único gráfico comparativo para melhor visualização dos dados. Desta forma, as patologias foram agrupadas por capítulos do CID, a fim de sintetizar a análise. A representação gráfica estará refletindo a média entre o período estudado. A tabela 9 apresenta a frequência das queixas, categorizadas pelo agrupamento do CID-10 de origem, cujas médias das frequências possibilitaram as representações gráficas seguintes.

Tabela 9 - Frequência de Queixas por Grupo de CID - 2007 a 2010

GRUPO CID	2007	2008	2009	2010	MÉDIA	GRUPO CID	2007	2008	2009	2010	MÉDIA
A	5	8	7	11	7,75	M	19	19	36	29	25,75
B	9	17	4	5	8,75	N	9	6	4	15	8,5
E	0	3	4	6	3,25	O	0	1	0	3	1
F	10	3	4	2	4,75	Q	0	1	0	0	0,25
G	0	3	5	6	3,5	R	23	10	27	26	21,5
H	6	6	15	11	9,5	S	3	4	16	3	6,5
I	13	15	26	11	16,25	T	1	5	0	1	1,75
J	24	46	62	58	47,5	Y	0	0	0	2	0,5
K	5	7	11	3	6,5	Z	3	4	2	0	2,25
L	19	17	17	19	18						

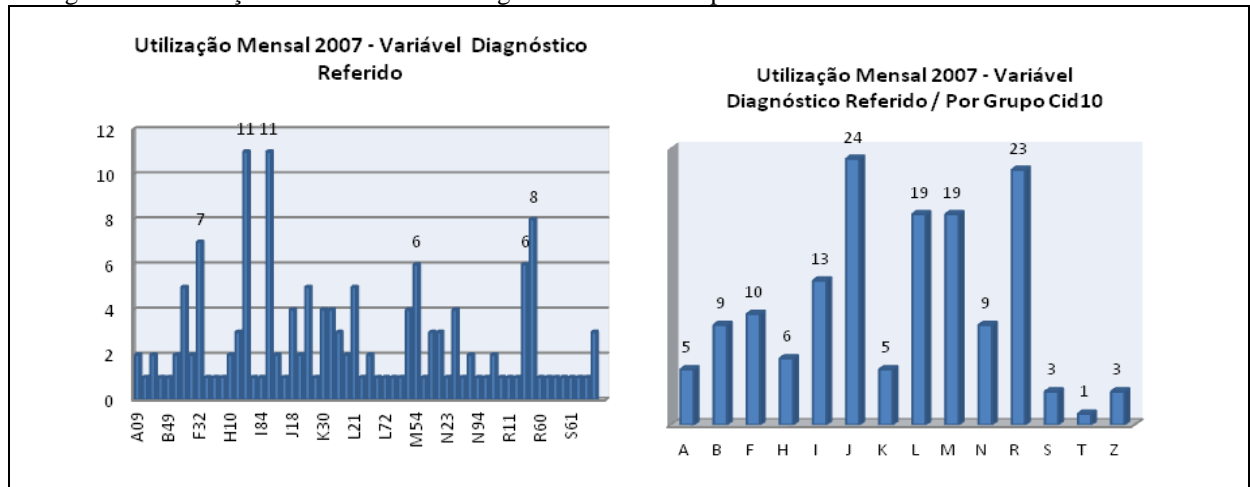
Fonte: Elaborado pelo autor

Um dado importante é que parte das queixas demandas são classificadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que segundo Moura; Carvalho e Silva (2007), representam em conjunto a primeira causa de morbidade e mortalidade no país, sendo a maioria incapacitantes para o trabalho, inicialmente de maneira temporária, podendo levar a situações de invalidez determinando aposentadorias precoces.

Os dados da pesquisa realizada por estes autores revelam que de um universo de 17.970 benefícios concedidos pela Previdência em Recife, no período de 2000 a 2002, as enfermidades que tiveram maior repercussão na consecução de benefícios foram as “Causas Externas” (CIDs V a Y) são a principal causa para a concessão de auxílios-doença, num total de 20,16%; seguido de “Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e Contato com os Serviços de Saúde” (CID Z), correspondendo a 19,46%; Em seguida aparecem as doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (CID M) correspondendo a 14,55%; Doenças do Aparelho Circulatório (CID I), correspondendo a 10,68% e os Transtornos Mentais e Comportamentais, correspondendo a 9,67% fecham o grupo das quatro principais causas.

A estratificação anual dos dados da variável Diagnóstico Referido por CID10 base, apresenta uma pulverização bastante grande do conjunto das queixas, conforme seguirão nas ilustrações nos gráficos referentes ao período estudado (Figura 4).

Figura 4 – Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido - período de 2007

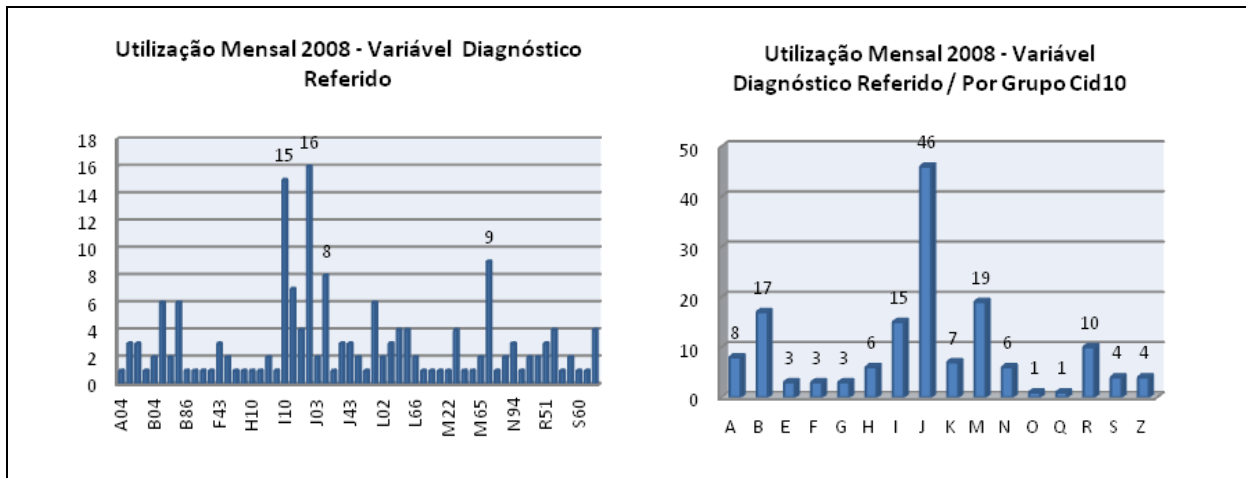


Fonte: Elaborado pelo autor

Ao analisar as fichas dos atendimentos realizados em **2007**, verifica-se que os maiores registros diagnósticos foram relativas aos **CIDs10** I10 (hipertensão essencial primária: 11); J01 (sinusite aguda:11); R53 (mal estar/fadiga: 8); F32 (episódios depressivos: 7); M54 (dorsalgia: 6) e R51 (cefaléia: 6). A medida em que os dados são **agrupados por grupos de CID**, o cenário passa a apontar para uma alta concentração de registros diagnósticos do CID J (doenças do aparelho respiratório: 24); seguidos dos grupos R (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte:23); L (doenças da pele e do tecido subcutâneo:19); M (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo:19). Chama-se atenção para a interação entre os grupos F e Z (10 e 3 respectivamente), cujos registros estão relacionados a transtornos do comportamento (depressão, síndrome do pânico e ansiedade). Também merece destaque a associação entre os grupos A e K (infecção alimentar e gastroenterites).

Utilizando o mesmo princípio para os demais anos do período estudados, vamos ter o seguinte quadro: Em **2008**, as maiores incidências foram de registros diagnósticos relativos aos **CID10** J02 (faringite aguda: 16); I10 (hipertensão essencial primária: 15); M79 (mialgias: 9) e J10 (gripe: 8). Na análise dos dados **agrupados por grupos de CID**, verificamos que o grupo J (doenças do aparelho respiratório: 46) sofreu grande variação em relação ao ano anterior, conforme figura 5.

Figura 5 – Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido - período de 2008

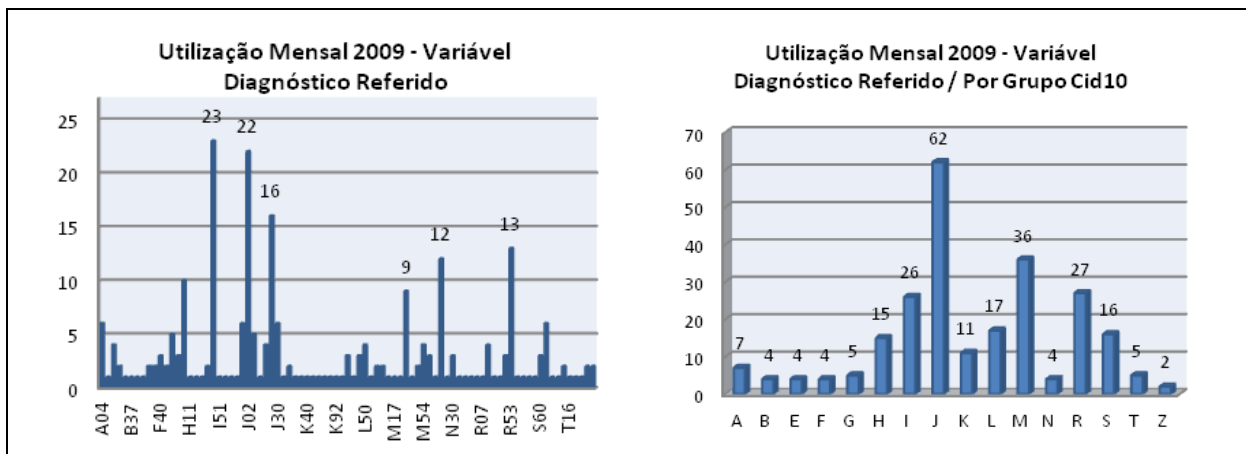


Fonte: Elaborado pelo autor

O aumento dos casos relacionados ao grupo J (doenças do aparelho respiratório: 46), cresceu neste ano cerca de 92% em relação ao ano anterior. Este volume pode estar associado ao fato de que o centro encontrava-se em obras no Blocos B (Laboratórios) e boa parte do material destes laboratórios encontravam-se no espaço da Quadra Esportiva, que por tratar-se de um espaço aberto, havia grande acúmulo de poeira, fezes de aves e outras fontes de contaminação por vias aéreas.

No ano de **2009**, o quadro apresenta frequências semelhantes em termos de curvatura, se comparado os gráficos com variáveis de Grupo-CID 2008 e 2009, entretanto, os valores absolutos referente ao CID J sofreram uma variação de mais de 160% em relação a 2007 e 35% em relação a 2008. A figura 6 apresenta um crescimento dos atendimentos para os casos do CID I10 (hipertensão essencial primária), que cresceu cerca de 52% em relação ao ano anterior. A relação entre os Grupos Cid A e K (infecção alimentar e gastroenterites), também se mantiveram correlacionadas, sugerindo uma necessidade de se atuar em torno das questões alimentares junto ao restaurante e de orientações para os demais que trazem refeição de casa.

Figura 6 – Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido - período de 2009

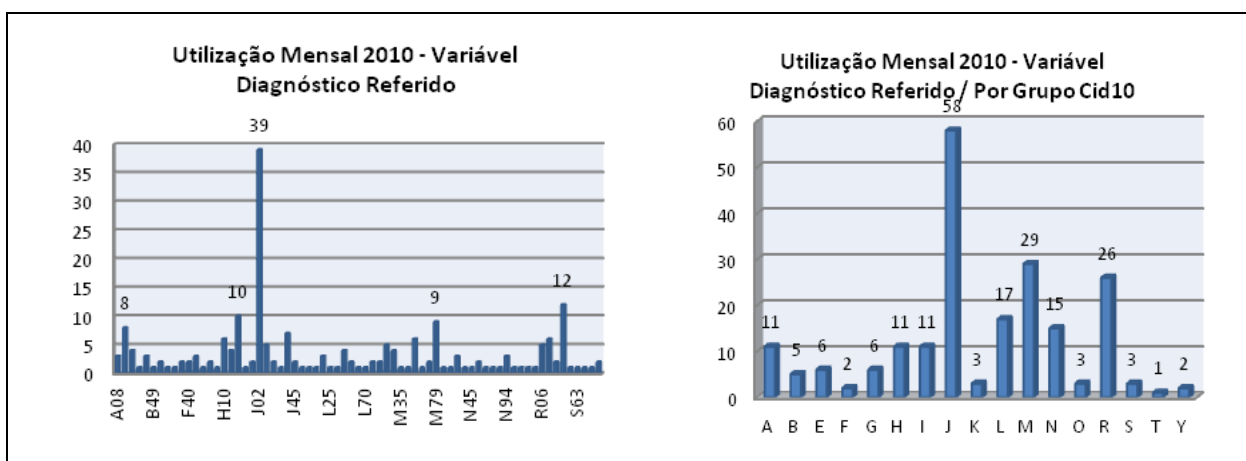


Fonte: Elaborado pelo autor

No tocante ao crescimento dos registros referente ao Grupo CID J, salienta-se que este período foi marcado pela mudança dos laboratórios para o novo prédio e o processo de ocupação do laboratório do primeiro andar e salas dos pesquisadores do primeiro e segundo andares, revelou problemas na salubridade destes ambientes devido ao surgimento de fungos localizados nos citados setores.

