



“Análise conjuntural da vigilância em saúde do trabalhador no estado do Amazonas”

por

Evangeline Maria Cardoso

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutora em Saúde Pública

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Rio de Janeiro, Março de 2014.

Esta tese, intitulada

“Análise conjuntural da vigilância em saúde do trabalhador no estado do Amazonas”

apresentada por

Evangeline Maria Cardoso

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Eguimar Felício Chaveiro (UFG)

Profa. Dra. Fátima Sueli Neto Ribeiro (UERJ)

Prof. Dr. José Augusto Pina (Fiocruz)

Prof. Dr. Renato José Bonfatti (Fiocruz)

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (Fiocruz) – Orientador

Suplentes:

Prof. Dr. Ubirajara Aluizio de Oliveira Mattos (UERJ)

Profa. Dra. Maria Helena Barros de Oliveira (Fiocruz)

Tese defendida em 27 de março de 2014

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C268 Cardoso, Evangeline Maria
Análise conjuntural da vigilância em saúde do
trabalhador no estado do Amazonas. / Evangeline Maria
Cardoso. -- 2014.
180 f. : tab. ; graf.

Orientador: Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 2. Saúde do
Trabalhador. 3. Política de Saúde. 4. Acidentes de
Trabalho. 5. Incidência. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11098113

**Às minhas filhas, Ellen e Carol,
a quem devo
minha loucura,
meu desespero,
minha alegria,
minhas lágrimas,
a vontade de vencer,
a responsabilidade de ser exemplo e
a decepção de perceber que não consegui,
o dever de ensinar a ser de Deus,
a certeza de jamais desistir.
A uma, minha saudade,
a outra, razão da minha vida.**

AGRADECIMENTOS

À Deus.

Ao meu pai (in memoriam), sempre, pelo exemplo a ser seguido, pela dedicação ao trabalho e à família.

À minha mãe pelo exemplo de luta, pela confiança e admiração mútua.

À Caroline Miller por ser minha filha linda, amada. Por ter suportado todos os momentos, por ter superado as dificuldades do cotidiano, por ter optado ser de Deus e resgatar nossas vidas possibilitando essa conquista. Ela não é minha, é nossa.

À João Alberto, pai das minhas filhas, pelo apoio, pelo cuidar nos momentos mais difíceis da minha vida que coincidiram com o doutorado, muito obrigada.

Aos meus irmãos e irmãs e suas famílias, pelas mensagens de apoio, especialmente aos meus sobrinhos, que mesmo sem saber o verdadeiro sentido, foram fonte de perseverança e pelo significado que têm em minha vida, me impondo o dever de ser boa e compreensiva. Especialmente a Célio Campos, sobrinho afilhado, que correspondeu aos desafios impostos realizando as correções textuais desta tese de forma tempestiva e competente.

Aos meus colegas de trabalho do Cerest que fazem parte dessa tese, não por que se trata de parte das suas histórias, mas porque, cada um, de algum modo, me ajudou a escrevê-la.

A três amigos muito queridos e amados, Socorro Moraes que me incentivou à carreira do magistério. Mirtes Jane que duramente me mostrou que é preciso seguir em frente. Nailton Lopes que antes de mim, acreditou e me mostrou que era possível, marcou sua presença na minha vida pelo testemunho a Deus.

Aos alunos do PET/VS Vigilância dos Acidentes de trabalho que aceitaram todos os desafios, tendo o compromisso como palavra que pode definir suas condutas diante das necessidades impostas para realização de um trabalho de pesquisa em idade tão tenra de suas carreiras.

Aos que participaram da entrevista pela disponibilidade e pela consciência de que, por meio da pesquisa, podemos avançar na qualidade dos serviços, contribuindo para a ebulição de ideologias que foram arquivadas em gavetas no fundo do armário de nossas existências, mas que estão guardadas, não deixou de existir, portanto precisam apenas

de uma oportunidade para serem resgatadas, remexidas, afloradas e usadas como instrumento para reacender a luta por uma sociedade mais justa.

Aos que não quiseram participar por fazer valer os seus direitos.

Aos que, direta ou indiretamente, me ajudaram nessa jornada, isso significa que participaram da minha vida pessoal ou profissional, como técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas e como docente nos diversos cursos de graduação e pós-graduação, situações que sempre me proporcionaram um potencial de aprendizagem fenomenal.

Aos colegas do doutorado e aos que, por meio deles, fizeram parte desse círculo, muito obrigada pelo apoio mútuo, pelos momentos de descontração, pela gastronomia, pela amizade, pela musicalidade, pela confiança, pelas lágrimas, pelos sorrisos, pelas gargalhadas, pelo frio, pelo calor, obrigada por ser eu no meio de vocês.

Ao Minayo, Grande Mestre, meu pedido de perdão e agradecimento, eivados da admiração que o faz quase um encantamento.

Ao Fadel minha eterna gratidão e apreço pela acolhida incondicional, parceiro responsável pela condução no final da caminhada, apontou possibilidades, dobrou a aba do meu chapéu e deixou a luz invadir o meu campo de visão. Fênix, realidade cativante, incentivou, desmitificou, reconstruiu.

RESUMO

A política de saúde do trabalhador, no Brasil, se intensificou a partir da Constituição Federal que consolidou a saúde e o trabalho como direitos de cidadania, culminando com a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, processo que se fortaleceu no Amazonas com a implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest. A Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat – foi estabelecida como estratégia prioritária para garantir proteção à saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, tomamos como objeto as ações da Visat no Amazonas com a finalidade de compreender sua atuação, contextualizar seu processo de desenvolvimento e refletir sobre as estratégias para a sua implementação. A tese foi construída com base em três eixos: análise de dados secundários, revisão documental e da literatura e pesquisa de campo. O método priorizado foi a hermenêutica-dialética; as técnicas, entrevista semiestruturada e grupo focal; e por categoria de análise: o conceito de Visat, a institucionalidade do Cerest, capilaridade das ações e a ética como fundamento para a construção coletiva das ações de Visat. Os resultados apresentam relativo domínio do conceito de Visat, porém contradições no que concerne ao seu campo de ação e competências. A diversidade de inserção do Cerest na estrutura organizacional das secretarias e a baixa cobertura da rede de atenção básica comprometeram a capilaridade das ações. A dualidade de políticas não foi identificada como problema, mas sim a falta de tradição estadual na elaboração de normas locais. As ações intra e intersecretoriais foram identificadas como necessárias, porém sem proatividade para sua efetivação. A carência de recursos humanos, a alta rotatividade dos profissionais e as mudanças decorrentes de períodos eleitorais foram apontadas como responsáveis pela dificuldade de articulação. O controle social foi identificado como frágil e desmobilizado, o reconhecimento do saber operário, apesar de considerado essencial, houve resistência à participação dos trabalhadores. Concluímos que a Visat não foi reconhecida como prioridade para o gestor, há um esforço para execução das ações, mas sem contemplar plenamente seus pressupostos. O Cerest não se restringiu ao papel de irradiador das ações de Visat, mas assumiu sua execução na busca de *expertise* para se tornar centro de inteligência em saúde do trabalhador.

Palavras-Chave: Vigilância em saúde do trabalhador; Saúde do trabalhador; Política de Saúde.

ABSTRACT

The policy of workers' health in Brazil has intensified since the Federal Constitution which consolidated health and labor citizenship rights, culminating in the publication of National Policy on Occupational Health and Working, a process that strengthened the Amazon with the implementation of the Reference Center for Occupational Health - Cerest

The Occupational Health Surveillance – Visat – was established as a strategic priority for ensure protection of workers' health. In this sense, the actions we take as an object in Visat Amazonin order to understand their actions, their process of contextualizing development and reflect on the strategies for its implementation.

The thesis was built based on three axes: secondary data analysis, document review and literature, and field research. The method was prioritized hermenêutica-dialética techniques, semi interview structured interviews and focus groups, and by the analysis: the concept of Visat the institutionalization of Cerest capillary actions and ethics as the foundation for the construction of collective actions Visat.

The results show the field concept Visat but contradictions in regard to its scope and powers. The diversity of the insertion Cerest organizational structure of the departments and the low coverage of basic health care network committed capillarity of the shares.

The duality of policies was not identified as a problem but rather the lack of state tradition in developing local standards. The intra and intersectoral action was identified as necessary but without housekeepers for their enforcement.

The lack of resources humans, the high turn over of professionals and the changes resulting from electoral periods have been identified as responsible for the difficulty of articulation. Social control was identified as frail and demobilized, the recognition of knowledge workers despite considered essential, there was resistance to employee participation.

We conclude that Visat not been recognized as a priority for the manager, there is an effort to implement the actions, but without fully contemplating their assumptions. The Cerest not restricted to the role of irradiator shares Visat but to ok his execution in search of expertise to become the center of intelligence in occupational health.

Keywords: Worker's Health Surveillance. Worker's Health. Health Policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência de acidentes de trabalho segundo o tipo de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.....	41
Tabela 2 - Incidência de acidentes de trabalho por mil trabalhadores segurados os estados da região Norte por ano de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.....	41
Tabela 3 - Incidência de acidentes de trabalho por mil trabalhadores segurados segundo o tipo de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.	42
Tabela 4 - Frequência de trabalhadores afastados, segundo a consequência do agravo, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.	44
Tabela 5 - Agravos de notificação compulsória, relacionados ao trabalho, 2007 a 2011, Amazonas, Brasil.....	45
Tabela 6 - Frequência de óbitos e anos de vida perdidos por acidente de trabalho segundo o ano de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.	48
Tabela 7– Serviços especializados de atenção à saúde do trabalhador no Amazonas segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.....	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual de crescimento de empresas e outras organizações em relação ao ano anterior, segundo ramo de atividade econômica por ano de fundação, Amazonas, Brasil.....	32
Figura 2 - Incidência, mortalidade e letalidade dos acidentes de trabalho, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.....	43
Figura 3 – Comparativo da proporção de mortalidade geral e na faixa etária economicamente ativa, segundo a causa de maior ocorrência, 2000 a 2010, Amazonas, Brasil.....	47
Figura 4 - Plano Diretor da Regionalização da Saúde, Amazonas, Brasil	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
Ceres	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
Cist	Comissão Intersectorial de Saúde do trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
Cnae	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
DRA	Departamento de Rede de Atenção
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
FVS/AM	Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISSO	Organização Internacional para Padronização
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOM	Lei Orgânica Municipal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MPS	Ministério da Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho

MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
Nost	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NOB	Norma Operacional Básica
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico
Nusat	Núcleo Municipal de Saúde do Trabalhador
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor da Regionalização
PET/VS	Programa de Educação pelo Trabalho Vigilância em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Polo Industrial de Manaus
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Renast	Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SciELO	Scientific Electronic Library Online
Semsa	Secretaria Municipal de Saúde
SESMT	Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
Seves	Sistema Estadual de Vigilância em Saúde
Sidra	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória
Sudam	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
Suframa	Superintendência da Zona Franca de Manaus
SUS	Sistema Único de Saúde
Susam	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador
ZFM	Zona Franca de Manaus

Sumário

Apresentação	14
Introdução	20
CAPÍTULO 1 – DESENHANDO O CENÁRIO: O AMAZONAS.....	26
1.1 - Aspectos geográficos, sociais e históricos.	26
1.2 Perfil Produtivo	30
Polo Comercial	32
Polo Industrial de Manaus – PIM	34
Polo Agropecuário	35
1.3 Perfil Epidemiológico - os agravos relacionados ao trabalho	37
Análise com base no sistema do Ministério da Previdência Social.....	40
Análise com base no Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória – Sinan	44
Análise com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM	46
1.4 A rede de atenção à saúde.....	49
Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast	54
A rede de saúde do Amazonas.....	56
CAPÍTULO 2 – CONCEITUANDO O OBJETO	65
2.1 Uma breve conversa sobre saúde do trabalhador	65
2.2 Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat – uma concepção para demarcação do objeto	74
CAPÍTULO 3 – SITUANDO O OBJETO	79
3.1 O processo de implantação da Visat no Amazonas.....	79
3.2 Análise da legislação do Amazonas sobre saúde do trabalhador	82
As constituições: Federal e do Amazonas	84
A Lei Orgânica da Saúde e o Código de Saúde do Amazonas.....	86
As leis orgânicas municipais	88
CAPÍTULO 4 – DESCREVENDO CAMINHO	92
4.1 Delineamento do estudo	93
4.2 Procedimentos metodológicos	96
Análise de dados secundários	96
Revisão bibliográfica e documental	98
Trabalho de campo	100
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	103
Sobre o Conceito	103
Institucionalidade do Cerest	109
Capilaridade das ações de Visat	116

Ética como fundamento para a construção coletiva das ações de Visat.....	126
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
APÊNDICES	143
Apêndice A – Artigo Publicado na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	143
Apêndice B – Dados geográficos e econômicos segundo os municípios e sub- regiões do Amazonas, Brasil, 2010.	156
Fonte: IBGE.....	157
Apêndice C – Quadro de recursos humanos dos Cerest do Amazonas segundo a categoria profissional e qualificação	158
Apêndice D – Roteiro de Entrevista Individual	159
Apêndice E – Roteiro de Entrevista do Grupo Focal	161
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
ANEXOS.....	164
Anexo 2 – Número de empresas e outras organizações segundo a classificação nacional de atividades econômicas por ano de fundação, Amazonas, Brasil.....	166
Anexo3 – Empresas e outras organizações, pessoal ocupado e pessoal ocupado e assalariado segundo a classificação nacional de atividades econômicas, Amazonas, Brasil.....	167
Anexo 4 – Indicadores industriais de empresas incentivadas pela Suframa do Setor Industrial da Zona Franca de Manaus segundo setor produtivo no ano de 2010, Manaus, Amazonas.....	168
Anexo 5 - Estabelecimentos de saúde do Amazonas segundo a tipologia e esfera administrativa	170
Anexo 6 - Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador do Amazonas	171
Referências	172

Apresentação

“[...] viu-se, então, de par com primitivas condições tão favoráveis, este reverso: o homem, em vez de senhoriar a terra, escraviza-se aos rios” (Euclides da Cunha, citado por Tocantins, 1988, p.6).¹

Formada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco e com o consultório do meu pai à disposição, vicejei, ainda como graduanda, que a clínica privada seria um território limitado para minhas expectativas profissionais, mas eu não sabia disso, só muito tempo depois conseguiria interpretar minhas inquietações.

Buscando espaço para desempenhar minhas atividades profissionais de forma que contemplasse a necessidade premente de ampliar minha atuação procurei emprego por meio dos jornais, encontrei várias possibilidades, a maioria para trabalhar em consultórios de clínicas particulares em bairros populares. Isso eu já tinha e não abrandava a ebulição de insatisfação que permeava meu cotidiano enquanto profissional de saúde. Ainda nesse percurso surgiu a oportunidade de vir para o Amazonas e me embrenhar nas experiências que me revelariam minha vocação para trabalhar em saúde pública.

Em janeiro de 1987 saí de Pernambuco para o Amazonas, ainda no setor privado, trabalhei numa mineração de cassiterita, contratada para fazer o tratamento odontológico, mais especificamente endodôntico, nos “orelhas secas”, que não mais deveriam se ausentar da mina por períodos tão longos para fazer tratamento de canal na capital, Manaus, naquele tempo, obviamente, mais complexo e com menos tecnologia que nos dias de hoje. Dois anos depois fui demitida pelo mesmo motivo pelo qual fui contratada, dispendia minha capacidade técnica cuidando dos “orelhas secas” sem dar prioridade para o nível *staff*.

Desempregada, numa região carente de mão de obra qualificada, fui quase imediatamente contratada pelo governo do Amazonas para atuar em algum município do interior à minha escolha, a partir de um rol de municípios que me foi apresentado, todos sem nenhum cirurgião dentista. Escolhi. População necessitada e tempo ocioso, optei por trabalhar muito mais que as vinte horas que meu contrato exigia. Condições precárias de trabalho e de vida. Não acostumada com o viver amazônico, estilo das casas, tipo de alimentação rica em peixe, pobre em legumes e verduras e, entre outras especificidades, o que melhor caracterizou esse cenário: ruas que levavam sempre ao mesmo destino, o rio.

Já mais adaptada ao viver amazônico, saboreando um peixe de rio, sendo capaz de pescá-lo, sabendo remar e conduzir uma canoa, atividades que preencheram minhas horas de ócio, resolvi me entranhar mais ainda com as populações nativas que viviam nessas terras de

fartura e conhecer melhor a realidade desse povo: fui trabalhar na saúde indígena. Prestei concurso para Fundação Nacional de Saúde – Funasa –, na época ainda FNS, que assumiu os encargos sobre a operacionalização das ações de saúde indígena a partir de 1991, até então atribuição da Fundação Nacional do Índio – Funai –. Essa mudança se deu em consequência de uma crise interna na Funai mediante as dificuldades de continuar prestando a diversidade de serviços sob sua responsabilidade, tais como proteção à terra, autossustentação, educação e saúde.

Além disso, o Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1988, estava em ampla discussão para a implementação de seus princípios, universalidade e integralidade da atenção à saúde, apontava para a possibilidade de que os serviços de saúde a serem prestados aos indígenas, de alta especificidade e custo, também fossem assumidos pelo setor saúde. Quanto às demais atribuições da Funai, exceto as questões de terras, também deveriam passar a ser responsabilidade dos respectivos setores técnicos: educação, meio ambiente e agricultura.

A complexidade política organizacional e a experiência acumulada com base na nova proposta do SUS indicaram, como proposta mais adequada, a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O primeiro foi o Distrito Sanitário Yanomami – DSY –, no Amazonas e Roraima, sob a gestão da Funasa, para o qual fui contratada como dentista.

Ambiente completamente politizado e tumultuado mediante o corporativismo dos técnicos da Funai no enfrentamento e antagonismo aos servidores da Funasa, que incorporava os inspetores, servidores de formação quase militar oriundos da extinta Sucam e profissionais com radical formação em saúde pública do também extinto Sesp, somados aos recém-contratados para atuar na saúde indígena.

“Complexidade já bastante complexa”, paradoxalmente conseguiu complexificar mais ainda ao incorporar um novo processo de trabalho para atender às necessidades das populações indígenas, respeitando suas especificidades e descentralizando o atendimento para prestar assistência à maioria das aldeias, localizadas em áreas de difícil acesso, nas cabeceiras dos igarapés, impondo uma organização logística complicada de alto custo para o enfrentamento das barreiras geográficas da bacia hidrográfica do Amazonas.

Nesse emaranhado de interesses políticos, sociais, culturais e corporativos permaneci durante seis maravilhosos anos, de 1992 a 1998. O trabalho na saúde indígena foi incentivo para deixar florescer a sensibilidade que tentaram suplantam na demissão do meu primeiro emprego, a vocação para agir em prol do interesse das populações mais necessitadas. Foi nesse cenário que surgiu, com toda força e agora como motivação, como sentido do trabalho,

o interesse em atuar na saúde pública. Compreendi que da primeira vez eu estava certa, só estava no lugar errado, onde os interesses do capital têm maior força e poder que a maioria.

Nesse período passei a investir na minha qualificação em cursos de especialização em saúde pública e vigilância em saúde. Ao mesmo tempo, como única dentista do DSY no Amazonas, percorri o estado de uma ponta a outra prestando assistência odontológica. Envolvida com a realidade e vivências do cotidiano das populações indígenas, viajava nas calhas dos rios, igarapés e igapós onde ficavam suas aldeias, subindo durante dias e depois descendo em menos tempo, trabalhava como componente de uma equipe altamente qualificada que me acolheu e me ensinou, aprendi.

A equipe era competente, mas pequena para atender às necessidades de saúde da população indígena, que, no Amazonas, não eram apenas os Yanomami, aliás, esses não eram nem mesmo a maioria. De tal sorte, o trabalho se acumulava e não era mais possível atuar exclusivamente nos serviços relacionados à sua profissão, foi preciso se tornar um profissional polivalente e ampliar o campo de ação, principalmente no que se referia à vacinação e controle de malária.

Dessa forma, além do atendimento clínico, me envolvi com outros serviços, entre os quais a capacitação de agentes indígenas de saúde, experiência que depois de anos me levou de volta à Secretaria de Estado da Saúde, que precisava de um técnico qualificado para organizar a subgerência de processos educacionais, localizada no departamento de políticas de saúde, onde funcionava, também, o programa de saúde do trabalhador.

A principal atividade era organizar e realizar o treinamento de agentes de endemias, principalmente malária, e sua integração à atenção primária à saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde. A atenção primária à saúde aumentava, significativamente, sua capilaridade nos territórios e o setor de controle de endemias, mesmo com um grande investimento, somava os sucessos de reduzir os índices de malária à frustração de não conseguir manter a incidência em níveis aceitáveis, recrudescendo novas epidemias. Precisava expandir seu campo de ação e capacidade de atuação.

A subgerência de processos educacionais cresceu rapidamente dentro do setor de políticas de saúde amparada na política de educação permanente do SUS, assumiu o planejamento e operacionalização de projetos de grande envergadura como a criação da Escola Técnica de Saúde para o SUS, a Profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, o Polo de Capacitação responsável pelo treinamento introdutório para as equipes de saúde da família, o Programa de Interiorização dos Profissionais de Saúde, entre outros.

Nessas condições, meu retorno à Secretaria de Saúde me afastou, definitivamente, da clínica odontológica e me aproximou das atividades de gestão, em pouco tempo assumi uma gerência dentro do departamento de atenção básica, ocasião em que acompanhei a implantação do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – Cerest – no final de 2003, que iniciou suas atividades num espaço físico dentro da Policlínica Codajás.

No entanto, mudanças de governo são como as voltas do rio, incompreensíveis, seguem numa direção por longos trechos e depois voltam, quase toca em pontos específicos por antes já corrido, mas não o fazem, seguem em outra direção. Ocasionalmente, esses trechos são tão longos, que é preferível colocar a canoa nas costas e cortar caminho a pé pela mata, nos furos secos na época da estiagem. Outras vezes, na época das chuvas, tem-se a opção de ficar no banzeiro, quando a marola passa e quando tudo se acalma, é tempo de seguir adiante.

Foi num desses momentos, esperando a banzeiro passar, que minha experiência com a educação permanente me levou ao encontro da equipe do Cerest, agora já bem estruturado, com uma equipe ampla e prédio próprio, mas em crise sobre qual seu verdadeiro papel na rede de saúde. Convidada para trabalhar no Cerest, apresentaram-me como desafio, implantar o núcleo de educação permanente, ou seja, num processo participativo deveria fomentar uma discussão e reflexão sobre a prática cotidiana do trabalho e refletir sobre sua missão, objetivo e atribuições.

Assim, a partir de 2007, passou a funcionar, dentro do Cerest estadual, um núcleo de educação permanente, com duas pessoas a sua frente eu e a psicóloga, que também chegava naquele momento ao Cerest. Iniciamos uma série de oficinas de trabalho em que, cada grupo de profissionais do Cerest, inclusive nós duas no núcleo de educação permanente, a partir das atribuições inerentes às respectivas profissões e com base nas normas publicadas até então, principalmente o manual de gestão em saúde do trabalhador, apresentava aos demais membros da equipe, discutia e reconstruía conjuntamente a proposta das atribuições, incentivando ou redirecionando o que vinha sendo feito até então.

Essa fase se constituiu como espaço de estudo e proporcionou a possibilidade de uma aproximação com as teorias sobre a saúde do trabalhador e os profissionais do Cerest, no entanto não logrou o sucesso esperado, as oficinas foram esvaziadas gradativamente e, ao final, todos voltaram às atividades como as executava anteriormente, numa quase indiferença ao que tinha sido discutido e escrito.

Iniciamos, então, uma nova etapa por meio da pesquisa, procurando incentivar um fazer pensante a partir de um trabalho de pesquisa que seria realizado gradativamente com cada segmento, seria um trabalho de longo prazo, mas com maiores chances de envolvimento dos técnicos. Realizamos duas pesquisas, a primeira sobre estresse em profissionais de saúde e a segunda sobre disfonia em professores da rede pública de ensino médio e fundamental de Manaus, ambas desenvolvidas com rigor científico e operacionalizadas conjuntamente a projetos de intervenção, cujos resultados revelaram campos de ação no âmbito da saúde mental e da fonoaudiologia, respectivamente.

Em 2010, montamos o curso de especialização em saúde do trabalhador e articulamos sua execução por meio da Universidade do Estado do Amazonas, com duas turmas de trinta alunos cada. O Curso tinha como objetivo qualificar os servidores públicos, principalmente dos Cerest da rede sentinela em saúde do trabalhador para o desenvolvimento da vigilância em saúde do trabalhador. Para tanto, foi definido como trabalho de conclusão um projeto de pesquisa ou intervenção a ser operacionalizado no âmbito da unidade de saúde de origem com a intenção de despertar proatividade para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Os resultados, longe de ser considerado um fracasso, também não poderiam ser qualificados como um sucesso. Ao começar a segunda turma do curso de especialização conversei com o professor Fadel e expressei minha preocupação sobre a necessidade de abordar o tema Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat –, a partir de caráter mais prático, com a finalidade de dar concretude às ações. Com esse intuito, prontamente sugeriu e assumimos uma nova abordagem para o curso de especialização em que a disciplina sobre a Visat foi abordada segundo uma proposta metodológica com base na pedagogia problematizadora, em que tutores e alunos, como uma equipe interinstitucional, planejam e executam inspeções em ambientes de trabalho e emitem relatórios. A experiência nos fez replanejar o curso para mais duas turmas, agora não mais como uma disciplina da especialização, mas no seu formato original, como treinamento em serviço.

Iniciava-se, então, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, uma nova etapa de organização de seus trabalhos e desenvolvimento de vigilância em saúde. Foi nesse cenário que, desde 2010, quando ingressei no doutorado em Saúde Pública, me enlacei com essa causa e busquei compreender a imensa responsabilidade do Cerest mediante suas atribuições de proteção da saúde dos trabalhadores e sua capacidade operativa. Inicialmente preocupada com a questão epidemiológica, depois, sob a orientação do Professor Minayo e

Fadel, meu objeto de estudo foi ampliado para a vigilância em saúde do trabalhador com o intuito de olhar, ver e entender as fortalezas e vulnerabilidades para operacionalizar essa ação no estado do Amazonas.

Introdução

A configuração de uma política de proteção à saúde do trabalhador com vistas à promoção da saúde e melhoria da sua qualidade de vida tem como marco a Constituição Federal² de 1988 que incorporou mudanças significativas decorrentes do ideário da reforma sanitária brasileira e consolidou, em seu texto, o estabelecimento do trabalho e da saúde como direitos de cidadania.

A Constituição brasileira também criou o Sistema Único de Saúde – SUS –, regulamentado por legislação infraconstitucional, mais especificamente a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde – LOS –, que determinou a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador como atribuições do SUS. Essa Lei também definiu a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades destinadas à promoção, proteção, bem como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Esse texto coloca a saúde do trabalhador, indiscutivelmente, como objeto das políticas públicas de saúde, apontando, inclusive, a obrigação do SUS de buscar alternativas para cumprir o instituído e propiciar aos trabalhadores a proteção e recuperação da sua saúde³.

Nos anos posteriores a 1990 foram publicados decretos e portarias normatizando estratégias de atuação direcionadas à proteção da saúde do trabalhador com a finalidade de regulamentar a determinação constitucional. Essas normas estabeleceram responsabilidades no âmbito dos três níveis de gestão, tendo como objetivo incentivar práticas de atenção integral e universal aos trabalhadores com prioridade para a promoção da saúde. A vigilância em saúde foi identificada como a principal estratégia e, para tanto, foi criada uma Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast –, para atuar como retaguarda, mas fundamentalmente, inserir as ações de vigilância na *rotina* de trabalho das unidades da rede de atenção do SUS.

Partindo do pressuposto de que a vigilância se caracteriza como ação prioritária para a atenção integral à saúde do trabalhador, torna-se necessário compreender os significados e amplitudes do termo. De modo geral, o termo ‘vigilância’ significa ato ou efeito de vigiar. Vigiar refere-se a uma observação atenta, cuidadosa e estar em sentinela⁴. No campo da saúde pública, o termo é utilizado para expressar o cuidado sobre as condições de saúde de uma população visando prevenir agravos e promover qualidade de vida, a partir de um olhar criterioso voltado para todas as questões relacionadas às condições de vida que interferem na saúde⁵.

Ao longo do tempo o conceito de vigilância apresentou importantes variações, tanto no seu âmbito de atuação quanto no conteúdo que nele se insere. Há diferentes concepções sobre qual é o espaço e quais são, efetivamente, seus limites, o que envolve e o que deve ser considerado como integrante do campo da vigilância. Essas diferentes concepções refletem e condicionam a maneira diversa como a vigilância tem se organizado no campo da saúde pública.

As definições clássicas de vigilância epidemiológica concentram suas atividades na detecção, análise e disseminação de informações sobre as doenças, conformando uma concepção de vigilância epidemiológica de informação para a ação. Nessa visão tradicional o produto final das atividades de vigilância é limitado a recomendações que resultam da análise dos dados, cujas medidas de prevenção e controle devem ser tomadas por outras instâncias da rede de saúde que não a vigilância⁶.

Partindo de um entendimento mais amplo, a vigilância é considerada como um conjunto de ações de saúde pública, desenvolvidas de forma contínua e sistemática para a detecção, coleta, análise e ação sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença de uma determinada população. Portanto, não se trata apenas de uma ampliação do objeto da vigilância, mas do estabelecimento de metodologias e técnicas adequadas a serem utilizadas de forma a possibilitar medidas que permitam monitorar o comportamento dos agravos e dos fatores de risco e, além disso, a adoção de medidas de promoção e proteção à saúde⁶.

Compreende-se, então, a vigilância em saúde pública como um complexo entrelaçamento das práticas da vigilância epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e do trabalhador, conformando uma ação sinérgica para desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de agravos à saúde das populações. A LOS refere-se à vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam conhecimento, detecção e prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos³.

A vigilância em saúde ambiental compreende um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção, assim como o monitoramento e intervenção sobre questões ambientais que interferem na saúde humana, com a finalidade de subsidiar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde decorrentes do ambiente e das atividades produtivas⁷.

A vigilância sanitária abrange as ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde por meio de intervenções sobre problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse para a saúde, compreendendo todas as etapas da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde³.

A vigilância da saúde do trabalhador visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de intervenções sobre a relação saúde, ambiente e trabalho com vistas à detecção, conhecimento, pesquisa e análise dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, tendo como finalidade o planejamento, execução e avaliação das intervenções sobre esses aspectos de forma a eliminá-los ou controlá-los⁸.

Nesse sentido se supera a concepção de uma vigilância restrita aos seus respectivos objetos, mas preconizando uma apropriação do conhecimento no tempo e no espaço priorizando a possibilidade de antecipação de tendências e mudanças que devem ser consideradas para o direcionamento de medidas de proteção para a qualidade de vida e promoção da saúde integral das pessoas e populações⁹.