Em **2010**, os registros de Faringite (Cid10 J02), cresceram cerca de 77% em relação ao ano anterior, porém o grupo CID J teve uma redução de cerca de 7,5% em relação ao ano anterior conforme figura 7.

Figura 7 – Utilização Mensal Variável Diagnóstico Referido - período de 2010



Fonte: Elaborado pelo autor

Importante registro deve ser feito em relação às medidas tomadas desde a primeira demanda de queixas. O NUST juntamente com a Biossegurança do CPqAM realizou um estudo sobre os fungos através de uma especialista da Universidade Federal de Pernambuco, que identificou o tipo, sua característica e seu grau de comprometimento à saúde humana. Tal

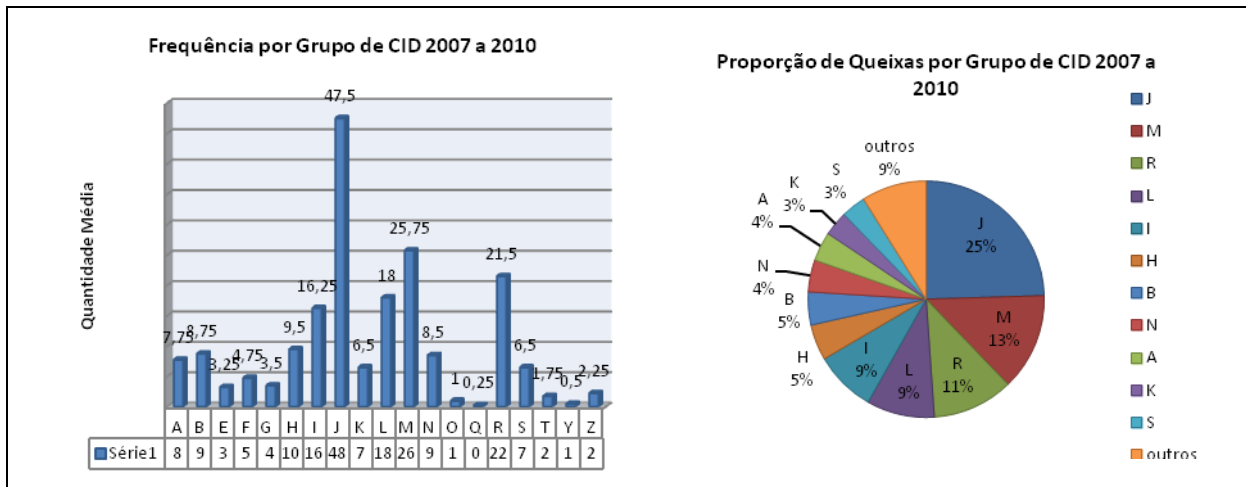
laudo foi apresentado a Direção do Centro, que de posse dele e seguindo às orientações em relação a intervenção na proliferação do mesmo, determinou que a equipe de limpeza intensificasse a higienização dos espaços com uso de água sanitária nos locais. Esta ação profilática se mostrava eficiente em relação a retirada dos fungos, porém não efetiva em relação ao extermínio da situação, que tem prevalecido a cada variação de temperatura ambiente. Ou seja, as variáveis externas ao CPqAM (temperatura, umidade, localização do centro dentro da Universidade), vão sempre interferir no surgimento de novos focos, segundo a equipe de Engenharia e Gestão Ambiental do CPqAM.

Outro fator apontado como significativo para a reincidência destes focos tem haver com a elevação de novos andares no bloco G do CPqAM, que ao ganhar mais dois andares, impediu que o sol penetrasse no vão localizado entre os blocos B e G como previsto no projeto base. Segundo a equipe de Engenharia e Gestão Ambiental do Centro, essa hipótese se apresenta como relevante, porém de difícil solução uma vez que trata-se de uma obra de grande proporção.

As queixas relacionadas a problemas Osteomusculares, grupo CID M, vem se mantendo numa constante entre a segunda causa de maior demanda. Tais queixas estão relacionadas a Dorsalgias (M15) e Mialgias (M79). Os problemas relacionados a ergonomia também se apresentam com constância durante todo período estudado.

Na figura 8, que vai apresentar a média do período estudado, por Grupo de CID, pode-se observar uma grande demanda de queixas relacionadas ao capítulo X – Doenças Relacionado ao Aparelho Respiratório (códigos J00-J99), correspondendo a 25% das queixas, seguido do capítulo XII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (códigos M00-M99), 13% das queixas. O capítulo XVIII – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratórios (R00-R99) aparece como a terceira causa geradora de demandas - 11%, enquanto que o Capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99) representa 8% da demanda. A categoria Outros consolidou os Grupos Cid, com frequência abaixo de 5 (E, F, G, O, Q, T, Y e Z).

Figura 8 – Frequência de Utilização Média do Período 2007 a 2010

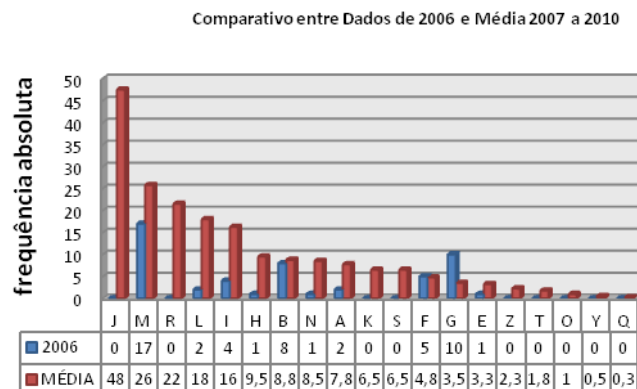


Fonte: Elaborado pelo autor

O agravo ambiental provocado pela presença dos Fungos em setores específicos, e já relatado anteriormente, produz forte influência no quadro aqui apresentado, uma vez que a demanda cresce na medida em que as variações de temperatura produzem efeitos direto neste processo e esta variável tem se mostrado decisiva para o surgimento deste agravo, somado-se ao fato de que sua solução definitiva ainda não é conhecida. Neste grupo, as principais queixas são de Nasofaringite; Faringite, Sinusite, Amigdalite e Rinites.

Ao comparar estes dados, com os dados publicados por Freire, Caraciolo e Medeiros (2007), observamos que tem havido uma constante crescente em relação as queixas registradas. As queixas relacionadas a Doenças do Sistema Osteomuscular (códigos M00-M99), cresceram cerca de 53% em relação a 2006. Talvez isso se deva ao fato de que apesar de terem havido mudanças na infraestrutura do CPqAM, em alguns setores ainda há carência de mobiliários mais ergonomicamente adequados. Hipóteses de Mialgias e Artralgias são as de maior incidência (gráfico 6).

Gráfico 6 – Comparativo entre dados de 2006 e média do período estudado



Fonte: Elaborado pelo autor

Outro fator relevante diz respeito ao capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99) e o XXI – Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e Contato com Serviços de Saúde (Z00-Z99). Neste grupo, encontramos registros de quadros Reação Aguda ao Estresse, Transtorno do Pânico, Fadiga, sendo o mais presente os registros de Episódios Depressivos (CID. F32). Também foram identificados registros com hipótese de Problemas Relacionados com Modo de Vida (CID. Z73).

Vale salientar que O CID Z00 - Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado, não entrou nas tabulações, por sua descrição generalista e sua utilização no banco pesquisado, está bastante associada a qualquer tipo de atendimento sem causa específica, dúvidas de natureza múltiplas, transcrições de receitas e validações de atestados.

Ao comparar os dados do período estudado com a pesquisa no início desta sessão, podemos observar que, com exceção ao Grupo CID J, que no caso do CPqAM parece estar relacionado com a questão pontual de um problema de Fungos em determinados setores, e por esta razão eleva a curva de crescimento da demanda com morbidades relacionadas a este capítulo, os agravos relativos a Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (CID M) totalizam 13% dos atendimentos, e na população estudada, representam a segunda maior causa de queixas, o que alerta para uma preocupação com a hipótese de perda de capital humano para o centro, caso haja intervenções profiláticas não ocorram, podendo levar este trabalhador a fazer parte daquela estatística.

De acordo com os dados de Moura, Carvalho e Silva (2007), as doenças do aparelho circulatório configuram como a primeira causa de óbito em todas as regiões do país, sendo esta também a primeira entre as cinco principais causas para concessão de aposentadorias por invalidez, totalizando 23,62% dos benefícios, seguida de transtornos mentais e comportamentais (15,14%) e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,69%). Estas são seguidas, de acordo com a frequência obtida, pelas causas externas (9,41%) e as doenças infecciosas e parasitárias (8,31%).

Na demanda atendida pelo NUST as Doenças do Aparelho Circulatório aparece como a quarta principal causa das queixas registradas, o que novamente ressoa como dado preocupante.

6.6 Identificação da Percepção da Força de Trabalho Do CPqAM Sobre O NUST-CPqAM

“a gente quer inteiro
e não pela metade”

Música: Comida – Arnaldo Antunes

Ao longo dos últimos vinte anos, o trabalhador vem ganhando espaço dentro das políticas de atenção a saúde do trabalhador, numa condição onde ele passa a ser não só sujeito, mas também protagonista dessa discussão. O trabalhador passa a desempenhar o papel de controle social sobre as políticas para a qual faz parte (LACAZ, 1996, 2007; MACHADO, 1997, 2005).

Autores como Dias e Hoefel (2005, p. 823), fazem importante reflexão sobre esta questão e destacam que:

A participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões destes sobre o processo saúde-doença. Também é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença. Na atualidade, o crescimento das relações informais e precárias de trabalho exige a criação ou identificação de novas modalidades de representação dos trabalhadores, para além das organizações sindicais tradicionais.

Nesta perspectiva, buscou-se ouvir e compreender o olhar da força de trabalho do CPqAM sobre o NUST, seu papel e suas contribuições para o processo da saúde do trabalhador. Esta forma de estimular a reflexão dos próprios trabalhadores sobre as ações voltadas para o bem estar funcional dos mesmos dentro do espaço de trabalho possibilita que estes possam expressar sua análise crítica sobre o processo de implementação do NUST-CPqAM e quais as suas expectativas sobre seu campo de ação.

A percepção da força de trabalho do CPqAM foi investigada a partir de entrevista guiada por questionário estruturado, onde se buscou apurar algumas questões importantes, tais como: qual o principal papel do NUST-CPqAM atualmente; qual deveria ser esse papel e como se deu o processo de implementação, Estas três variáveis foram classificadas como relacionadas à finalidade, papel e processo de implementação.

Em relação **a variável Finalidade**, as perguntas frisavam o papel atual e o papel ideal do NUST. No que tange ao papel atual, todas as falas convergiram para o discurso de que o

NUST cumpre um papel de Prestar Assistência de Pronto Atendimento, conforme discursos a seguir:

Com o nome diz, é um lugar para fazer atendimento do trabalhador, fazer registros dos acidentes, fazer a avaliação daquele acidente...Essa é a função, mas a visão das pessoas é de que ali é um lugar de posto de atendimento. Pronto atendimento. (Informação verbal)¹

Basicamente ele ocupa um papel de assistência. [...]Quando há uma intercorrência. [...] Espaço de assistência médica quando há intercorrência do servidor ou dentro do papel burocrático que serve para resolver problemas ligado ao plano de saúde. (Informação verbal)²

Cuida da área da saúde .. Tem pronto-atendimento médico para todos os trabalhadores do Aggeu. Eu acho que antes de ter o NUST, as pessoas iam para emergências do Hospital das Clínicas, mas era bem complicado. Agora as pessoas são trazidas pra cá. (Informação verbal)³

Eu acho que o papel do NUST é dá atendimento a todos aos usuários. Pronto atendimento e emergências a todos os usuários e todas as pessoas daqui do centro. (Informação verbal)⁴

Esse olhar para o papel do NUST como espaço de pronto atendimento ganha contornos diferente quando o sujeito entrevistado possui algum tipo de vivência dentro das discussões sobre o Campo da Saúde de uma forma geral. Para este grupo de sujeitos, a finalidade descritiva é a mesma, porém, embora haja uma concordância em relação predominância da ação de atendimento e este ser um fator importante, alguns sujeitos apontam esse foco de atuação como restritivo e passivo. Para esse grupo de sujeitos o NUST deveria assumir e até resgatar seu papel ativo na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Deveria ter um papel de medicina do trabalho preventiva e também assistencial, mas basicamente voltada pra saúde do trabalhador de maneira profilática. Do tipo fazer um mapeamento das intercorrências de cada setor. Deveria ter um papel que pudesse de mapear e saber o que esta acontecendo no setor de maneira que a gente diminua o maior percentual possível de morbidades ou afastamento neste setor” (Informação verbal)⁵

Para mim é um ente que ele trabalha com essa preocupação da saúde do trabalhador. Embora a minha percepção é muito de uma instância estática. Estática no sentido de que tá lá, aguardando a demanda. E me parece que é uma percepção, mas é que é necessário uma indução, ou seja, na medida que eu procuro ai eu vou ter assistência, mas eu não visualizo como algo que é dinâmico no sentido de promover alguma tipo de ação para ser identificado pelo servidor, mas sim uma instância que está aguardando o acontecimento.”(Informação verbal)⁶

¹ Entrevista com TNU13

² Entrevista com SU7

³ Entrevista com TU11

⁴ Entrevista com TU12

⁵ Entrevista com SU7

⁶ Entrevista com SNU4

Bom eu acho que essa idéia inicial [*promoção e prevenção*], durante um período essa idéia ficou latente e hoje eu acho que as ações de prevenção estão mais reduzidas talvez pelo processo histórico com que esse núcleo vem se constituindo como estratégico ou não para política da FIOCRUZ. Então, hoje ele está mais voltado para atenção do que para promoção e prevenção.” (Informação verbal)⁷

As primeiras impressões coletadas dão conta de que os trabalhadores apesar de reconhecer e legitimar as ações da assistência a saúde do trabalhador (este melhor estruturado e difundido na rede pública), também anseiam por intervenções factíveis no campo da vigilância e promoção da saúde. Este sentimento vai ao encontro do pensamento de Lourenço e Bertani (2007, p. 124) quando afirmam que:

Apesar do campo saúde do trabalhador ter sido construído com a participação de vários atores sociais e políticos e de ter sido reconhecido no plano legal, não foram efetivadas novas práticas para além da assistência médica, salvo algumas ações inusitadas, mas ainda focais.