De tal forma, a Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat –, que tem como base a vigilância em saúde, deve ter uma atuação fundamentada na articulação entre os campos do trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde com a valorização da participação das organizações representativas dos trabalhadores de forma que a Visat tenha sua atuação fundamentada na articulação intrasetorial e intersetorial, fato que evidencia seu caráter transversal.

A instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador, Portaria nº 3.120/98, já apontava que a Visat pressupõe uma rede de articulações internas do SUS somadas a outras externas ao setor saúde⁸. No âmbito do SUS inclui toda a rede de saúde e, prioritariamente, a rede de atenção básica, preconizada como instância responsável por coordenar o cuidado, assim como eixo estruturante dos demais níveis de complexidade, garantindo capilaridade às ações de saúde do trabalhador^{10; 11}. Intersetorialmente compreende o desenvolvimento de ações no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde^{11; 12}.

Segundo Pinheiro (1996) não se pode falar de uma vigilância em saúde do trabalhador única e rigidamente constituída, mas de um conjunto de práticas que se organizam

heterogeneamente, de acordo com o enfoque adotado, com as realidades locais, com os níveis de inserção institucional e com a participação dos trabalhadores⁹.

Nesse contexto o presente projeto se propõe a fazer uma análise conjuntural da atuação sistematizada da Visat no Estado do Amazonas, mais especificamente na rede de atenção integral à saúde do trabalhador do SUS (Renast) com fins de compreender sua atuação, contextualizar seu processo de desenvolvimento e propor estratégias para a sua implementação. Essa proposta tem como base a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora¹³ – PNSTT – e as Diretrizes para Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador¹⁴ que redirecionam o campo de prática dessa área e propõem o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador por meio do fortalecimento da Visat e sua integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, da rede de atenção à saúde no SUS e intersetorialmente com outros segmentos que atuam no campo de conhecimento do trabalho e produção para consolidação e desenvolvimento pleno das ações de promoção de ambientes e processos de trabalhos saudáveis com garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador.

Tendo como pano de fundo a PNSTT, colocou-se como questão norteadora principal: Qual a conjuntura atual para o desenvolvimento de ações sistematizadas de Visat no Amazonas, considerando a gestão, a relação inter e intrassetorial e as bases jurídicas e legais?

Sempre referenciado ao estado do Amazonas temos como questões norteadoras subjacentes: Em que medida as ações de vigilância em saúde do trabalhador são pautadas nas diretrizes da Política Nacional? Suas ações têm formulação com base na articulação intra e intersetoriais e na participação dos trabalhadores? Em que bases jurídico-legais se amparam as ações de Visat? Como a rede sentinela pode auxiliar na implementação das ações de Visat? O Cerest tem se constituído como um centro articulador e operacional para o desenvolvimento sistemático de ações Visat?

Partindo da hipótese de que o Cerest se constitui como centro articulador das ações de Visat, foi feita uma análise da conjuntura sobre o desenvolvimento dessas ações, cujos resultados estão apresentados nos capítulos desta tese iniciando com uma abordagem sobre o cenário em que se desenvolveram as ações: o Amazonas. Nesse sentido, o capítulo 1 apresenta os aspectos históricos, geográficos, perfil produtivo, perfil epidemiológico e a organização da rede de atenção à saúde. Esses grandes temas foram identificados como importantes na conformação de contextos que influenciam, conduzem ou determinam, de alguma forma, as prioridades de atuação da vigilância em saúde do trabalhador, tanto no que

concerne à intervenção nos ambientes de trabalho quanto no fortalecimento e estruturação dos serviços de saúde, com vistas à qualidade da atenção integral à saúde do trabalhador e à melhoria da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde. Parte desse capítulo gerou um artigo aceito para publicação na Revista “Epidemiologia e Serviços de Saúde”, onde consta uma análise crítica sobre os sistemas de informações em saúde enquanto fonte de dados para avaliação da situação de saúde dos trabalhadores (Apêndice A).

O capítulo 2 delimita a Visat como objeto de estudo, evidenciando que o vértice para interpretação das influências sobre o cenário escolhido tem o Cerest como ponto que irradia seu olhar e compreensões sobre a Visat, mas que também é ponto focal de um feixe de olhares, cujas compreensões interferem direta ou indiretamente na ação. Esse interfluxo resultante do imbricamento de feixes de vetores com sentidos variados ocasionalmente favorece e em outros momentos dificulta o desenvolvimento das ações de Visat, conformando a conjuntura, cujas concepções e significados foram fundamentais para a compreensão interpretativa sobre o desenvolvimento da Visat e para explicação do curso das ações no campo da saúde.

O capítulo 3 situa a Visat no contexto histórico da construção do processo de desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no Amazonas e fazemos uma análise da legislação no âmbito estadual, com destaque para as leis orgânicas municipais como instrumento de fundamental importância com potencial de despertar iniciativas para priorizar o desenvolvimento de uma política de saúde do trabalhador no âmbito municipal.

O Capítulo 4 trata da metodologia e descreve o caminho percorrido para a construção do conhecimento, tendo como ponto de partida a interpretação da natureza ideológica e histórica dos que atuam no Cerest e outros atores que com ele articulam-se com vistas à proteção da saúde dos trabalhadores. Esclarece sobre a abordagem predominantemente qualitativa elucidando as técnicas utilizadas para contemplar, como resultado, uma análise com base na hermenêutica-dialética.

No capítulo 5 são apresentados os resultados e discussão do estudo empírico por meio de texto construído com base na fala dos atores entrevistados e na interpretação dessas falas segundo a metodologia preconizada. Esse texto evidencia uma análise compreensiva relacional entre o contexto em que esses atores estão inseridos, suas influências com base no cenário apresentado e a relação com o estado da arte sobre Visat, especialmente no que se relacionam às diretrizes da Visat preconizadas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Finalmente, o capítulo 6, desenha uma breve conclusão,

revelando as principais dificuldades para tramitação e estabelecimentos de fluxos no campo da saúde, impressões e incursões do autor no percurso com a finalidade de apontar possibilidades e recomendações mediante o cenário apresentado.

CAPÍTULO 1 – DESENHANDO O CENÁRIO: O AMAZONAS

A vida social e econômica das regiões manifesta-se pelos fenômenos que resultam da colaboração ou da luta entre o homem e a terra. Portanto, quando se procura uma interpretação para qualquer tipo de sociedade humana dever-se-á partir das realidades geográficas, indo, em seguida, examinar os processos que o homem adotou para a criação de valores culturais. Porém, o ser humano sempre em suas relações com a terra, as águas, os animais e as plantas (TOCANTINS, 1988, p.173)¹.

1.1 - Aspectos geográficos, sociais e históricos.

O Amazonas é o maior Estado do Brasil, localizado na Região Norte e com uma extensão territorial de 1.559.159,148 km², possui a maior floresta tropical do mundo com 98% de sua área preservada e uma bacia hidrográfica internacionalmente conhecida como a maior reserva de água doce do planeta. O seu reconhecimento internacional também está relacionado à riqueza de sua biodiversidade e de outros recursos naturais¹⁵.

O Clima do Amazonas é predominantemente equatorial, característico principalmente da região da floresta amazônica, onde chove quase diariamente e faz muito calor. Essa **região caracterizada pela** sazonalidade na bacia amazônica e pluviosidade que marca as alterações do nível dos rios, dividindo o tempo em duas épocas distintas, das cheias e das vazantes dos rios, com uma temperatura média anual entre 26 e 27 graus Celsius, no entanto, no decorrer do dia, a amplitude térmica pode ultrapassar 10 graus Celsius, com dias de muito calor e uma umidade relativa do ar é sempre muita elevada, podendo alcançar 100% de saturação durante a noite¹⁶.

A população geral é de aproximadamente 3,5 milhões de habitantes segundo o censo demográfico de 2010. A estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – para o ano de 2013 é de um contingente de 3,8 milhões de habitantes, a maior parte concentrada nas áreas urbanas (79,1%) e com aproximadamente 167.122 indígenas, o que faz do Amazonas o estado brasileiro com maior concentração de população indígena do país¹⁵ (Apêndice B e Anexo 1).

Dividido em 62 municípios e nove sub-regiões, organizados segundo as calhas dos rios de sua bacia hidrográfica, apenas dois possuem mais de 100 mil habitantes, Parintins com 102 mil habitantes e a capital, Manaus. Manaus, localizada à margem esquerda do Rio Negro, concentra 60% da população do estado, é considerada uma Cidade-Estado e tornou-se a 6ª cidade mais rica do país. A densidade demográfica no Amazonas é de 2,23 habitantes por

quilômetro quadrado, porém, em 19 municípios, um terço do total, essa distribuição cai para menos de um habitante por quilômetro quadrado (Apêndice B).

As características geográficas do Amazonas permitem duas principais vias de deslocamento, fluvial e aérea, a primeira utilizada com maior frequência pela população local, caracterizando o rio como o caminho do cotidiano amazônico, onde as longas viagens feitas nas embarcações são marcadas por um cenário de lindas passagens da floresta tropical e pela lentidão das horas a embalar o tempo, cronometrado por dias de viagem.

A segunda opção de transporte, por via aérea, é uma alternativa de alto custo e baixa frequência, pois em alguns municípios o voo só é possível quanto completa o número de passageiros, em outros é semanal ou pelo menos duas vezes por semana e apenas dois municípios contam com voos diários Tefé e Tabatinga. Apenas em seis municípios é possível o acesso por via exclusivamente terrestre.

As especificidades amazônicas também influenciam no sistema de comunicação, com disponibilidade de serviços de telefonia e *internet* de baixa qualidade na maioria dos municípios do interior do estado.

O desenvolvimento social com base no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH – que se propõe a medir, em longo prazo e de forma resumida, o progresso do desenvolvimento das populações a partir de três dimensões: a renda, a educação e a saúde¹⁷, apresentou para o Amazonas um valor de 0,674, considerado um valor médio segundo os critérios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano. Segundo os mesmos critérios, 46 municípios foram classificados com IDH baixo, 13 com IDH médio e apenas dois municípios com IDH considerado alto, Bejamin Constant e Manaus (Apêndice B).

Historicamente a região amazônica foi habitada por numerosos povos indígenas dedicados à pesca e à cultura da mandioca, produtos que geravam um ativo comércio intertribal, ao longo do tempo, foi sendo gradativamente ocupada pela colonização hispano-portuguesa¹⁸.

A partir de 1853 a economia do estado foi impulsionada pela exportação dos produtos locais, as drogas do sertão, termo que se referia a especiarias como cacau, baunilha, guaraná, urcum, entre outros produtos com finalidades culinárias e ou medicinais, cuja comercialização se fortaleceu em decorrência do interesse do mercado pelos recursos naturais da região e pela expansão da navegação no rio Amazonas. Em 1900, a extração do látex para produção da borracha tornou-se a principal fonte do comércio extrativista e a mais importante fonte de renda do estado, pois a diversidade de sua utilização fez com que o produto

alcançasse elevadas cotações no mercado internacional. Nesse período a economia da região estava dominada por empresas estrangeiras da Inglaterra, Estados Unidos e Alemanha^{18; 19}.

Dessa forma, a exploração da borracha impulsionou um maior movimento de imigração para a Amazônia, especialmente de nordestinos e estrangeiros, atraídos pela oferta de emprego e possibilidade de riqueza na fase áurea da borracha. No entanto, o rápido enriquecimento ficou concentrado nas mãos dos seringalistas em Manaus, o interior do Estado foi cenário de um sistema de trabalho escravo em que seringueiros tornaram-se prisioneiros do sistema patronal, caracterizado por uma relação de exploração, miséria e crueldade^{18; 19}.

A quebra do monopólio da borracha natural amazônica, principalmente pela concorrência da produção de seringais plantados na Malásia com sementes oriundas da Amazônia, e que, até mesmo por se tratar de uma atividade agrícola e não extrativa, tinha maior capacidade produtiva e eficiência de coleta com logística menos complexa e menor custo, colocou no mercado internacional um produto com preços mais competitivos. A borracha produzida na Ásia forçou a redução de preços do látex e deflagrou a queda da economia no Amazonas, tendo como consequência a estagnação econômica expressas nas palavras de Michiles²⁰:

Em 1912, com a queda do preço da borracha, grande parte dos seus habitantes deixou quase tudo para trás, tendo as casas e os palacetes abandonados pela cidade se tornado substantivo, “as casas-velhas”. Também não chegava a ser uma cidade-fantasma, a vida continuava numa lassidão sem fim e nessa atmosfera da “terra que já-teve”, as pontes, as ruas, as avenidas, as praças e os monumentos pareciam um cenário que havia sido abandonado depois de utilizado numa filmagem (MICHILES, 2005, p. 284).

A descrição evidencia o quanto Manaus foi influenciada pela grande circulação de capital em decorrência da movimentação financeira na fase áurea da borracha. A crise deixou marcas profundas em toda a região, pois a inexistência de projetos administrativos alternativos que gerassem desenvolvimento sustentado teve como resultado imediato uma queda brusca da receita do Estado, alto índice de desemprego, êxodo rural dos trabalhadores dos seringais para a periferia de Manaus em busca de melhores condições de vida, situação que se prolongou por cerca de trinta anos¹⁸.

O ciclo da borracha havia representado a ascensão e a decadência da economia na Amazônia brasileira, sua fase áurea alavancou a economia e projetou a importância da Amazônia para o mundo, sua crise gerou a estagnação econômica, fato que determinou a necessidade de buscar alternativas para impulsionar a economia local. Nesse sentido, as lideranças locais buscavam estratégias para preservar a renda dos seringalistas por meio da

manutenção de subsídios para a produção de borracha, na tentativa de integrar-se à dinâmica de industrialização do país, porém o governo federal alegava que continuar investindo no setor gomífero significava desperdício de recursos que podiam ser destinados à modernização do parque industrial²¹.

Após a segunda guerra mundial, a política econômica nacional buscou a formação de um mercado interno capaz de reduzir a importação de bens manufaturados e promover a economia com base na industrialização, processo já avançado no contexto mundial. No que se refere à Amazônia, o governo militar brasileiro visualizava uma fragilidade da soberania brasileira sobre as fronteiras da região e sua ocupação econômica e demográfica significava reduzir esses imaginários riscos de invasão territorial por forças estrangeiras²².

Nessa perspectiva, várias intervenções estratégicas possibilitaram o fim do período de estagnação econômica e o início de uma nova fase de desenvolvimento com a implantação da Zona Franca de Manaus – ZFM –, que promoveu mudanças significativas no perfil da economia local, passando do extrativismo para um modelo orientado pela industrialização. Esse novo cenário interferiu, diretamente, na força de trabalho que passou a ser direcionada para duas áreas prioritárias: a do livre comércio de importação e exportação em decorrência de incentivos fiscais e a industrialização em decorrência da criação de condições jurídicas e políticas necessárias à atração de investimentos estrangeiros, numa época em que, nacional e internacionalmente, avançava a descentralização industrial²⁰.

Essas mudanças geraram um novo e súbito crescimento demográfico na região, pois a população do Estado do Amazonas passou de 721 mil habitantes na década de 1960, para 1,449 milhão nos anos 1980 e posteriormente para 2,800 milhões em 2000, representando um aumento de 388% em quatro décadas. Essa explosão demográfica se deu, novamente, em busca de emprego e riqueza.

Manaus, atualmente, é responsável pela produção de aproximadamente 81,5% do Produto Interno Bruto – PIB – da economia Amazônica (Anexo 1), conta com a Zona Franca cujo modelo de desenvolvimento econômico foi caracterizado como uma estratégia bem-sucedida para o desenvolvimento regional, proteção ambiental e garantia da soberania nacional sobre suas fronteiras, e que alicerçou condições para se sustentar como um importante centro industrial, comercial e agropecuário para manutenção da economia do Estado do Amazonas^{18; 19; 20}.

1.2 Perfil Produtivo

Em 1951, foi aprovado um projeto de lei propondo a criação um porto franco em Manaus, projeto que, apenas em 1957, foi convertido na Lei 3.173 depois de sofrer emenda transformando-o em ZFM^{20; 23}. Esses fatos não foram suficientes para efetivar a implantação dessa política em nível local, a trajetória de lutas pela implantação da ZFM foi acompanhada pela frustração da sociedade local quanto a medidas federais que permitissem a dinamização da economia do estado, pois o modelo de desenvolvimento orientado pela industrialização deixou a Amazônia numa posição secundária no cenário nacional, impossibilitando a reprodução local do desenvolvimento que ocorria na região Sudeste e Sul do país²⁰.

Após o golpe de 1964, o Ministro de Planejamento, Roberto Campos, apresentou uma proposta de solução econômica para o Estado do Rio de Janeiro, a Zona Franca da Guanabara. No entanto essa proposta foi rejeitada pela oligarquia política carioca que renunciaram a transformação da “cidade maravilhosa” [grifo do autor] numa Hong Kong. O Marechal Castelo Branco, então presidente militar, ex-comandante na Amazônia, portanto grande conhecedor das necessidades e expectativas daquela região por investimentos e movimentação da sua economia, sugeriu então que a Zona Franca fosse implantada na Amazônia, mais precisamente em Manaus²⁰.

O modelo Zona Franca é oriundo de uma ordem internacional relacionada à valorização do capital e aumento da concorrência internacional, com prioridade para o aumento da rentabilidade. No caso específico de Manaus, a estagnação econômica tanto contribuía para rebaixar o valor da força de trabalho quanto para aumentar a concorrência por emprego entre os trabalhadores, fatores fundamentais na combinação de interesses que determinavam a escolha do lugar de experimentação para uma das primeiras Zonas Francas do mundo²⁴.

A criação da ZFM se consolidou dentro de um esquema global mais amplo de desenvolvimento, a Operação Amazônia, cuja concepção tinha como base o tripé: Banco da Amazônia, a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia – SUDAM – e a ZFM. O primeiro era um banco regional depositário de incentivos; o segundo, uma agência regional de desenvolvimento; e o terceiro, uma estratégia para atrair à região força de trabalho e capital, nacional e estrangeiro, com a finalidade de evitar maior esvaziamento da economia e ocupar a região despovoada^{18; 24}.

Por determinação da Organização das Nações Unidas – ONU – as instalações técnicas para Zonas Francas tinham como incentivos comerciais e econômicos a isenção total

de taxas e impostos por período determinado de tempo; a isenção de impostos sobre sociedade por um período de cinco a dez anos; a isenção temporária ou redução de outros impostos diretos ou indiretos que deviam pagar a empresa fora da Zona; a liberdade de câmbio exterior; facilidades financeiras como a concessão de créditos a curto, médio e longo prazo em condições vantajosas quando fossem necessários para a construção de indústrias; tarifas especiais para serviços de transporte entre a Zona Franca e o porto ou aeroporto, assim como, concessões de aluguel de terrenos, edifícios e outros serviços; órgão administrativo autônomo para organizá-las, gerenciá-las e promover as facilidades de funcionamento²⁴.

Quando foi publicado o Decreto-Lei N° 288, em 1967, que criava mecanismos legais para efetivação da Zona Franca de Manaus e estabelecidos incentivos fiscais e extrafiscais instituídos com objetivo de reduzir desvantagens regionais e propiciar condições de alavancagem do processo de desenvolvimento da Amazônia, foi estabelecido por um período de trinta anos, o que correspondia até o ano de 1997. Em 1986, o prazo de vigência da ZFM foi prorrogado pela primeira vez para 2007 e, em 1998, por meio do Artigo n° 40 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal, o prazo foi prorrogado até 2013. Atualmente o prazo de vigência do modelo é 2023 em decorrência de uma nova prorrogação com base na Emenda Constitucional n.º 42/2003²³.

A Zona Franca é reconhecida como um modelo de desenvolvimento econômico regional da Amazônia brasileira que melhor conciliou o crescimento regional e a preservação ambiental. Sua administração está subordinada à Superintendência da Zona Franca de Manaus – Suframa, órgão vinculado ao Ministério do desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. A Suframa tem como missão irradiar o desenvolvimento Amazônico por meio da atração de investimentos, fomento e apoio às atividades de produção, infraestrutura econômica, capital intelectual, assistência técnica e qualificação de mão de obra, geração de emprego e renda, promovendo a integração produtiva e social da região amazônica, além de garantir a soberania nacional sobre as fronteiras do país, pois, embora localizada em Manaus, a institucionalidade da Zona Franca se estende para outros pontos de livre comércio tanto no território do estado do Amazonas quanto em outros estados como o Acre, Rondônia, Roraima e Amapá^{19; 23}.