Isto implica dizer que refletir sobre a saúde do trabalhador requer também compreender as manifestações das condições de trabalho para a saúde não apenas na esfera dos acidentes de trabalho no âmbito industrial, mas também a sua repercussão, do ponto de vista da saúde, no campo da agricultura e dos serviços por exemplo (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005). Fica evidente que há uma questão a ser superada que é a de que o trabalhador possa ser visto e entendido (de fato), como sujeito na construção das ações e não tão somente como o beneficiário finalístico destas, o que acaba por vezes, não atendendo na proporção e dimensão aquilo esta classe trabalhadora almeja.

Já em relação ao **papel ideal**, estimado pelos sujeitos entrevistados, as posições enfatizam o desejo de que esse espaço possa abarcar além das questões já concretizadas da assistência, ampliação sua ação em torno de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O NUST pode catalisar junto com a direção, ou com o sindicato...juntar...ser o elo de ligação pra promover de forma mais proativa, atividades ou oferecer atividades. Favorecer com que o servidor possa reconhecê-lo como aporte para questões que estejam envolvidos como as queixas de pessoas [...] Coisas que pudessem fazer com que o servidor buscasse o contato com essa instância e a partir daí, vocês conhecessem melhor o perfil de quem somos nós. [...] Qual o perfil dos nossos servidores. Quanto são os mais velhos ou menos velhos? Quais e quantos são os que estão perto de se aposentar ou não. A verdadeira dimensão da força de trabalho do que a gente tem e a perspectiva de trabalho que eles tem aqui dentro. (Informação verbal)⁸

⁷ Entrevista com SU1

⁸ Entrevista com SNU4

Deveria ter Programas relacionados a atenção primária. Deveria ter um papel de medicina do trabalho preventiva e também assistencial, mas basicamente voltada pra saúde do trabalhador de maneira profilática, do tipo fazer um mapeamento das intercorrências de cada setor.[...] Além disso, não só o papel médico, mas também o nutrição, papel de assistente social, odontologia, psicológico, [...] porque hoje basicamente ele presta um serviço médico. (Informação verbal)⁹

Que a gente pudesse pensar programas específicos considerando a especificidade de nossa força de trabalho, a gente tem um conjunto de trabalhadores com perfil etário mais propenso a determinado perfil de adoecimento do que outros... trabalhar esses grupos numa perspectiva mais educativa, numa perspectiva mais de autocuidado e responsabilidade consigo mesmo. Eu também acho que era interessante que nessa ação do NUST a gente pudesse trabalhar aquele servidor dito inativo...que tá em casa...que já foi trabalhador. (Informação verbal)¹⁰

Acho que deveria se pensar numa forma de retorno das atividades. A partir das notificações registradas no NUST. O setor deveria de um retorno das demandas para os as áreas soubessem o que foi feito e o trabalhador pudesse se oportunizar desta respostas para as negociações sobre saúde do ambiente junto a Direção. (Informação verbal)¹¹

Eu acho que deveria ter dois caminhos, o trabalhador buscar o NUST por sua queixa, mas também, que o NUST pudesse acessar na direção contrária, informações da saúde desse público. Acho que isso poderia partir a partir dos dados coletados da própria consulta, que poderiam direcionar uma ação mais voltada pra questões da queixa, mas de outra forma, fazer uma avaliação mais abrangente da questão da saúde como um todo e da qualidade da saúde das pessoas que estão aqui no dia-a-dia. Primeiro do que, essa forma, não existe uma queixa desse trabalhador, mas acessar de várias maneiras, através de exames solicitados ou exames realizados. (Informação verbal)¹²

De uma forma geral, os sujeitos entrevistados depõem favoravelmente ao papel que o NUST desempenha atualmente, entretanto, entendem que poderia ser ampliado em termos de programas e ações voltadas para incorporação de atividades de melhoria da qualidade de vida no trabalho tendo como ponto de partida a demanda de adoecimento que vem gerando os atendimentos. Outro fator relevante neste aspecto é que um grupo de entrevistados possui uma visão mais clara a cerca do campo da saúde do trabalhador, aferindo-lhe amplitude e em função disso, cobrando do NUST uma atuação mais abrangente neste sentido. Por outro lado, uma parcela dos entrevistados associa a atuação do NUST como centro voltado para saúde ocupacional, e deste modo, cobram de forma mais contundente sua atuação focada neste aspecto.

⁹ Entrevista com SU7

¹⁰ Entrevista com SU1

¹¹ Entrevista com SU5

¹² Entrevista com SU2

O que nos falta, primeiro é a compreensão das pessoas a respeito do NUST. Depois a gente precisa realizar os exames periódicos pra a gente poder acompanhar a saúde dos servidores. Isso não tem implantado e isso falta. O Programa de Saúde Médico precisa ser implantado. (Informação verbal)¹³

Também fazer um levantamento de riscos no ambiente de trabalho, para dar andamento do trabalho. Isso preocupado com a saúde do trabalhador. Fazer um levantamento dos termos das doenças. Levantar as causas. O que tá levando a esse adoecimento. Poderia também trabalhar em cima dos exames periódicos, anual pra fazer um levantamento em cima da saúde dos servidores, e também trabalhar em cima de questões educativas que é muito importante. (Informação verbal)¹⁴

A discussão entre o ideal e o possível é fator crucial na implementação de uma unidade como a do NUST, uma vez que, de um lado você tem toda uma cadeia conceitual e epistemológica em torno do campo da saúde do trabalhador, noutro, vocês se depara com as questões dos impedimentos estruturais e conjunturais que envolvem as questões dos servidores públicos, aliada a falta de uma política (até então) ainda inexistente.

Para Lourenço e Bertani (2007), apesar de o campo da saúde do trabalhador voltar-se para proposições de ações que devem ser socializadas e integradas a quem mais interessa (os próprios trabalhadores), Aprender as condições de trabalho de modo interdisciplinar e coletivo para reconstruí-las racionalmente é um desafio dialético,

Para Minayo e Thedin (1997), o campo da saúde do trabalhador é um campo de práticas multidisciplinar, uma mudança do paradigma hegemônico dos modelos da medicina do trabalho e ocupacional só se dará através da interlocução com os próprios trabalhadores, inseridos como sujeitos do processo de ação e transformação do/no processo de trabalho.

Nessa perspectiva, buscou-se conhecer o que a força de trabalho do CPqAM conhece a cerca dos propósitos que deram forma ao NUST na Unidade, tais como Programa FIOCRUZ Saudável, interfaces entre atores (FIOSAÚDE – FIOCRUZ Saudável) e a própria construção do processo como um todo.

O grupo de questionamentos seguintes versavam sobre questões relacionadas ao **processo de constituição e implementação** do NUST no CPqAM. Neste bloco, os entrevistados falaram sobre seu conhecimento de como se deu esse processo.

Acho que não foi clara essa implantação aqui. Não me lembro que tenha sido feita nenhuma consulta direta. Pelo menos não me lembro de nada. O que nós tivemos informações foi da implantação. Foi uma informação geral, dada em reunião com todos, dessa nova idéia e do lançamento dessa política de saúde do trabalhador[...] antes mesmo de existir o espaço físico. Foi mais informativo que consultivo. (Informação verbal)¹⁵

¹³ Entrevista com TNU13

¹⁴ Entrevista com TU12

¹⁵ Entrevista com SU2

Acho que foi devido diversas demandas relacionadas a saúde do trabalhador. (Informação verbal)¹⁶

Não conheço bem. Acho que não foi suficientemente informado. Ouvi falar que iria ter um lugar onde seriam realizados exames periódicos anualmente. Me lembro que foi falado sobre os exames, mas ao mesmo tempo, não se tinha definição de quem iria pagar as despesas e esse assunto morreu. (Informação verbal)¹⁷

Não tenho conhecimento. Não é claro. Acho que deve ter sido por um ato da Direção, mas não tenho histórico. Acho que é pras pessoas também não. (Informação verbal)¹⁸

Eu acho que deve ter sido por esse anseio da gente ter uma estrutura pra saúde do trabalhador, e não só um plano de saúde. Eu acho que o surgimento foi esse. Eu não sei se havia uma outra política por trás disso, mas eu acho que foi isso. (Informação verbal)¹⁹

Identificamos neste conjunto de falas que há uma confusão em relação ao **processo de implementação do NUST**. Não é clara para a comunidade do CPqAM a institucionalização deste espaço como uma política da FIOCRUZ e a interface com o FIOSAÚDE tornou esta implementação confusa no tocante ao “propriedade” e os “beneficiários” das ações desenvolvidas por este Núcleo.

Já em relação a **Coordenação do NUST-CPqAM**, cujo modelo de gestão adotado para operacionalizar as questões da saúde do trabalhador se estabeleceu a partir da interface entre o SRH-CPqAM e o FIOSAÚDE, ficando o gestor local do FIOSAÚDE como Coordenador destas ações, verificou-se nas entrevistas, que as opiniões se dividem paritariamente. Se para um grupo, esta Coordenação sendo feita pelo FIOSAÚDE provoca dúvidas quanto a sua pertinência e adequação, sobretudo pela associação de que o NUST viesse a ser um serviço do plano de saúde e não uma política de Recursos Humanos para os trabalhadores.

Se agente olhar na perspectiva do servidor quando se aposenta, isso é uma referência. E no caso de esclarecimento de direito e deveres que a gente tem que cumprir pagar uma determinada quantia para ter uma garantia quando se aposenta, sim. Mas hoje não tá muito claro na minha cabeça essa relação do NUST com o FIOSAÚDE. Eu não saberia porque não tenho muito claro. Essa fronteira não tão direta e não tá bem definida na minha cabeça. (Informação verbal)²⁰

¹⁶ Entrevista com TNU10

¹⁷ Entrevista com SU5

¹⁸ Entrevista com SNU4

¹⁹ Entrevista com SU6

²⁰ Entrevista com SNU4

Não consigo ver bem. Não compreendo bem a questão do FIOPREV com o NUST. Sei que existem projetos que não foram implantados. Sei que tem o FIOCRUZ saudável e tudo mais. Mais não compreendo bem. (Informação verbal)²¹

Acho que se confunde muito. Até onde vai o papel do Gerente do FIOSAÚDE e até onde vai o papel de Coordenador no NUST (sendo a mesma pessoa). Então isso gera uma confusão. Nenhum servidor basicamente sabe. Eu tenho isso claro na minha cabeça, mas não creio que todos (*o tenham*). Acho que para os terceirizados isso ainda deve ser pior, porque eles só enxergam o NUST como pronto socorro, ambulatório de assistência para um problema. (Informação verbal)²²

Se o NUST pertence ao Aggeu, eu acho que o Aggeu deveria tomar conta. (Informação verbal)²³

Para um outro grupo, essa vinculação se mostra altamente oportuna e relevante.