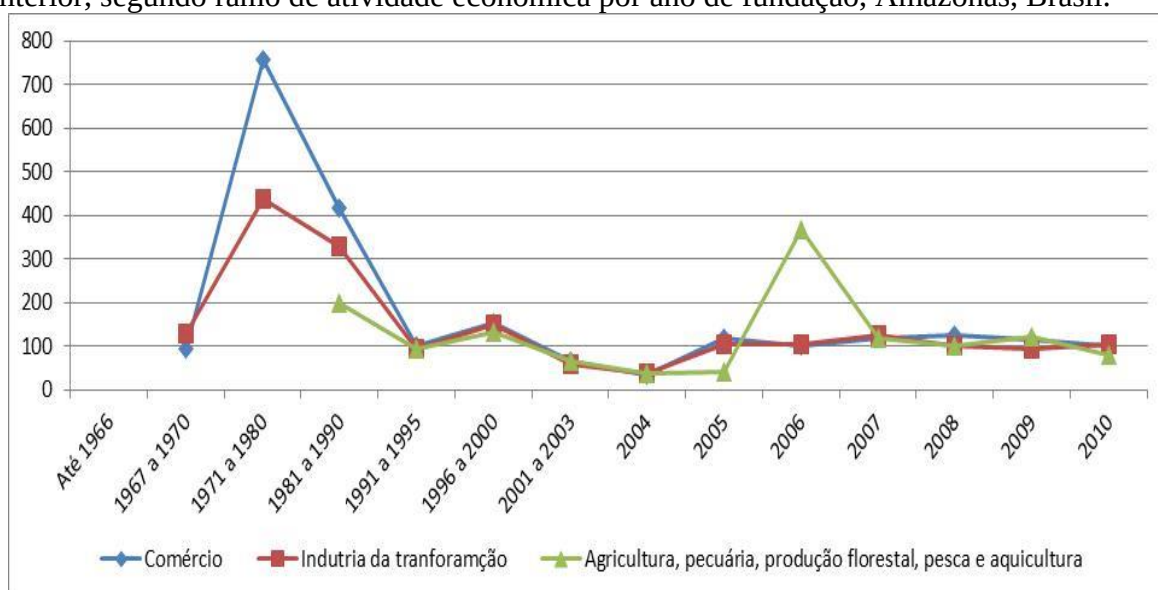
A proposta de desenvolvimento desse modelo contempla três polos econômicos: comercial, industrial e agropecuário, além dos incentivos a projetos com recursos não reembolsáveis destinados a órgãos como universidades, prefeituras, cooperativas, associações e outras, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de competências tecnológicas

necessárias para elevar a competitividade das empresas pela capacidade de inovação e sustentabilidade ambiental^{19; 23}.

Polo Comercial

O início da ZFM foi fortemente direcionado para o setor do comércio, principal responsável pelo rápido aumento da oferta de emprego e ascensão do modelo até o final da década de 1980, período em que o Brasil adotava o regime de economia fechada. Na Figura 1 é possível observar que entre a década de 70 e 80 o número de novas unidades do comércio supera em 700% a década anterior e, a partir de 1995, o percentual de novas unidades se mantém ao longo dos anos até 2010 (Anexo 2).

Figura 1 - Percentual de crescimento de empresas e outras organizações em relação ao ano anterior, segundo ramo de atividade econômica por ano de fundação, Amazonas, Brasil.



FONTE: Gráfico construído com base na tabela 993/Cadastro Central de Empresas/IBGE

Michilles²⁰ refere-se às mudanças que se processaram em decorrência da criação da zona comercial tomada pela lógica desenvolvimentista de crescimento rápido e desordenado em decorrência da implantação do polo comercial da ZFM.

Logo as placas começaram a poluir visualmente todo e qualquer espaço do centro da cidade, nomes estrangeiros, vozerio dos ambulantes que se atropelavam na possibilidade que algum dos transeuntes pudesse comprar “de-um-tudo” que tinham pra vender. (...) Diante dessa insaciável lei da procura e oferta, o valor imobiliário da cidade tomou proporções estratosféricas, perdeu-se o senso comum, a história e as tradições deixaram de existir, ou ficaram congeladas no tempo, que passou como uma retroescavadeira sobre as casas velhas, terrenos baldios, monumentos, praças,

palacetes, casarões, ruas, avenidas, jardins, logradouros públicos. Quase nada restou, somente o Teatro Amazonas feito um criado mudo testemunhou, como sempre, o massacre (MICHILES, 2005, p. 290).

Nesse período, multiplicou-se o número de lojas que vendiam produtos cuja importação estava proibida no restante do país, predominantemente eletroeletrônicos, disponibilizados com a tecnologia mais avançada da época e a preços vantajosos em decorrência dos incentivos fiscais. Esse contexto favoreceu a movimentação de outras áreas do comércio, principalmente, quase como resultado imediato, o crescimento do setor de turismo^{23; 25}.

Com a expansão do turismo comercial desenvolveram-se outros segmentos de apoio para o fluxo de turistas nacionais e estrangeiros: a hotelaria, serviços como transporte, alimentação, comunicação, entre outros. Em 1967 a rede hoteleira de Manaus contava apenas com 11 unidades, das quais apenas uma de luxo e duas de primeira classe que hospedou, naquele ano, um total de 23.157 turistas. No final de 1996 essa rede contava com 74 estabelecimentos, dos quais 28 classificados como hotéis como de padrão turístico, inclusive com hotéis de selva, oferecendo 6.671 leitos que possibilitou o acolhimento de 355.000 turistas. Nesse período o crescimento médio anual foi 7% em relação ao número de estabelecimentos turísticos, 9% em relação ao número de unidades habitacionais e 8% no fluxo de turistas²⁵.

Entre 1991 e 1996, entrou em vigor, no Brasil, a Nova Política Industrial e de Comércio Exterior, marcada pela abertura da economia brasileira e redução do imposto de importação para o restante do país. Esse fato estabeleceu profundas mudanças no modelo ZFM obrigando-o a adaptar-se à nova realidade da política industrial do país e teve como resultado a redução de relevância do comércio local que perdeu a exclusividade das importações e, conseqüentemente, a redução do turismo de compra uma vez que os produtos importados estavam disponíveis em outras regiões do país, locais de mais fácil acesso, a menor custo²³.

Com o esgotamento das áreas de livre comércio como instrumento de interiorização do modelo ZFM nos moldes em que fora criada, a expansão do setor comercial passa a ser influenciada pela dinamicidade do crescimento desordenado da cidade, agora sobre grande influência da oferta de emprego no polo industrial. Seguindo a tendência do crescimento da cidade para áreas periféricas, mais densamente povoadas, o processo de descentralização das unidades comerciais passa a crescer no ramo de vestuário e alimentos em detrimento dos eletroeletrônicos importados. Outra tendência associada ao processo de desconcentração do

comércio varejista está relacionada ao surgimento de novas unidades modernas localizadas em médios e grandes empreendimentos, como *shoppings centers* e redes de supermercados²³.

Para a economia estadual o comércio ainda representa um relevante papel tanto na formação de receita tributária estadual quanto na mobilidade para criação de postos de trabalho e geração de renda local. Até 2010 foi o ramo de atividade econômica com maior número de unidades organizacionais e o terceiro em geração de empregos, sendo superado pelos setores da indústria e da administração pública (Anexo 3).

Polo Industrial de Manaus – PIM

O PIM representou a segunda fase de desenvolvimento e se constituiu como o eixo de sustentação da ZFM e matriz econômica do Estado do Amazonas, responsável por aproximadamente a metade do Produto Interno Bruto - PIB estadual, 38% da arrecadação tributária, 65% do total de impostos federais arrecadados na região Norte³. Esse montante coloca a cidade de Manaus como o sexto município do país com maior contribuição no PIB nacional, sendo superado apenas pelas capitais São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Curitiba e Belo Horizonte²⁶.

O setor industrial começou a funcionar em 1968, no entanto o Distrito Industrial foi inaugurado apenas em 1973 com a ocupação racional e planejada dos espaços destinados ao processo de industrialização da cidade de Manaus, espaço físico que inicialmente englobava uma área de 10 mil km²²⁶. Desenvolveu-se, então, um setor produtor de bens e serviços, com fábricas e empresas dos mais diversos segmentos industriais, tais como: componentes eletroeletrônicos, bens de informática, setor duas rodas, termoplásticos, químico, metalúrgico e descartáveis como isqueiros, canetas, barbeadores, entre outros (Anexo 4)¹⁹.

O PIM atualmente possui, aproximadamente, 711 empresas com incentivos da Zona Franca, sendo 422 com projetos aprovados e produzindo, gerando mais de 104.662 empregos diretos e, aproximadamente, meio milhão de empregos indiretos, com a movimentação de um investimento fixo de mais 13 bilhões de dólares e faturamento acima de 38,09 bilhões decorrente de vendas realizadas no mercado regional, nacional e internacional. A concentração de indústrias do PIM é composta por unidades altamente competitivas, com elevada escala de produção e alto nível tecnológico e de geração de conhecimento, produzindo com excelência em qualidade, haja vista que 162 já receberam certificação de qualidade por meio das Normas de Organização Internacional para Padronização – ISO – ^{23; 27} (Anexo 4).

Apesar desse quadro desenvolvimentista, a partir da criação da ZFM a balança comercial do Amazonas passou a registrar saldos negativos devido à grande demanda por componentes importados para a fabricação dos produtos. Os principais produtos de importação foram partes para aparelhos de radiodifusão e óleo diesel, tendo como principais países de origem das importações a China, Coreia do Sul, Japão e Estados Unidos. As principais empresas importadoras são a *Samsung* da Amazônia Eletrônica Ltda., *Moto Honda* da Amazônia Ltda. e a *Nokia* do Brasil Tecnologia Ltda²⁸.

Quanto às exportações destacam-se como principais países de destino a Argentina, Colômbia, Venezuela e Estados Unidos e como principais produtos os preparos para elaboração de bebidas, motocicletas, aparelhos de barbear não elétricos e telefonia celular. As principais empresas exportadoras foram *Recofarma* Indústria do Amazonas Ltda., *Moto Honda* da Amazônia Ltda. e *Nokia* do Brasil Tecnologia Ltda²⁸.

Atualmente, o PIM se expandiu para além do território a ele destinado inicialmente, tendo empresas localizadas em outras áreas da cidade, principalmente a zona norte de Manaus. De forma geral, o projeto proporcionou maior densidade ao espaço amazônico e criou condições para atrair investimentos anteriormente concentrados no Sudeste do país, reduzindo injustas desigualdades regionais e gerando a oportunidade de transformar pequenos e médios negócios em empresas nacionais.