Em relação da pertinência da continuidade do NUST com interface com o FIOSAÚDE, caso isso não se permaneça, eu acharei uma pena. Acharei lamentável. Porque foi a partir desse ponto que se começou a germinar aqui [...], de repente se começou a falar disso no nosso centro... de repente o nosso centro desenvolveu um espaço, que os outros nem conseguiram isso. (Informação verbal)²⁴

Será que a participação do FIOSAÚDE não foi o grande empecilho? Não creio. Esse empecilho vai estar em qualquer lugar, no SRH ou qualquer outro espaço [...] Ela (*a estratégia NUST*) tem que está no lugar e tem que ser reconhecida no tamanho que ela tem (no quilate 'como se diz'). Se ela não for reconhecida, ou se ela for ancorada em algum lugar onde ela não seja reconhecida, isso terá muita dificuldade que é reconhecer a dimensão estratégica que esse espaço deveria ter. (Informação verbal)²⁵

Pra mim, a participação do FIOPREV no NUST é positiva. Ficaria tudo trabalhando na instituição, trabalhando em conjunto. Porque assim, o FIOSAÚDE (que deve ter o projeto dele), junto com o NUST, se juntariam, num programa de efetividade do projeto. Atuariam em conjunto pra poder fazer comandar esse projeto em desenvolvimento. Através de verbas adquiridas por estas instituições. Em comum. (Informação verbal)²⁶

Eu acho que é fundamental que alguém do FIOPREV/FIOSAÚDE faça parte desse processo, porque são coisas complementares, onde você tem um setor que vai funcionar bem, porque imagine se você tem um setor que vai cuidar da saúde sem o FIOPREV/FIOSAÚDE. Acho que funcionaria de forma muito difícil. Eu acho que esse elo deve sempre existir. (Informação verbal)²⁷

Uma questão que se julgou importante verificar relacionava-se com a presença do **FIOCRUZ Saudável** no CPqAM e em que medida a coletividade compreendia sua dimensão e ações. A esse respeito, verificou-se certo distanciamento a cerca deste Projeto, bem como,

²¹ Entrevista com TNU13

²² Entrevista com SU7

²³ Entrevista com TU11

²⁴ Entrevista com SU1

²⁵ Entrevista com SU1

²⁶ Entrevista com TU12

²⁷ Entrevista com SU6

muitas ressalvas a respeito das ações, que segundo alguns respondentes, centram-se apenas na FIOCRUZ Rio de Janeiro.

Acho que não conheço suficiente. Do que conheço, eu acho que tem haver como pensar o trabalhador, o processo e o espaço do trabalho. (Informação verbal)²⁸

Não conheço nada além do que sai no jornalzinho, mas acho que isso é insuficiente. (Informação verbal)²⁹

Ouvi falar mas não conheço profundamente. (Informação verbal)³⁰

Não conheço. Suponho, mas não conheço os programas. Sei que existem ginástica, psicólogos, etc. mas tudo no Rio. Eles tem mais assistência. (Informação verbal)³¹

[...]pra mim, esse programa fica mais como uma intenção...um projeto...uma boa intenção, de fazer com que isso aconteça dentro da FIOCRUZ e que o NUST seria uma alça dentro desse programa FS. Ou seja, o NUST faria parte disso mas não o todo (Informação verbal)³²

Eu percebo que as pessoas não lêem. Acho que quando a gente é estimulado para que os servidores busquem as informações, acho que esse é papel proativo de um setor que trata saúde do trabalhador, que eles sejam estimulados a buscar a informação e queiram participar. Essa participação é que garante provavelmente o reconhecimento e melhoria, porque as pessoas opinam e falam das necessidades. A aí essa instância pode catalisar tudo isso que a gente tá tratando e falando da saúde do trabalhador. É identificar o que as pessoas precisam e uniformizar conceitos. Pensar a saúde do trabalhador de modo assistencialista ela tem uma direção, se a gente pensa numa promoção é diferente. Espero que esse trabalho possa ajudar nessa direção. (Informação verbal)³³

Essa questão foi inserida, pois como já mencionado anteriormente, o FIOPREV assumia importante papel na interface com o Programa FIOCRUZ Saudável, desde a criação do Núcleo de Informações sobre Saúde do Trabalhador - NIST, que teria como foco de trabalho o garimpo de informações epidemiológicas do estado de adoecimento dos associados do FIOSAÚDE através das faturas médicas-hospitalares. Tal interface foi exaltada por Buss, na ocasião da inauguração do núcleo, destacando a importância de ações que unem o FIOPREV e os grupos de saúde do trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz (2004, p. 72).

Sobre o **Financiamento do NUST**, verificou-se que, pela falta de clareza da comunidade sobre o campo de participação do FIOPREV dentro do processo de constituição do NUST-CPqAM, a questão do financiamento também se torna questionável. Para um grupo de respondentes, há uma percepção de que o FIOPREV é quem custeia o NUST CPqAM, o

²⁸ Entrevista com SU1

²⁹ Entrevista com SU6

³⁰ Entrevista com TU15

³¹ Entrevista com SU5

³² Entrevista com SU2

³³ Entrevista com SNU4

que torna essa função questionável, pois o FIOSAÚDE é um plano de saúde exclusivo de um determinado grupo, porém o NUST é extensivo para toda força de trabalho. O sujeito SNU3 expressa bem claramente essa fala, que perpassa por outros entrevistados:

Ao meu ver, o FIOSAÚDE não tem nada haver com isso. O FIOSAÚDE é um grupo associativo e as pessoas contribuem para um fim específico. Mudar o campo de atuação do plano de saúde, ainda que por uma boa causa, é desviar os recursos do seu destino. (Informação verbal)³⁴

Outras falas admitem que o custeio se dá pela via do FIOPREV, mas não fazem um julgamento de valor sobre isso (se certo ou errado), apenas manifestam sua assimilação a cerca do tema:

No caso dos trabalhadores que atuam lá, acho que eles são pagos pelo FIOSAÚDE não é ? não é pela Direção do Aggeu seguramente. Através de uma verba do FIOCRUZ Saudável. Acho que isso. (Informação verbal)³⁵

Eu acho que é a FIOCRUZ, já que o FIOPREV é um plano de saúde...e também as pessoas que trabalham no NUST são terceirizadas e não são do FIOPREV como você, então deve ser a FIOCRUZ. O Aggeu não entra com nada e o FIOPREV também não. (Informação verbal)³⁶

Parte da verba eu sei que é do próprio FIOPREV, e a outra parte eu desconheço. Não sei se é o Aggeu ou a FIOCRUZ ou se é de nossa cota de participação no plano. (Informação verbal)³⁷

Importante registrar que a fala do sujeito SNU3 é altamente pertinente quanto a questão de legitimidade do custeio do NUST pela via do FIOPREV, porém, vale frisar que todo custeio do NUST-CPqAM é feito sem a participação do FIOPREV e FIOSAÚDE como entidades financiadoras, exatamente pelas razões explanadas na fala do citado respondente. O custeio dos profissionais que compõem a equipe técnica do NUST-CPqAM (com exceção do Coordenador, que é funcionário do FIOPREV), são pagos pela FIOCRUZ/CST, através de contratação indireta, através de projetos da Saúde do Trabalhador. As despesas referente a manutenção, aquisição de medicamentos e insumos, são custeados pelo próprio CPqAM.

A respeito da **percepção dos entrevistados** sobre a atuação do NUST no processo de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, os respondentes terceirizados, cuja percepção é de que o NUST restringe-se ao Ambulatório Médico, apontam que essa função vem sendo cumprida, conforme segue:

Acho que não tem sido feito a parte de prevenção e promoção por algum problema de espaço. Ele não tem atuado como deveria, mas creio que é por falta de espaço. As

³⁴ Entrevista com SNU3

³⁵ Entrevista com SU7

³⁶ Entrevista com TU11

³⁷ Entrevista com SU6

peessoas chegaram empolgadas mas não conseguiram fazer o que queriam fazer. Elas por não ter apoio, não conseguem fazer. No caso do ambulatorial tem sido bem feita. (Informação verbal)³⁸

Acho que tem feito um bom trabalho. Acho que deve manter o que está fazendo esse mesmo trabalho que é o de atender as pessoas aqui. Sou bem atendida. As pessoas tem atenção e gostam do atendimento. (Informação verbal)³⁹

Acho participativa. No ano passado pra cá eu acho que ouve um andamento bom, em termos de acompanhamento dos acidentes, a investigação das causas...tem acontecido. A questão da realização dos exames periódicos, isso vai ajudar muito. E poder melhorar mais fazer um projeto em termos de programas de promoções do NUST através de campanhas educativas. Semana da Saúde, tudo isso são projetos para uma melhora. (Informação verbal)⁴⁰

Eu acredito no seguinte: como apoio, o NUST tá indo no caminho certo. Mas como o Aggeu tá crescendo, o NUST precisa ter outras pessoas. Quatro pessoas é pouco. Tem que inovar nisso também. Por exemplo, se precisar de um primeiro socorro, tipo um maqueiro... tinha que ter. Acho que o aggeu deveria ter convênio com o Senai ou Senac pra ter estagiário, tipo como é lá dentro, as pessoas ficar aqui estagiando [...] dando um apoio com uma bolsa. Acho que as campanhas de vacinação são boas. São positivas. Eu acho que poderia melhorar não é, porque por exemplo, a família não pode vir aqui não é quando tem vacinação. Se bem que a família vai no posto no bairro mesmo. (Informação verbal)⁴¹

Já para os respondentes que são servidores, apenas um entrevistado verbalizou reconhecer ações de Promoção da Saúde realizada pelo NUST-CPqAM. As demais opiniões se dividem entre os que reconhecem ações de Prevenção realizadas pelo NUST e outro grupo que considera que não há nenhuma ação nestes dois campos de atuação e sim, com foco apenas na assistência.

Que tem promovido tem, porque tem ações como a do vigilante do peso, eles promovem a saúde do trabalhador, tem ioga, tem meditação, então eu acho assim, que tem sido feito sim, mas eu não sei se tem havido a adesão por parte das pessoas, ou se as pessoas por nunca ter tido nada, ficam receosa de aderirem a esses programas. Eu acho assim, que tem havido, tem! (Informação verbal)⁴²

Acho só tem atuado em vacinação. Outros programas são custeados pelo próprio servidor e não são institucionais, como o vigilantes do peso por exemplo. Acho que se existe alguma ação de promoção de saúde eu desconheço. Sei que o NUST disponibiliza o espaço físico para algumas ações específicas, mas isso não é um trabalho do Aggeu. São focais. (Informação verbal)⁴³

Vejamos, no campo da promoção na hora que ele atende o trabalhador, ele tá cumprindo essa função. Mas no sentido de prevenção eu não vejo que isso ocorra. Ele ainda tá muito longe. Eu não visualizo. Seria muito mais uma intervenção por

³⁸ Entrevista com TNU13

³⁹ Entrevista com TU11

⁴⁰ Entrevista com TU12

⁴¹ Entrevista com TU14

⁴² Entrevista com SU6

⁴³ Entrevista com SU5

demanda espontânea do usuário. Como ainda não vejo essa função como bem difundida, eu não vejo que o corpo funcional, a força de trabalho da instituição tenha esse esclarecimento tenha essa noção de que ele deva procurar o NUST para outras demandas, inclusive de prevenção. (Informação verbal)⁴⁴

Não tem atuado nesse papel. Ele tem se prestado mais a função de cuidado ambulatorial. (Informação verbal)⁴⁵

Promoção não. Cuidado de pronto atendimento sim. Foco ambulatorial. Tem médico, medicamento, atendimento focal, mas promoção não...ou não ainda. (Informação verbal)⁴⁶

Ante ao exposto, verificou-se que em relação a percepção da força de trabalho a cerca do NUST e seu papel, pode-se inferir que há uma compreensão de que este núcleo cumpre uma função assistencial, cuja função centra-se na atenção a demanda espontânea. As ações de prevenção de Doenças e Promoção da Saúde não têm sido suficientes para firmar tais empreitadas como resultado de uma prática integrada e articulada. Também fica evidente que as falas denotam uma baixa compreensão a respeito do campo de intercepção do FIOPREV/FIOSAÚDE como um dos protagonistas destas ações.

Fica evidente que a proposta de atuação do NUST como espaço de Vigilância em Saúde do Trabalhador carece de uma repactuação para conferir-lhe um novo posicionamento dentro do CPqAM e junto aos sujeitos envolvidos, no sentido de dar maior visibilidade às suas ações e torná-las legítimas junto a força de trabalho.

Vale lembrar que, segundo Machado (1997), o conceito de vigilância em saúde do trabalhador dimensiona a abrangência de sua intervenção na articulação de ações voltadas para as dimensões individuais e coletivas no campo da saúde pública em torno da relação entre processo de trabalho e saúde.

Ainda para Machado (1997), a vigilância é ação em torno de um objeto, no caso da vigilância em saúde do trabalhador em torno de objetos que, alteram no sentido positivo a relação entre processo de trabalho e saúde. Deste modo, é possível afirmar que o NUST-CPqAM vem atuando neste sentido, porém, a falta de uma política consolidada a cerca da Saúde do Servidor Público, ainda era bastante incipiente dentro do período estudado, prejudicando sobremaneira, algumas ações no campo de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, por exemplo.

No tocante a participação do FIOPREV como agente integrante do processo de implementação e posteriormente, dentro da coordenação do NUST, vale ressaltar que, com

⁴⁴ Entrevista com SU2

⁴⁵ Entrevista com SU7

⁴⁶ Entrevista com TU15

exceção ao custeio da obra de estrutura física do espaço onde hoje abriga-se o escritório regional desta entidade e o NUST, nenhum outro aporte financeiro foi feito em relação a custeio de pessoal, instrumental e material de uso-consumo. Por outro lado, impactos positivos em relação ao custeio das despesas com plano de saúde dos servidores puderam ser verificados na pesquisa realizada por Freire, Caraciolo e Medeiros (2007), e já discutido no item 6.4 (p.70) da presente pesquisa e representado através do gráfico 2 (p.70) neste volume.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frise-se o fato de que durante o período do estudo, importantes discussões sobre a premente necessidade de uma Política Nacional sobre Saúde dos Servidores faziam parte da agenda política não só da FIOCRUZ, como também do próprio cenário político brasileiro, porém, a inexistência de uma política nacional sobre saúde do trabalhador voltado para os servidores públicos constitui-se um forte entrave no processo de implementação de ações voltadas para a Vigilância, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde dos trabalhadores vinculados ao Regime Jurídico Único.