O cenário futuro do PIM é sua irradiação na perspectiva de consolidação da produção de bens com maior valor agregado nos segmentos industriais e em áreas emergentes como a biodiversidade e os recursos naturais locais, incluindo o potencial de navegação fluvial e extração de gás natural e petróleo. A dinamização da economia regional vislumbra o surgimento de novos empreendimentos industriais e desenvolvimento sustentável que prescindam da necessidade de manutenção da política de incentivos fiscais, cuja previsão atual de extinção é o ano de 2023¹⁹.

Polo Agropecuário

Embora haja uma preocupação em expandir o quadro socioeconômico que gira em torno do PIM, ainda não é possível identificar uma experiência que possa ser caracterizada como modelo substitutivo para ocupação da Amazônia e menos ainda, que possa ser identificada como exitosa quanto ao desenvolvimento do polo agropecuário. O modelo Zona Franca priorizou também o segmento agropecuário para investimento com fins de promover maior desenvolvimento desse setor, entretanto, no período de 1980 a 1994, houve uma

redução de terras cultivadas (Figura 1) e o maior volume dos produtos agrícolas consumidos em Manaus era proveniente do Sul e Sudeste, contrariando os objetivos do polo agropecuário quanto ao abastecimento de alimentos no mercado local. Ao longo dos anos manteve-se a produtividade sem identificação de crescimento até 2006, a partir de então é possível identificar um crescimento nessa área, porém sem se aproximar dos patamares observados nos polos comercial e industrial²⁵ (Anexo 2).

O modelo ZFM, no que concerne ao polo agropecuário, também previa a sua integração ao processo de industrialização para aproveitamento racional dos recursos naturais com a substituição gradativa das importações na geração de produtos exportáveis, redução dos custos de produção agrícola e extrativos e geração de novos empregos pela criação de uma tradição agrícola regional. Essa pretensão praticamente não ocorreu e atribui-se como causa básica desse insucesso às dificuldades com o solo, clima e vegetação da região para o desenvolvimento da agricultura e pecuária, tanto em terra de várzea quanto em terra firme. Há também a hipótese de que houve primazia das concessões de incentivos estaduais e federais para o setor da indústria e comércio em detrimento do setor primário²⁵.

O polo agropecuário abriga projetos voltados às atividades de produção de alimentos, agroindústria, piscicultura, turismo e beneficiamento de madeira entre outras^{18; 24}. O distrito agropecuário registrou em 2008 uma área produtiva de 589.334 hectares, 1.534 lotes com famílias assentadas e uma estrutura viária de uma rodovia federal, uma rodovia estadual, dez vicinais principais e alguns ramais secundários, fundamentais ao escoamento dos produtos. O faturamento anual foi aproximadamente R\$ 19.038 milhões²⁵. Em 2010, gerou 1.037 empregos diretos na agropecuária e 1.227 no ramo de indústrias extrativas (Anexo 3) considerando a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – Cnae.

A produção agropecuária tem dois segmentos com características distintas: uma área de expansão do distrito industrial e o distrito agropecuário da Suframa. O primeiro é composto principalmente por pequenos produtores que praticam agricultura de subsistência, cuja produção excedente é vendida em Manaus. O segundo segmento caracteriza-se por empreendimentos de médio e grande porte, com produção empresarial em grandes áreas de plantio com utilização de fertilização do solo, pulverização, colheita, lavagem e acondicionamento dos produtos para comercialização²³.

A produção desse segmento atende, aproximadamente, 60% do consumo local de laranja e outros produtores em menor proporção, considere-se ainda que o preço da laranja proveniente dos estados do Sudeste como, por exemplo, São Paulo, é significativamente

inferior. A piscicultura é um setor em expansão, cuja produção é proveniente de áreas alagadas com mais de 250 hectares e uma com produção média de cinco toneladas por hectare. Essa área alagada não inclui os pequenos produtores, pois muitos ainda não têm seus projetos aprovados²³.

Como perspectiva para viabilizar o avanço desse segmento a Suframa identificou a necessidade de ampliação da malha viária, melhoria na qualidade da produção por meio de qualificação técnica dos produtores rurais, principalmente na agricultura familiar, além de incentivar as potencialidades do polo agropecuário quanto à colonização, turismo ecológico e mineração. Algumas iniciativas no polo agropecuário podem ser citadas, tais como a zona franca verde, unidades de conservação, fundação Amazonas sustentável, programa bolsa floresta, geração de renda, cartão zona franca verde¹⁹.

O modelo ZFM, enquanto modelo de desenvolvimento regional, influenciou decisivamente o perfil produtivo da região, agora formado por indústrias de alta tecnologia caminhando, mesmo que discretamente, para um adensamento de cadeias produtivas e promoção comercial, setor com maior crescimento em 2010, seguido pela construção civil (Anexo 3). A trajetória da Zona Franca teve importância inclusive no que diz respeito à preservação da floresta considerando evidências apresentadas por Rivas et al (2006) em seu estudo sobre o polo industrial de Manaus²².

1.3 Perfil Epidemiológico - os agravos relacionados ao trabalho

Um informe da Organização das Nações Unidas, de abril de 2013, estimou em 317 milhões o número de acidentes de trabalho no mundo com uma previsão de 321 mil mortes²⁹. O Brasil acompanha essa tendência com mais de 700 mil casos a cada ano, sujeitando seus trabalhadores aos mais variados riscos nos ambientes e processos de trabalho, cujas consequências são os acidentes com lesão, mutilação e morte³⁰.

Para caracterizar os agravos relacionados ao trabalho como de máxima prioridade é preciso dimensionar sua magnitude e abordá-lo na perspectiva coletiva, mensurar seus impactos para o coletivo de trabalhadores, compreender o seu comportamento epidemiológico. Nesse sentido é necessário gerar conhecimentos sobre a realidade que envolve sua ocorrência, possibilitando a realização de prognósticos que apontem áreas prioritárias de investimento e acompanhamento³¹.

A diversidade de agravos à saúde que acometem os trabalhadores sempre se caracterizou como um desafio para os estudos epidemiológicos direcionados a esse segmento,

variando desde doenças decorrentes da introdução de novas tecnologias às doenças provocadas por contaminação por agentes cancerígenos e outras infinidades de agravos³². Para citar uma situação peculiar à região deve-se ainda considerar as doenças transmitidas por vetores ou acidentes com picadas de animais peçonhentos, entre outras, decorrente da exposição dos trabalhadores a ambientes de risco como, por exemplo, trabalhadores que, por força de sua atividade laboral, adentram a selva amazônica ou trabalham em áreas alagadas.

As informações geradas sobre os eventos são o óbvio ponto de partida para elaboração de planos de ação, assim, fatores relacionados à qualidade da informação, seus fluxos, suas variações e os sistemas que as administram precisam ser conhecidos e seus resultados trabalhados de forma sistematizada, com vistas a subsidiar as áreas técnicas da vigilância em saúde, enquanto campo da saúde pública responsável tanto pelo manuseio dessas mesmas informações quanto, com base nela, propor e operacionalizar intervenções com capacidade de transformar os processos e ambientes de trabalho de tal forma que repercutam na proteção da saúde e na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Estudos sobre acidentes de trabalho no Brasil, invariavelmente, recorrem ao sistema de informação do Ministério da Previdência Social – MPS – como fonte de informação^{33; 34; 35; 36; 37}, pois devido a sua natureza securitária o próprio trabalhador tem interesse em informar o agravo que o acometeu para pleitear direitos beneficiários, aumentando sua capacidade de detecção dos casos. Também as empresas são obrigadas a comunicar à previdência social a ocorrência dos acidentes com a finalidade de viabilizar a concessão dos benefícios pecuniários.

No *site* do MPS é possível consultar uma base de dados que disponibiliza informações a partir de 1988, esse sítio mantém uma produção de dados atualizada sistematicamente sobre os agravos que acometem os trabalhadores segurados, além de divulgar publicações como, por exemplo, os anuários estatísticos³⁸.

No entanto, esse sistema apresenta algumas limitações, entre as quais, o fato de detectar, exclusivamente, dados sobre os segurados pelo Regime Geral de Previdência Social, portanto não inclui informações sobre a grande massa de trabalhadores vinculados a regimes próprios de previdência, como os militares e servidores públicos da esfera municipal, estadual e federal, além dos trabalhadores autônomos e em situações de emprego informal^{37; 39; 40; 41}.

Outra limitação que deve ser considerada diz respeito à dificuldade de agregar informações subjetivas, necessárias à interpretação e análise dos acidentes, tais como:

situação geradora do acidente ou agravo, especificação do local do acidente, agente causador, diagnóstico provável e descrição da natureza da lesão^{38; 42; 43}.

Nos acidentes fatais, rotineiramente, são detectados apenas aqueles que geraram pensão por morte, acrescidos de alguns que ocasionalmente exigiram a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT^{38; 42; 43}, incorrendo num sub-registro dos acidentes em que ocorre o óbito imediato do trabalhador e não há geração de nenhum tipo de benefício pecuniário³⁸.

No que se refere ao acesso *online* das informações deve-se considerar outra importante limitação relacionada ao fato de serem disponibilizados, unicamente, os totais de eventos fatais o que impossibilita análises mais detalhadas sobre as causas dos acidentes, locais de ocorrência, categorias profissionais, entre outras informações fundamentais para intervenções de cunho preventivo⁴³.

O SUS disponibiliza uma complexa rede de sistemas que registram dados sobre mortalidade, internações hospitalares, informações ambulatoriais, atenção básica, profissionais de saúde, orçamento público, entre outros. Os sistemas do Ministério da Saúde – MS – que são usados, com maior frequência, em estudos e análises sobre a vigilância em saúde do trabalhador são: o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – Sinan – e o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM.

Os agravos à saúde do trabalhador passaram a ser de notificação compulsória em 2004, por meio da portaria nº 777 do Ministério da Saúde, a partir da qual se investiu para a adequação da base de dados do Sinan com o objetivo de incluir as informações sobre agravos relacionados ao trabalho o que permitiria análises epidemiológicas e uma ágil detecção de eventos sentinela, facilitando a definição de prioridades e intervenção adequadas e oportunas^{41; 44; 45}. Dessa forma, somente a partir de 2006, foram inseridos no Sinan dados referentes à notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho.