A fragmentação do processo de responsabilização institucional é característica marcante na política de saúde do trabalhador, conforme refletem Oliveira e Vasconcelos (1992). Para estes autores,

existe uma organização, na área de Saúde do Trabalhador, que se caracteriza pela lógica da "compartimentalização". As ações são estanques, não-integradas e executadas por órgãos distintos e distanciados institucionalmente.[...] As ações de fiscalização dos ambientes de trabalho continuam sendo executadas pelo MTPS/INSS, pelas Coordenações de Relações do Trabalho, ex-Delegacias Regionais do Trabalho — DRTs. [...] As ações de reabilitação não foram incorporadas ao SUS, mantendo-se sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social — MTPS —, dentro da estrutura do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Este fato contraria frontalmente a mesma lei do SUS no seu artigo 6º, parágrafo 3º, em que o entendimento da Saúde do Trabalhador, para efeito da execução de ações pelo SUS, passa pela reabilitação da saúde dos trabalhadores.

Some-se as pertinentes críticas, o fato de que as ações regulamentadas para a vigilância da saúde dos trabalhadores são voltadas para os trabalhadores vinculados ao regime CLT, ou seja, trabalhadores vinculados a iniciativa privada, cujo modelo (eminentemente baseado pelo campo de medicina ocupacional), é alvo de críticas quanto a sua capacidade de refletir o processo saúde-doença-trabalho, como já apresentado inicialmente.

Uma questão importante e que precisa ser superada está relacionada a fixação dos atores envolvidos no processo de construção de uma Política Nacional e verdadeiramente inclusiva para todos os trabalhadores, independente do seu vínculo funcional, no permanente e intransponível debate às críticas dos modelos vigentes, sejam eles com características da Medicina do Trabalho, Medicina Ocupacional ou das Práticas Higienistas do Trabalho. Há que se debater não mais a qualidade dos modelos dos programas sobre saúde do trabalhador, mas o que de cada modelo deverá ser elemento constitutivo desta política.

No caso do NUST-CPqAM, que nasce num momento de convergentes interesses e oportuniza-se exatamente pela força do debate na arena conjuntural sobre as questões da

saúde do trabalhador-servidor público, ficou-se evidenciada uma forte tendência do mesmo atuar no campo da saúde ocupacional, tomando-se o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional do Ministério do Trabalho e Emprego com base (anexo B). Entretanto, a falta de uma política nacional ou mesmo institucionalizada pela FIOCRUZ, corroborou para que o NUST-CPqAM fosse se caracterizando como espaço de Pronto Atendimento, numa perspectiva de existir e a partir disto, ir ganhando novos contornos.

De acordo com os dados analisados (atas, relatórios, projetos e entrevistas), pode-se verificar que a implementação do NUST-CPqAM contou com alguns pontos de alavancagem:

- a) Primeiramente havia um interesse consensual e interinstitucional para sua implantação e implementação. Tanto a Presidência da FIOCRUZ, quanto a Diretoria do Centro tinham compromissos em intervir no cumprimento de metas pactuadas no Plano Quadrienal, por refletirem um novo olhar da FIOCRUZ e suas Unidades Técnicas Científicas para um futuro desafiador;
- b) O FIOPREV, que administrava o FIOSAÚDE e vinha atuando na recuperação financeira do plano historicamente, tinha em sua nova Diretoria um compromisso de intervir com novas práticas gerenciais e novos focos de atuação, sobretudo na questão da atenção assistencial com foco humanizado, amplo e de qualidade, apostava na adoção de estratégias de rede própria (Policlínica) como alternativa para ampliação da qualidade do serviço prestado e redução dos custos médicos-hospitalares, e, a criação de um espaço físico onde pudesse expandir a Policlínica mostrava-se oportuna;
- c) Pautava-se a discussão sobre as questões relacionadas ao custeio da saúde ocupacional, tomando-se como base o modelo instituído pelo Ministério do Trabalho para trabalhadores e empregadores regidos pela Consolidação da Leis Trabalhistas – CLT, que determina que este deve ser de responsabilidade do Empregador sem ônus para o Empregado. Assim, esse viés de pensamento também corroborava para que o FIOPREV tivesse preocupação com a apuração das despesas médicas-hospitalares, que fossem decorrentes do adoecimento ou agravo ocupacional e que poderiam ou deveriam ser extraídos das despesas médicas mensais, desonerando o Plano de Saúde, que ora apresentava graves dificuldades financeiras;
- d) Havia um grande pleito dos servidores do CPqAM, de serem contemplados com ações e programas existentes na FIOCRUZ na mesma proporção. A queixa ora latente e ora manifesta, de que a FIOCRUZ não conseguia transpor os limites territoriais para seus

programas, encontrava neste cenário, espaço para concretização de muitos anseios locais;

- e) Da mesma forma, os servidores vinculados ao FIOSAÚDE e que conheciam através dos informes e/ou até mesmo, por terem sido eventualmente atendidos pela Policlínica, reivindicavam que houvesse oferta semelhante nesta localidade, alegando que o serviço (que era de qualidade reconhecida) era um privilégio apenas dos beneficiários cariocas;
- f) Alguns servidores lastimavam o fato de não ter um programa para realização de exames periódicos, tal qual existente em outras organizações, sobretudo por servidores que tiveram vivência em empresas privadas. A possibilidade de implantar este núcleo representava a formalização de que a Instituição iria monitorar a saúde ocupacional dos trabalhadores e intervir em suas causas;
- g) Por fim, outra forte corrente de pensamento acreditava que esta intervenção seria forte aliada na substituição de mobiliários antigos por conseqüência do olhar ergonômico que se passaria a ter a partir de então.

Por outro lado, algumas forças demandas contrárias a implantação do NUST pautavam-se numa posição de desconfiança, que de acordo com as entrevistas, verificou-se que estes ainda ressoam no imaginário de alguns membros da comunidade do CPqAM.

- a) Desconfiança de que o NUST funcionaria como intervenção campanhista da Direção;
- b) Desconforto por parte dos associados do FIOSAÚDE que acreditavam que o Plano de Saúde, que encontrava-se endividado, fosse ser o financiador do Projeto;
- c) Desconfiança de que o NUST funcionaria como porta de entrada para acesso a assistência médica-hospitalar prestada pelo FIOSAÚDE aos associados ao plano;
- d) Desconfiança de que os recursos pagos plano de saúde, para atender a uma parcela de beneficiários que aderiram espontaneamente ao mesmo tivessem seus recursos aplicados para uma população de não associados, incluindo terceirizados;
- e) Desconforto conceitual em torno de que o NUST iria atuar com foco eminentemente ocupacional e não na gestão plena da saúde do trabalhador.

Apesar de todas as controvérsias com as quais o NUST-CPqAM surgiu e se constitui presente neste Centro de Pesquisa, identifica-se que o mesmo possui relevante papel e tem caminhado de forma coerente no campo dentro do propósito de ser unidade estratégica capaz de lançar um olhar sobre as questões relacionadas aos agravos da saúde do trabalhador e levar adiante a missão de atuar no campo da saúde do trabalhador, para além das questões exclusivamente legalistas, mas, sobretudo de interação humana.

Diante de tudo que foi verificado, considera-se oportuno apontar algumas medidas como oportunidades de melhorias para consolidação deste núcleo como espaço efetivo das questões relacionadas a Vigilância, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde das força de trabalho do CPqAM.

Aferir um juízo de valor a respeito do papel do Nust-CPqAM no tocante a sua efetividade enquanto espaço voltado para a saúde do trabalhador constituiu-se uma necessidade premente, uma vez que sua consolidação nesta esfera parecia esbarrar em questões como ter ou não ter uma política definida para a saúde do trabalhador; definir qual modelo de instrumento de gestão se adotaria e qual tipo de atenção o trabalhador espera receber deste setor.

O desafio de compreender qual o papel ideal do Nust-CPqAM para a força de trabalho deste Centro requereu que se avaliasse a sua efetividade reconstituindo-o desde os elementos basilares de sua concepção até as questões dos atendimentos cotidianos. Com base nisso, podemos verificar que os pressupostos que deram origem a este estudo se confirmam tanto no aspecto de que o mesmo carece de repactuação juntos as instâncias e aos atores implicados, quanto em relação a carência de esclarecimentos do seu campo de atuação, conforme discorreremos na seqüência.

Apesar de ter sido inaugurado em 2005, estimava-se que o Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST)-CPqAM, ainda não tivesse se consolidado como espaço referencial das ações votadas para saúde de seus trabalhadores e suas ações o cristalizasse como ambulatório médico para demanda espontânea da força de trabalho composta por servidores, terceirizados, bolsistas e alunos. Porém, verificou-se que apesar de ser alvo de críticas sobre sua ação focal centrada no pronto atendimento, a comunidade do CPqAM nutre uma expectativa favorável em relação a ampliação de sua atuação.

Sua implantação foi fruto da compreensão de que as transformações pelas quais o centro tem atravessado, em seu processo de ampliação e mudanças afetaram a força de trabalho não só no que se refere a questões estruturais (novos espaços de trabalho), mas também a complexificação das atividades que vão ganhando novos contornos e conseqüentemente, interferindo no processo saúde-doença-trabalho.

Verificou-se que as ações peculiares ao campo da saúde ocupacional não se consolidaram o período estudado, devido a falta de uma política que versasse sobre as questões da saúde do trabalhador-servidor público. Entretanto, a criação do SIASS através do Decreto 6.856/2009, se traduz em forte empreitada na consolidação desta política. Passou a

ser desafio do SIASS implementar as iniciativas para o acompanhamento da saúde dos servidores e tem como objetivo a prevenção dos seus agravos.

Identificou-se também que as bases legais que fizeram emergir o SIASS consolidaram a institucionalização de preceitos fundamentais a respeito das ações de vigilância à saúde do trabalhador que se firma a partir da Portaria Normativa Nº 03 de 07 de maio 2010, Ministério Do Planejamento, Orçamento e Gestão que estabeleceu as orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS, favorecendo o avançar em direção da constituição de uma política nacional de saúde do servidor público.

Desta feita, instituiu-se como política norteadora das ações pertinente à saúde do trabalhador obrigatoriedade da realização dos exames médico periódico para todos os servidores públicos federais, Decreto nº 6.856/2009, agora regulamentado pelo Decreto supracitado. Isto implica afirmar que o processo de investigação do estado de saúde dos servidores do CPqAM, através da realização de exames periódicos regulares serão iniciados ainda neste ano.

Acreditamos que esta etapa possibilitará ao NUST-CPqAM obter elementos suficientes para o apontamento de ações que possam se configurar como política prevenção e promoção da saúde a ser adotada por este centro de pesquisa, de forma mais

As indagações se o NUST-CPqAM era objeto de uma política ou se seria ele próprio uma política de atenção a força de trabalho deste centro, findado em si mesmo, já não mais se sustentarão à medida que as oportunidades de melhorias aqui propostas forem postas em prática.

8 RECOMENDAÇÕES

No campo estratégico, observa-se como necessário os seguintes aspectos:

- a) Repactuação entre os atores e instituições envolvidas sobre campo, caminhos e dimensões estratégicas da saúde do trabalhador;
- b) Reconfiguração dos papéis dos sujeitos envolvidos no processo executivo, com definições claras sobre funções entre unidade de comando e unidade de execução.

Quadro 6 – Sugestão de Plano de Ação Nível Estratégico

PLANO DE AÇÃO SUGERIDO		
Ação	Recursos	Atores envolvidos
Repactuação entre Atores	Criação de agenda	Direção CPqAM, Coordenação SRH, Coordenação Nust-CPqAM, CST-Fiocruz e Asfoc
Reconfiguração dos Papéis	Oficina de Trabalho	Coordenação SRH, Coordenação do Nust-CPqAM

Elaborado pelo autor

No campo tático, observa-se como fundamental os seguintes aspectos:

- a) Aproximação do NUST com demais instâncias ligadas a questão da Saúde do Trabalhador dentro do próprio Aggeu, tais como grupo de estudos, observatório e laboratório sobre saúde do trabalhador;
- b) (Re)Aproximação do NUST com outras entidades representativas dentro do CPqAM e que atuem em ações correlatas a saúde do trabalhador, tais como Biossegurança e Gestão Ambiental.

Quadro 7 – Sugestão de Plano de Ação Nível Tático

PLANO DE AÇÃO SUGERIDO		
ação	recursos	Atores envolvidos
Aproximação do Nust com demais Instâncias ligadas a Saúde do Trabalhador	Integrar-se a grupos de estudos, rede observatório, outros canais de discussão dentro do CPqAM	Coordenação SRH e Coordenação Nust-CPqAM, CST-Fiocruz
(re)Aproximação junto a Biossegurança e Gestão Ambiental	Agenda dialogal	Coordenação SRH, Coordenação do Nust-CPqAM

Elaborado pelo autor

Em relação a questões operacionais, observa-se como importante os seguintes aspectos:

- a) Elaboração de uma cartilha com informações sobre o NUST (campo de ação, acesso, público alvo, etc);
- b) Elaboração de uma cartilha com informações sobre Notificação de Acidentes do Trabalho;

Quadro 8 – Sugestão de Plano de Ação Nível Operacional

PLANO DE AÇÃO SUGERIDO		
ação	recursos	Atores envolvidos
Cartilha com informações sobre Nust	Elaboração de cartilha, panfleto ou folder para distribuição em eventos internos, integração de novos funcionários (servidores ou terceiros)	Coordenação SRH, Coordenação Nust-CPqAM, e Comunicação (Ascom)
(Cartilha sobre Notificação de Acidentes	Elaboração de cartilha, panfleto ou folder para distribuição em eventos internos, integração de novos funcionários (servidores ou terceiros)	Coordenação SRH, Coordenação Nust-CPqAM, e Comunicação (Ascom)

Elaborado pelo autor

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. B. Vigilância em Saúde do Trabalhador e Promoção da Saúde: Aproximações Possíveis e Desafios. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 319-322, 2003.
- ARAÚJO, L.M. et al. Para subsidiar a discussão sobre desprecarização de Trabalho no SUS. Cadernos de Recursos Humanos Saúde, Brasília, v.3, n.1, p. 163-174, 2006.
- ARAÚJO JR., J. L.; MARCIEL FILHO, R. L. Developing an operational framework for health policy analysis. Revista brasileira de saúde materno-infantil, Recife, v.1, n.3, p.203-221, 2001.
- AUGUSTO, L.G.S. Inter-relação entre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica de Saúde no SUS. Disponível em: <http://liagiraldo.pro.br/atividade_colaboracoes/atividade_academica.htm>. Acesso em: 15 maio 2011.
- AUGUSTO, L.G.S. Saúde e Vigilância: Um Tema em Construção. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 12, n. 4, p177-187, 2003.
- AYRES, I. B. S. J.; NOBRE, L. C. C. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/cesat/Manual%20Visat/Visat.PDF>>. Acesso em: 5 maio 2011.
- BEJGEL, I.; BARROSO, W. J. O Trabalhador do Setor Saúde, a legislação e seus Direitos. Boletim Epidemiologia Sanitária, Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 69-77, jul./dez. 2001.
- BRANT, L.C.; MINAYO-Gomez C. A Transformação do Sofrimento em Adoecimento: Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 213-223, 2003.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Saúde e Segurança no Trabalho. In:_____. Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br>>. Acesso em: 2 mar 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional em Saúde do Trabalhador no SUS. Portaria nº 3.908 de 30 de outubro de 1998. Brasília, 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 5).
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 3.120, de 19 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 14 jul. 1998. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/seg_m.../GM_P3.908_98seg_m_t.doc>. Acesso em: 15 maio 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Previdência; Assistência Social e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, MTE. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mps-mte-ms/2005/800.htm>>. Acesso em: 1 abr 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 03 de 07 de maio de 2010. Estabelece a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ufvjm.edu.br/proace/saude/doc_view/3-documento-do-siass.html>. Acesso em: 1 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3908 de 31 de outubro de 1998. Estabelece a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/seg_m.../GM_P3.908_98seg_m_t.doc>. Acesso em: 1 abr 2011.

BRASIL. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Caminhos de Análise de Acidentes do Trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2003.

BUSS, P. M. A Força do Trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES. Relatório de Atividades CPqAM 2002. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=7>. Acesso em: 3 out 2010.

CHALANT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa. [Trabalhos Apresentados]. Lisboa: CLAD, 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

CHIAVENATO, I. Os Novos Paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas. São Paulo: Atlas, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1., 1987, Brasília. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério do Trabalho e Emprego: Ministério da Previdência Social, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., 2005, Brasília. Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério do Trabalho e Emprego: Ministério da Previdência Social, 2005.

COUTINHO, C.; CHAVE, J. O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. Revista Portuguesa de Educação, Braga. v. 15, n. 1, p. 221-244. 2002.

- DIAS, O. P. Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- 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 [online], Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.
- DEJOURS, C. A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez : Oboré, 1992.
- DEJOURS, C. Entre sofrimento e reapropriação: O sentido do trabalho In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Paralelo 15: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 303-316.
- DI PIETRO, M. S. Z. Direito Administrativo. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- DOMINGUES, L. R. et. al. Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Cíveis Federais. 1. ed. Brasília: MPOG, 2006.
- FACHINI, L. A. Vigilância em saúde do trabalhador: uma aproximação prática. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 49-56, jan./jun. 2006.
- FREIRE, A. F.; MEDEIROS, K .R.; CARACIOLO, M. C. M. Ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador: Um olhar sobre o bem estar funcional da força de trabalho e seus impactos na redução dos custos com a assistência médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8.; CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11., 2006, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD ROM.
- FRÉMEAUX, P. Gouvernance Mondiale: Le nouvel interventionnisme libéral'. Alternatives Économiques, Lion, v.1, n. 197, p. 13-30, 2001.
- GREGGIO, M. R. O percurso dos trabalhadores afastados das fábricas em decorrência de adoecimento psíquico: caminhos e descaminhos dos trabalhadores do setor automotivo em Betim – MG. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOVERNO Lançará Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor. Contato: Boletim O Servidor, Brasília, n. 49, p. 2, ago. 2005. Disponível em: <http://www.servidor.gov.br/publicacao/boletim_contato/bol_contato_05/contato_49.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.
- KVALE, S. Interviews: An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks : Sage Publications, 1996.
- LACAZ, F.A. C. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado em Medicina, área

Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.

LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.757-766, 2007.

LOURENÇO, E. Â. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.32, n.115, p. 121-134, 2007.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p.33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiologia e Serviço de Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003.

MACHADO, J. M. H. A Propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.987-992, 2005.

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

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 125-136, 2003.

MINAYO-GOMEZ C.; 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, n. 2, p. 21-32, 1997.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciência e Saúde Coletiva [online], Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

MINAYO, M. C. S. et al. Fiocruz Saudável: Uma Experiência Institucional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 151-161, 1998.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2009.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciência e Saúde Coletiva [online], Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

MOTA, A.E. A Nova Fábrica de Consensos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MOSQUERA, J. J. M. Pessoas, Trabalho e Significado. Porto Alegre: PUCRS, 2004. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/feecultura/2004/agosto/palestra.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro : IPEA, 2004. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoa-idosa/Livro%20Os%20novos%20Idosos%20Brasileiros%20-%20muito%20alem%20dos%2060.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, pp. 150-156. 1992.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. As Políticas Públicas Brasileiras de Saúde do Trabalhador: Tempos de Avaliação. Revista Cerbes, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 43-59, 2000.

OLIVEIRA, R. M. R. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES. 2001. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

ONOFRIO, F. B. Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Adotada por Operadoras com Maior Índice de Desempenho na Saúde Suplementar – IDSS. 2007. Dissertação (Curso de Gestão em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1946.

PASTORE, E.; ROSA, L. D.; HOMEM, I. D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 58, n. 2, p. 213-226, 2007.

RIBEIRO, C. V. S. A Saúde do Servidor Público em Tempos de Gerencialismo. In: XV ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15., 2009, 2009. Anais... Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/169.%20a%20sa%20DAde%20do%20servidor%20p%20Dablico%20em%20tempos%20de%20gerencialismo.pdf>. Acesso em: 25 out. 2010.

RODRIGUES, P. F. V.; BELLINI, M. I. B. A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 345 - 357, ago./dez. 2010.

SANTOS, P. R. Estudo do Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemodinâmica: desgastes, cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador. 2004. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Planning, v.9, n.4, p. 353-370_1994.

WERNER, R. C. O Movimento Sindical e a luta pela saúde do trabalhador. In. _____. Trabalho e trabalhadores no Vale do Itajaí: uma leitura crítica. Blumenau: Cultura em Movimento, 2004.

YIN, R. Case Study Research: Design and Methods. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1994.

APÊNDICES e ANEXOS

APÊNDICE A – Questionário de Entrevistas

ROTEIRO GUIA PARA AS ENTREVISTAS

1 - Você já usou os serviços do NUST-CPqAM?

() sim - quais: () enfermagem () médico () repouso () medicamento
() não

2 - No seu entendimento, atualmente, qual é o principal papel do NUST-CPqAM?
(a que ele se destina, o que faz, como supostamente o faz)

3 - De acordo com sua compreensão, qual é ou deveria ser o principal papel do NUST-CPqAM?
(o que deveria ser, como deveria atuar, como deveria intervir)

4 - Como você acha que ocorreu a implementação do NUST?
(surgimento, organização, implementação, desdobramentos)

5 - Como você interpreta a participação do FIOPREV na coordenação do NUST-CPqAM?
(impressão sobre pertinência, relevância desta interface, cabida ou descabida, confusa, não sabia que era coordenado pelo FIOPREV/caixa de assistência no local)

6 - Como você avalia a participação do FIOPREV (caixa de assistência) na gestão do NUST?
(adequada ou inadequada, gera dinamismo ou impedimento, confusa, não sei responder)

8 - Como você acha que o FIOPREV (caixa de assistência) deve participar do processo de gestão e acompanhamentos da saúde dos servidores?
(impressão sobre deve ou não deve fazer parte desta esfera)

9 - Como você acha que se dá o processo de financiamento do NUST-CPqAM? (compra de materiais, insumos, medicamentos e folha de pagamentos)
(quem paga as despesas geradas, acha correto)

10 - O que você conhece sobre o projeto FIOCRUZ Saudável?
(livre)

11 - Como você avalia a relação entre o FIOCRUZ Saudável – FIOPREV – NUST?
(livre)

12 - Como você acha que deveria ser a relação entre o FIOCRUZ Saudável – FIOPREV – NUST?
(livre)

13- Na sua percepção, como o NUST tem atuado para a promoção de saúde do trabalhador? E dos cuidados ambulatoriais?

14- Que sugestões você apresenta para o NUST?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “SAÚDE DO TRABALHADOR DO SERVIÇO PÚBLICO: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR DA AVALIAÇÃO DO NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR –NUST/CPqAM”, de responsabilidade do pesquisador Aldemy Fernandes Freire, aluno do Mestrado Profissional deste centro .

O objetivo da pesquisa é Avaliar o processo de implementação e organização das ações NUST-CPqAM no período de 2007-2010, desde a caracterização do processo de criação e implementação do núcleo, até a percepção que a força de trabalho do CPqAM tem a respeito do papel que este desempenha ou deva desempenhar.

A sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a uma entrevista que terá aproximadamente 30 minutos de duração e será gravada para posteriormente ser transcrita.

Perguntaremos ao/a Sr(a) questões relativas NUST-CPqAM, tais como se já utilizou os serviços, se conhece o papel do mesmo, se compreende o fluxo de funcionamento, se possui algumas sugestões/críticas, dentre outras.

Os riscos inerentes a este tipo de pesquisa estão relacionados a possibilidade de constrangimento por achar que não possui condição de responder as perguntas e de ter sua identidade revelada, situações que atestamos não irão ocorrerão. Os nomes dos entrevistados serão codificados para evitar identificação dos respondentes e as questões serão dialogadas a fim de esclarecê-las ao máximo. Os benefícios estimados estão relacionados ações propositivas para o Centro, a partir dos dados coletados, visando melhoria do espaço e dos serviços, bem como na construção de novos debates sobre o campo da saúde do trabalhador. Os resultados obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, exposto acima, incluídos sua aplicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos

O Sr.(a) está livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, se assim o desejar, por qualquer motivo, e tal fato não irá alterar a sua relação com esta pesquisa nem com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Caso aceite em participar da pesquisa, o Sr. deverá assinar as duas vias deste documento, manifestando sua concordância livre e espontaneamente, onde uma via ficará com o Sr. (a) e uma cópia deste termo de consentimento ficará em posse do pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas ou outras informações posteriores o Sr. (a) poderá entrar em contato com a pesquisador responsável Aldemy Fernandes Freire através do telefone (81) 8806 6609 ou 3453 3440 e caso exista a necessidade de apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, através do telefone (81) 2101-2639 o qual tomará as medidas cabíveis.

Eu, _____, assinado o presente termo como aceite de minha participação como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da pesquisador, Aldemy Fernandes Freire e, sob a orientação da Professora Dra. Ide Gomes Dantas Gurgel.

Recife, 21 de julho de 2011.

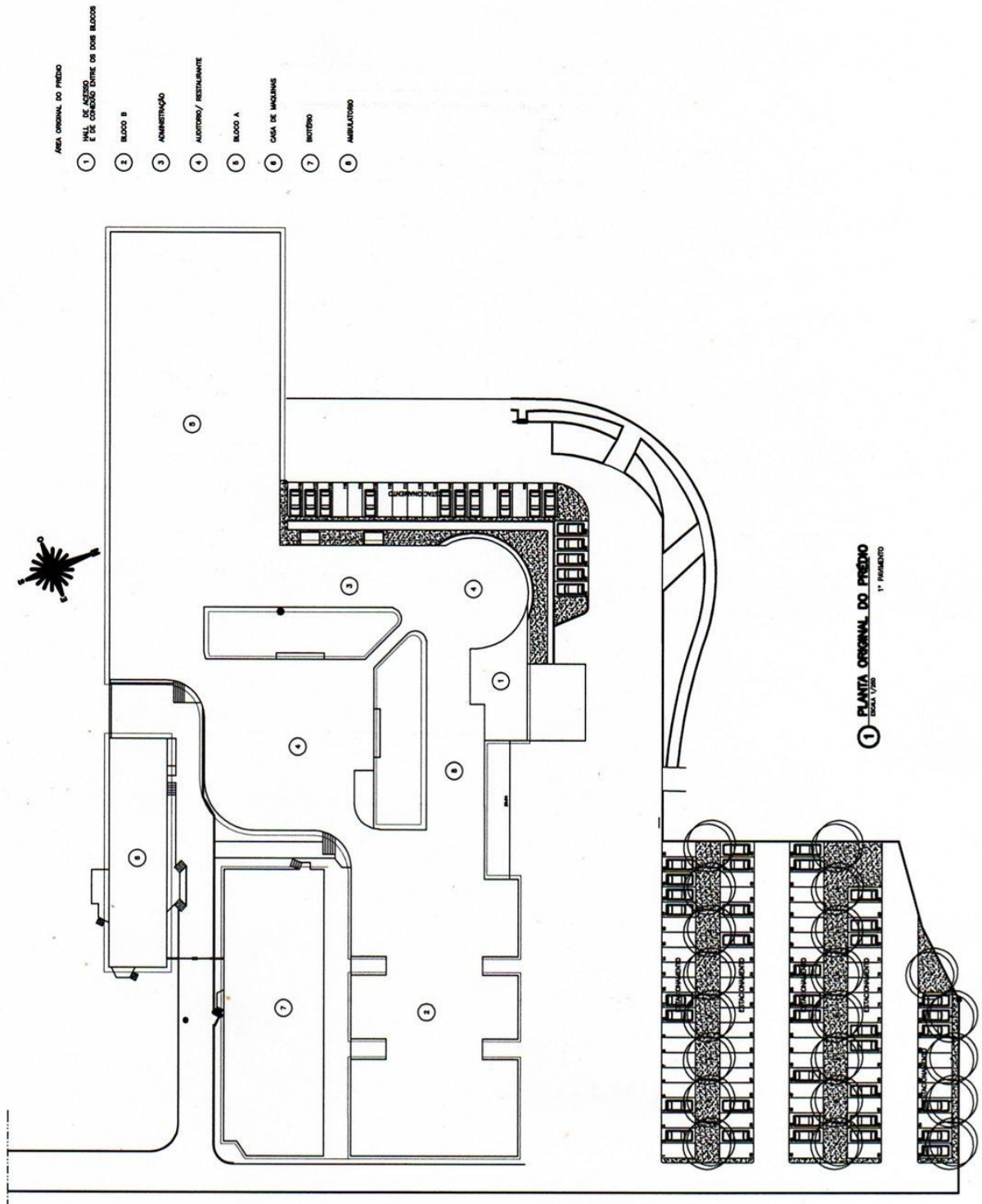
Ass. do Pesquisador: _____ R.G. _____
 Ass. do Entrevistado: _____ R.G. _____

APÊNDICE C - Mosaico de Queixas Referidas 2007 a 2010

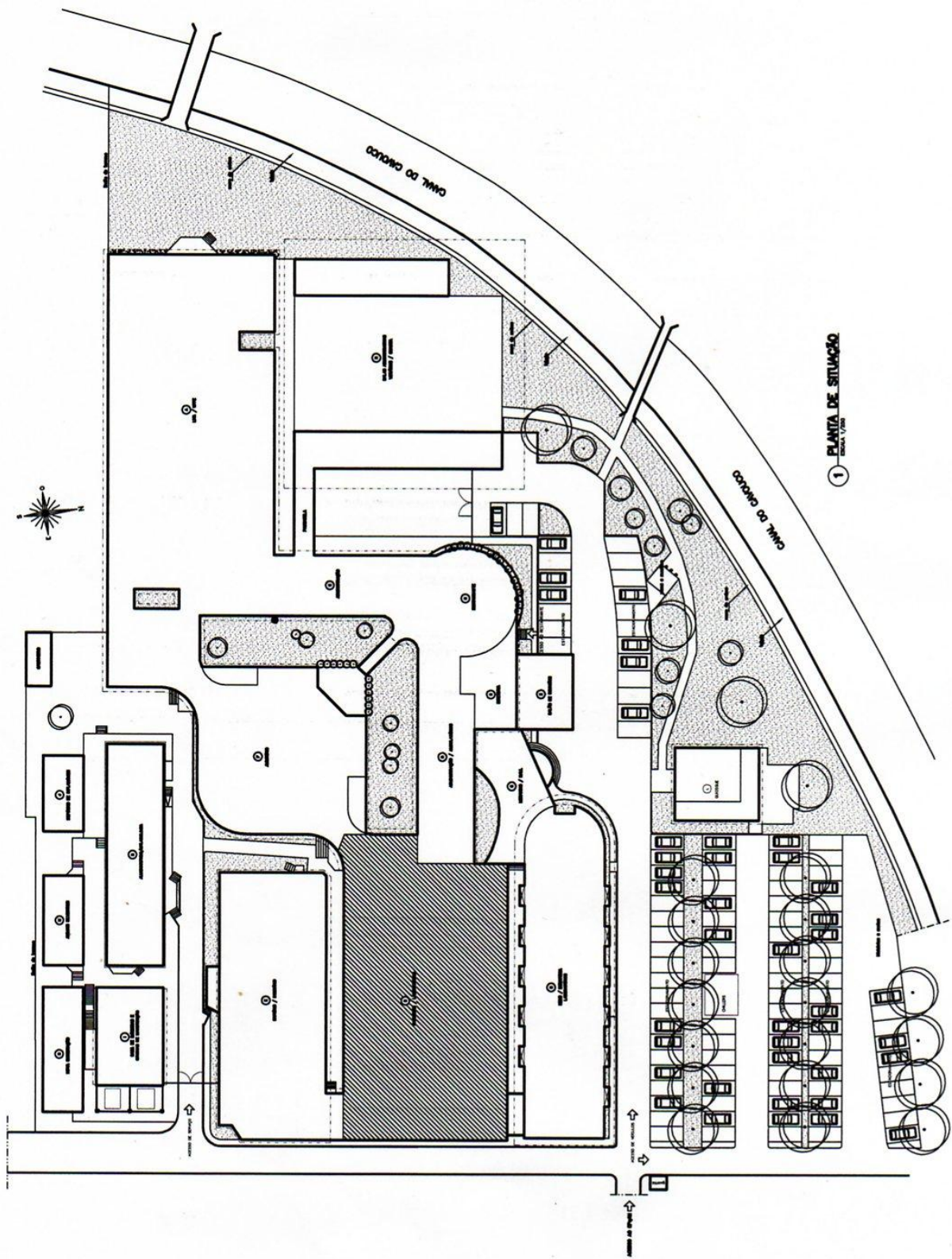
Colunas1	Colunas2	Colunas3	Colunas4	Colunas5	Colunas6	Colunas7	Colunas8
CID	2007		2008		2009		2010
		A04	1	A04	6		
						A08	3
A09	2	A09	3	A09	1	A09	8
A30	1						
		A46	3				
		A49	1				
A90	2						
				B00	4	B00	4
B01	1					B01	1
				B02	2		
		B04	2				
		B34	6			B34	3
				B35	1		
				B37	1		
B49	1	B49	2			B49	1
B82	2	B82	6				
		B86	1				
B99	5						
				E00	1		
		E03	1	E03	1		
						E05	2
						E10	1
						E11	1
		E16	1				
		E78	1	E78	2	E78	2
F06	2						
F32	7			F32	2		
				F40	3	F40	2
F41	1			F41	2		
		F43	3				
G43	1	G43	2	G43	5	G43	3
						G45	1
		G47	1				
						G51	2
H00	1			H00	3		
						H02	1
H10	2	H10	2	H10	10	H10	6
				H11	1		
		H19	1				
						H25	4
				H53	1		
H83	3	H83	2	H83	1		
		H92	1	H92	2		
I10	11	I10	15	I10	23	I10	10
I49	1						
				I51	1		
I84	1			I84	1	I84	1
				I853	1		
		J00	7	J00	1		
J01	11	J01	4	J01	6	J01	2
		J02	16	J02	22	J02	39
J03	2	J03	2	J03	5	J03	5
J04	1			J04	1		
		J10	8	J10	4	J10	2
		J11	1	J11	16		

						N64	2
						N76	1
						N77	1
N92	1					N92	1
N93	2						
N94	1	N94	3	N94	1	N94	3
		O00	1				
						O01	1
						O20	1
						O60	1
		Q61	2				
				R00	1		
				R02	1		
						R02	1
R04	1						
				R05	1		
						R06	5
R07	2			R07	1		
R10	1	R10	2	R10	4	R10	6
R11	1					R11	2
				R21	1		
				R30	1		
R42	1						
R51	6	R51	3	R51	3	R51	12
R53	8	R53	4	R53	13		
				R54	1		
R60	1						
R71	1						
R72	1						
		R74	1				
				S00	1		
		S30	2				
				S50	1		
				S51	1		
S60	1	S60	1	S60	3	S60	1
S61	1			S61	6		
				S63	1	S63	1
						S80	1
				S90	1		
		S92	1				
S93	1			S93	2		
T11	1						
				T16	1		
				T30	1	T30	1
				T63	1		
				T78	2		
						Y58	2
Z73	3	Z73	4	Z73	2		

ANEXO A – Planta do CPqAM Antes da Expansão



ANEXO B – Planta do CPqAM Após a Expansão



ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP-CPqAM



Título do Projeto: “Saúde do Trabalhador do Serviço Público: um estudo de caso a partir da avaliação do Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUST/CPqAM.”.

Pesquisador responsável: Aldemy Fernandes Freire.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 23/09/2011

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 43/11

Registro no CAAE: 0043.0.095.000 -11

PARECER Nº 39 /2011

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 26 de outubro de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 26 de outubro de 2011.

Gisela Camposana Gouveia
 Gisela Camposana Gouveia
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Met. SIAPE 0483576
 CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 26/10/2012.

ANEXO E – Projeto Piloto NUST-CPqAM

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
FIOPREV**

**PROJETO PILOTO
NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
CPqAM**

Recife, Setembro - 2003.

Apresentação

A Fundação Oswaldo Cruz, é uma organização que historicamente tem contribuído para o progresso científico do país. Mediante o desenvolvimento de suas linhas de pesquisa, o resultado do trabalho da FIOCRUZ, reflete-se na sociedade, pois é indiscutível a função social desta organização.

Além das pesquisas é de relevância também, o conjunto de atividades de ensino (cursos) desenvolvido nas várias unidades que compõem a Fundação.

Para o desenvolvimento deste universo tão diversificado de atividades a FIOCRUZ conta com um conjunto de trabalhadores, que como a própria organização também é diverso, seja nas funções, nos vários níveis de escolaridade, seja nas situações funcionais/trabalhistas heterogêneas, onde convivem: servidores, terceirizados, cooperados, bolsistas, etc.

Este quadro impõe ações não só no âmbito contratual, mas especialmente nos aspectos relativos a saúde do trabalhador, pois os múltiplos produtos da organização refletem-se em padrões de exposição e adoecimento do trabalhador diversificados, já que o ambiente de trabalho guarda relação com estes padrões de morbidade.

Neste contexto, lançar um olhar multidisciplinar sobre a força de trabalho da FIOCRUZ torna-se premente, pois permite identificar problemas e viabilizar ações com vistas a preservação da integridade física, mental e social destes trabalhadores, ou seja, mediante tais ações é possível o exercício das funções sem perdas da capacidade produtiva. Torna-se necessário, portanto, a adoção de medidas que possam contribuir para a assistência e vigilância a saúde do trabalhador.

O Centro de pesquisas Aggeu Magalhães como unidade da FIOCRUZ, reflete este quadro de referência. Neste sentido, sua força de trabalho padece de uma política de atenção a saúde do trabalhador.

Este projeto, uma parceria do SRH/CPqAM e FIOPREV, apresenta intenções no sentido de implantar e implementar um Núcleo de Saúde do Trabalhador que orientado pelo Programa FIOCRUZ Saudável, garanta assistência a força de trabalho na perspectiva da vigilância a saúde.

Considerando, aspectos da assistência e vigilância a saúde além da biossegurança, o Núcleo de Saúde do Trabalhador do CPqAM, funcionará nas instalações do Centro. Para

isso contará com uma equipe habilitada: médico do trabalho, auxiliar de enfermagem e técnico de segurança do trabalho.

Objetivo Geral

- Implantar um Núcleo de Saúde do Trabalhador no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, orientado pelas Macrodiretrizes do Programa FIOCRUZ Saudável.

Objetivos Específicos

- Integrar profissionais (médico do trabalho, auxiliar de enfermagem e técnico de segurança) para composição de uma equipe de cuidados ao trabalhador com extensão as famílias destes;
- Identificar junto a comissão de biossegurança o papel do técnico de segurança, considerando as características do Centro e sua força de trabalho;
- Desenvolver atividades de assistência a saúde do trabalhador, além de um programa de atividades que assegurem ações de prevenção e promoção a saúde;
- Garantir o atendimento médico a toda a força de trabalho do CPqAM, com extensão aos familiares;
- Contribuir para utilização mais adequada da rede de serviços médicos da FIOSAÚDE, através do núcleo de saúde do trabalhador do CPqAM;
- Desenvolver instrumentos que assegurem o registro de informações sobre o quadro de morbidade da força de trabalho do CPqAM;
- Inserir na rotina do CPqAM, ações de vigilância a saúde do trabalhador;

Das Competências

- **No Âmbito da FIOCRUZ**
Mantenedora e Provedora dos Recursos, Políticas e Macrodiretrizes.
- **No Âmbito do FIOPREV**
Pessoa Jurídica para Contratação, Gerenciamento e Coordenação das Atividades/Equipes.
- **No Âmbito do CPqAM**
Responsável pelo Desdobramento e Acompanhamento das Macrodiretrizes, Receptadora da Aplicação dos Recursos, Concessionária do Espaço Físico.

Planejamento Estratégico para Implementação do Núcleo

- **ETAPA I**

Elaboração do Programa de Implantação do Núcleo de Assistência à Saúde do Trabalhador no CPqAM;

Apuração dos Recursos Disponíveis x Recursos Necessários para Funcionamento do Núcleo no CPqAM;

Definição do Fundo de Custeio, Patrocinador/Rateio e Gerenciador do Fundo.

- **ETAPA II**

Elaborar programa para Criação do Espaço Físico;

Elaborar Perfil da Equipe Funcional;

Definir Atribuições Específicas;

Compor equipe

- **ETAPA III**

Promover Divulgação do Programa junto à Comunidade CPqAM;

Apresentar as Diretrizes e Bases do Programa;

Apresentar a Equipe de Colaboradores.

- **ETAPA IV**

Iniciar às atividades operacionais;

Estabelecer calendário para avaliação/monitorização da execução do programa;

Acompanhar efetividade do NUST no cumprimento dos objetivos Geral e Específicos traçados.

Desdobramento das Etapas Previstas

AÇÕES DA ETAPA I

ATIVIDADE	AÇÃO	RESPONSÁVEL	SITUAÇÃO
Elaboração do Programa de Implantação do Núcleo de Assistência à Saúde do Trabalhador no CPqAM	Submeter anteprojeto para análise, ajustes e aprovação da FIOCRUZ (Dr. Jorge Machado) e FIOPREV (Dr. João Barbosa)	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães) e Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife)	Encaminhado em 26/09/2003, aguardando retorno
Definição do Fundo de Custeio, Patrocinador/Rateio e Gerenciador do Fundo	No campo da competência dos coordenadores do Projeto – Dr. João Machado (FIOCRUZ) e Dr. João Barbosa (FIOPREV)	Dr. João Machado (FIOCRUZ) e Dr. João Barbosa (FIOPREV), Dr. Rômulo Maciel (CPqAM)	O CPqAM sinaliza disponibilizar parte de seu orçamento para compor o projeto.
Apuração dos Recursos Disponíveis x Recursos Necessários para Funcionamento do Núcleo no CPqAM;	Identificar local para implantação do Núcleo no CPqAM e composição conforme abaixo: Estrutura Física: Sala de espera; Consultório médico; Sala de Enfermagem; Sala de Apoio Técnico. Recursos Humanos: Recrutamento de 02 médicos (20 horas cada); 01 auxiliar de enfermagem e 01 técnico de segurança do trabalho; Aquisição de mobiliários necessário	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães), Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife), Dr. Jorge Machado (FIOCRUZ) e Dr. João Barbosa (FIOPREV)	No aguardo da medida anterior

AÇÕES DA ETAPA II

ATIVIDADE	AÇÃO	RESPONSÁVEL	SITUAÇÃO
Elaborar programa para Criação do Espaço Físico	Identificar disponibilidade de espaço físico, junto a Direção do CPqAM; Elaborar projeto de construção, após aval da Direção quanto ao espaço físico;	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães), Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife), e SATEC (Aggeu Magalhães)	Em negociação e no aguardo da definição do item b da etapa I
Elaborar Perfil da Equipe Funcional	Realizadas reuniões com membros da Comissão de Biossegurança para definição do Agente de Segurança; Demais profissionais ainda não foram alvos de discussão	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães) e Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife)	Apuradas algumas informações a cerca do perfil profissional e elencadas algumas possíveis atribuições para o mesmo. Processo em stand by
Definir Atribuições Específicas	Realizadas reuniões com membros da Comissão de Biossegurança para definição do Agente de Segurança; Demais profissionais ainda não foram alvos de discussão.	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães), Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife), Dr. Jorge Machado (FIOCRUZ) e Dr. João Barbosa (FIOPREV)	Apuradas algumas informações a cerca do perfil profissional e elencadas algumas possíveis atribuições para o mesmo. Processo em stand by
Compor equipe	Presume-se realização de processo seletivo para ocupação dos postos de trabalho em tempo oportuno	A definir	No aguardo na conclusão dos processos anteriores

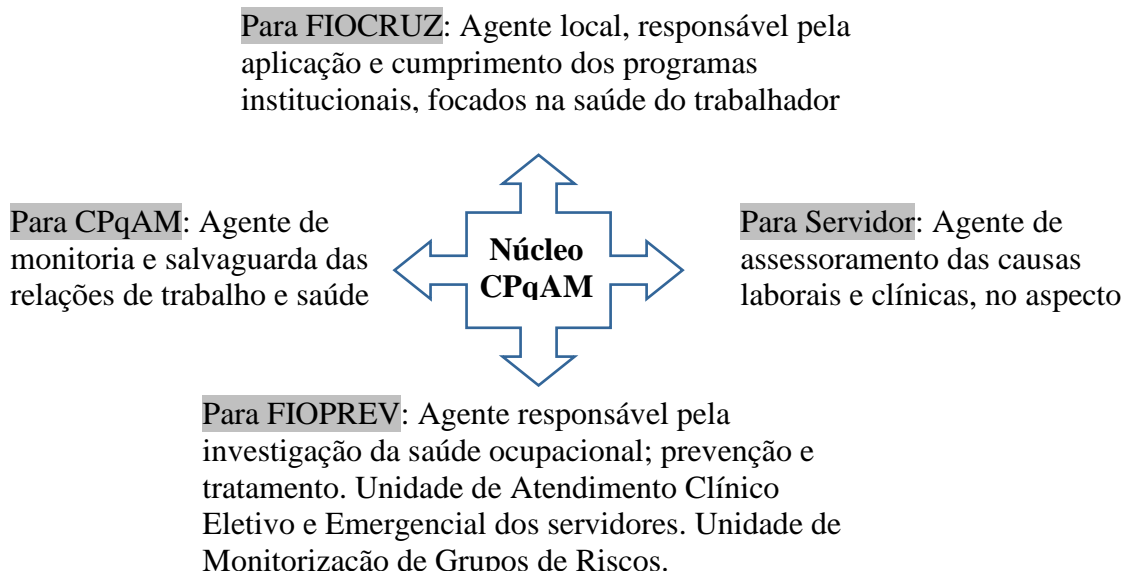
AÇÕES DA ETAPA III

ATIVIDADE	AÇÃO	RESPONSÁVEL	SITUAÇÃO
Promover a Divulgação do Programa junto à comunidade do CPqAM	Implementar a Semana da Saúde, com programação diária, envolvendo palestras e atividades voltadas para prevenção. Foi idealizada a semana de 1 a 5 de dez/2003 para realização deste evento.	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães) e Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife)	O projeto da semana da saúde já possui forma, porém a deflagração do mesmo se dará em tempo oportuno e a partir da aprovação de medidas preliminares
Apresentar as Diretrizes e Bases do Programa NUST CPqAM	Elaborar folders, cartazes, utilização e dos meios de comunicação do CPqAM	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães) e Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife)	Deflagração a partir de dez/2003 após aprovação e conclusão das etapas preliminares
Apresentar Equipe de Colaboradores	Envolver equipe nas ações da Semana da Saúde e apresentá-los à comunidade do CPqAM	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães), Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife), Dr. Jorge Machado (FIOCRUZ0 e Dr. João Barbosa (FIOPREV)	Data estimada 1 a 5 de dez/03

AÇÕES DA ETAPA IV

ATIVIDADE	AÇÃO	RESPONSÁVEL	SITUAÇÃO
Iniciar as Atividades Operacionais	Inserir os profissionais na rotina do CPqAM e FIOPREV Recife	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães) e Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife), Equipe Contratada	A definir
Estabelecer Calendário para Avaliação/Monitorização da Execução do Programa	Criar cronograma de acompanhamento e revisão de metas	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães), Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife), Dr. Jorge Machado (FIOCRUZ0 e Dr. João Barbosa (FIOPREV)	A definir
Acompanhar a Efetividade do NUST no cumprimento dos Objetivos Geral e Específicos	Seguir calendário e acompanhar oportunidades de melhoria quando necessário	Kátia Medeiros (SRH-Aggeu Magalhães), Aldemy Fernandes (FIOPREV Recife), Dr. Jorge Machado (FIOCRUZ0 e Dr. João Barbosa (FIOPREV)	A definir

Visão Sistêmica / Papel do Núcleo de Assistência à Saúde do Trabalhador – CPqAM



Funções do NUST – CPqAM

- Assegurar assistência médica a força de trabalho do CPqAM através de demanda espontânea, e aos familiares através de agendamento prévio;
- Garantir cuidados médicos em medicina do trabalho;
- Desenvolver estratégias para o gerenciamento da rede FIOSAÚDE em Recife e referenciamento de parceiros;
- Desenvolver atividades de promoção e prevenção a saúde através de um calendário de reuniões, e mediante criação de grupos;

Programas de Controle de Hipertensão Arterial, Controle de Diabetes, Controle de Obesos, entre outros conforme a necessidade local;

Programa de Valorização do Trabalhador

Realização de Programas Preventivos:

Prevenção ao Estresse - (palestras, debates, dinâmicas, vivências);

Prevenção de DORT – (Back-School, Fisioterapia no Trabalho);

Prevenção ao Câncer – (palestras, vídeos, exames preventivos).

- Identificar e gerenciar grupos de risco;
- Introduzir o programa de visitação familiar, proporcionando o monitoramento de casos;

Atribuições dos Profissionais

Perfil:

Médico: Clínico Geral com especialização em Medicina do Trabalho, Medicina Preventiva e Social, e Saúde da Família.

Técnico de Enfermagem: Especialização em Saúde Pública, e Curso de Técnico de Enfermagem do Trabalho e com experiência em programas comunitários e de emergência.

Técnico em Segurança: Técnico em Segurança + formação complementar em Biossegurança, Primeiros Socorros, Brigada de Incêndio, Gestão Ambiental – ISSO 14000, Programas de Qualidade – ISSO 9000.

Das Habilidades para Técnico:

- Elaborar juntamente com a Comissão de Biossegurança o Mapeamento de Riscos do CPqAM;
- Monitorar as ações para prevenção dos riscos eminentes;
- Criar e Implementar equipes de Brigadas de Incêndio e Sistema de Evacuação Segura;
- Criar e Implementar sistema de Primeiros Socorros em casos de Acidentes e/ou Contaminações ;
- Apoiar/Assessorar permanentemente a Comissão de Biossegurança;
- Desenvolver estudos, estabelecer métodos e técnicas para prevenir acidentes do trabalho e doenças profissionais;
- Desenvolver Programa de Ginástica Laboral;
- Desenvolver Programa de Ergonomia / Posturas Viciosas;
- Acompanhar Execução de Obras de Construção, Manutenção e Instalação efetuadas no CPqAM;
- Criar e acompanhar indicadores;
- Ser agente facilitador de treinamentos específicos para servidores e terceiros, no que se refere às normatizações de segurança e biossegurança;
- Promover a conscientização dos colaboradores sobre suas responsabilidades com a segurança e biossegurança, estabelecendo o sentimento de corresponsabilidade;

- Acompanhar as modificações e oportunidades de melhoria do/no Mapeamento de Risco permanentemente.

Das atribuições da Equipe:

- Acompanhamento dos Servidores Afastados por motivo de saúde:
- Acompanhamento do Absenteísmo Médico
- Encaminhamento dos servidores á Junta Médica Oficial da FIOCRUZ
- Acompanhamento dos servidores em processo de Readaptação Funcional.
- Fisioterapia do Trabalho (FIOCRUZ Saudável)
- Programa de Prevenção ao Estresse (FIOCRUZ Saudável)
- Programa de Saúde Mental (encaminhamento e acompanhamento dos servidores atendidos pela MentalPrev)
- Acidente do Trabalho
- Acompanhamento Funcional