A atual norma que regulamenta a notificação compulsória é a Portaria nº104/2011 do MS⁴⁶ que, em seu anexo III, determina a notificação dos agravos relacionados ao trabalho como obrigatória para as unidades da rede sentinela, reduzindo o universo da população que vai gerar informação exclusivamente aos usuários dessa rede. No Estado do Amazonas, a exemplo de outros estados da Federação – São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia – ampliou-se a rede de notificação, universalizando o registro dos acidentes e doenças, o que, todavia, não ocorre em outros estados, dificultando a consolidação de informações mais fidedignas em nível nacional⁴¹.

Outra limitação a ser superada pelo Sinan está relacionada a melhorar o acesso aos dados por meio da *internet*, pois, no *site* oficial do Departamento de Informática do SUS – Datasus –, ao contrário dos demais sistemas, não há possibilidade de acesso à base de dados do Sinan que permita tabulações e análises epidemiológicas.

O SIM se constitui como uma importante fonte de informação para análise de acidentes de trabalho que culminaram com a morte do trabalhador, possibilitando a construção de um panorama sobre as perdas decorrentes da mortalidade precoce de trabalhadores. O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos – APVP – é um exemplo de análise em estudos epidemiológicos que, a partir do calculado com base na idade esperada em que ocorreria o óbito e na quantidade de anos que se deixou de viver, permite dimensionar a carga dos riscos do trabalho sobre a população, ao incorporar na sua medida uma ponderação inversamente proporcional à idade em que ocorreu a morte⁴⁷.

O documento base do SIM é a declaração de óbito – DO –, de caráter jurídico-legal é produzido, exclusivamente, pelo MS, em vias enumeradas sequencialmente para viabilizar seu controle e a padronização da coleta dos dados. Com fins de garantir a regularidade no envio de dados o MS determinou que mediante a descontinuidade da alimentação do SIM haverá bloqueio financeiro correspondente às ações de vigilância em saúde. Essa medida contribui para que o SIM apresente um grau de cobertura estimada acima de 90% dos óbitos ocorridos em todo o país⁴⁸.

Além da diversidade de informações que a compõe, a DO tem como vantagem o fato de ser emitida para todos os trabalhadores, independente de sua relação com o mercado de trabalho. Apresenta a desvantagem do alto percentual de declarações com inadequado preenchimento do campo que relaciona o óbito por causas externas ao trabalho^{42; 43; 49; 50}. Essa precariedade é recorrente tanto no que se refere à quantidade de acidentes relacionados ao trabalho, quanto à qualidade da informação, devido ao preenchimento incompleto ou incorreto da declaração em outros campos como, por exemplo, ocupação^{36; 42; 49}.

Análise com base no sistema do Ministério da Previdência Social

No período de 2000 a 2011, o sistema previdenciário registrou, no Amazonas, um total de 62.518 agravos, sendo 48.593 acidentes típicos, 7.401 acidentes de trajeto, 6.153 doenças e 371 óbitos relacionados ao trabalho, correspondendo a pouco mais de 1% do total de eventos registrados do país (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência de acidentes de trabalho segundo o tipo de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.

ANO	AMAZONAS					BRASIL				
	TÍPICO	TRAJETO	DOENÇA	OBITO	TOTAL	TÍPICO	TRAJETO	DOENÇA	OBITO	TOTAL
2000	2.001	243	237	25	2.506	304.963	39.300	19.605	3.094	366.962
2001	1.992	281	264	23	2.560	282.965	38.799	18.487	2.753	343.004
2002	2.443	324	319	36	3.122	323.879	46.881	22.311	2.968	396.039
2003	2.714	400	418	24	3.556	325.577	49.642	23.858	2.674	401.751
2004	3.497	437	394	36	4.364	375.171	60.335	30.194	2.839	468.539
2005	4.252	598	501	33	5.384	398.613	67.971	33.096	2.766	502.446
2006	4.732	764	851	27	6.374	407.426	74.636	30.170	2.798	515.030
2007	5.316	806	794	24	6.940	417.036	79.005	22.374	2.845	521.260
2008	5.676	835	900	42	7.453	441.925	88.742	20.356	2.817	553.840
2009	5.323	775	623	27	6.748	424.498	90.180	19.570	2.560	536.808
2010	5.043	900	485	33	6.461	417.295	95.321	17.177	2.753	532.546
2011	5.604	1.038	367	41	7.050	423.167	100.230	15.083	2.884	541.364
TOTAL	48.593	7.401	6153	371	62.518	4.542.515	831.042	272.281	33.751	5.679.589

FONTE: MPS

*Não inclui os acidentes sem CAT.

Em 2000, a população ocupada no estado do Amazonas era de, aproximadamente, 870 mil pessoas, em 2011 esse contingente chegou a 1,455 milhão (IBGE, 2011). No mesmo período, o número de agravos passou de 2.506 para 7.050 (Tabela 1). Enquanto a população ocupada cresceu 1,67 vezes, o número de acidentes cresceu, aproximadamente, 2,81 vezes, esse quadro não se caracteriza como uma ocorrência isolada no Amazonas, mas o fato é que, ao longo da década, houve um aumento mais acentuado do número de acidentes em comparação com o crescimento da população economicamente ativa e ocupada.

Tabela 2 - Incidência de acidentes de trabalho por mil trabalhadores segurados os estados da região Norte por ano de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.

	AM	RO	PA	AP	AC	RR	NORTE	BRASIL
2000	9,99	13,02	10,60	6,06	5,73	4,70	10,11	12,74
2001	8,78	11,31	9,77	6,79	4,66	3,09	9,06	10,90
2002	10,04	11,51	10,93	5,77	5,75	2,88	9,58	12,13
2003	10,67	11,52	11,17	4,68	5,51	2,81	9,85	12,01
2004	11,74	11,95	12,96	5,73	6,06	3,55	11,66	13,16
2005	12,25	11,36	11,61	5,98	5,63	2,29	10,85	13,06
2006	12,79	10,28	12,19	7,03	5,48	2,53	10,74	12,96
2007	13,02	9,12	11,72	8,49	4,60	3,99	10,50	12,40
2008	12,32	10,00	10,45	5,92	4,37	3,54	9,69	12,20
2009	11,38	9,15	10,05	6,29	4,67	3,70	9,18	11,45
2010	10,24	9,43	8,92	5,05	5,02	4,36	8,35	10,59
2011	10,34	11,02	7,99	5,84	5,05	4,55	8,28	10,15
TOTAL	11,13	10,81	10,70	6,14	5,21	3,50	9,68	11,98

FONTE: MPS (Cálculo com base nos acidentes registrados e trabalhadores contribuintes)

O Amazonas foi o segundo estado da Região Norte com maior frequência de acidentes, o primeiro foi o Pará. No entanto, quanto à incidência, o Amazonas disputou com Rondônia os maiores índices. No período de 2000 a 2005 o Estado de Rondônia teve maior incidência, entre 11 e 13 acidentes por mil trabalhadores contribuintes, já no período de 2006 a 2010, o Amazonas teve maior incidência. Dessa forma, o Estado de Rondônia apresentou um decréscimo enquanto no Amazonas a tendência foi de crescimento do número de casos (Tabela 2).

Tabela 3 - Incidência de acidentes de trabalho por mil trabalhadores segurados segundo o tipo de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.

Ano de ocorrência	Amazonas		Brasil	
	Típicos	Trajeto	Típicos	Trajeto
2000	8.8	1.1	11.2	1.4
2001	7.6	1.1	9.5	1.3
2002	8.7	1.2	10.5	1.5
2003	9.2	1.4	10.4	1.6
2004	10.3	1.3	11.3	1.8
2005	10.7	1.5	11.1	1.9
2006	11.0	1.8	10.9	2.0
2007	11.3	1.7	10.4	2.0
2008	10.7	1.6	10.1	2.0
2009	9.9	1.4	9.4	2.0
2010	8.6	1.5	8.6	2.0
2011	8.7	1.6	8.2	1.9

FONTE: MPS (Cálculo com base nos acidentes registrados e trabalhadores contribuintes)

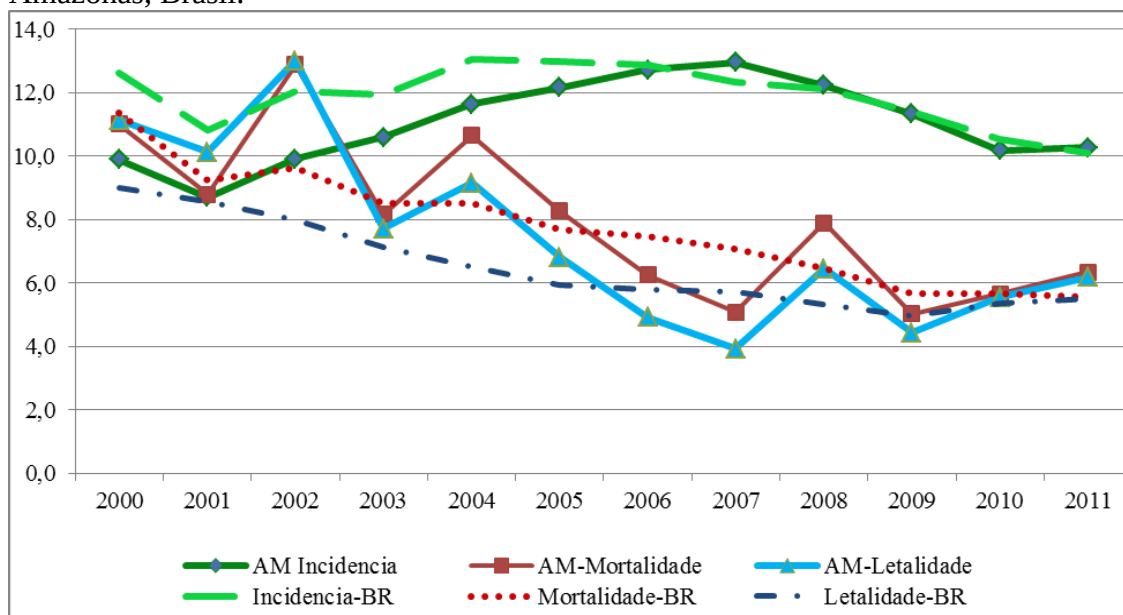
No Amazonas, a incidência dos acidentes de trabalho típicos apresentou um valor mínimo de 7,6 acidentes a cada mil trabalhadores contribuintes no ano de 2001 e máximo de 10,7 no ano 2008. Até 2005, apresentou menores incidências de acidentes típicos em relação ao Brasil, a partir de 2006, as taxas foram superiores à média nacional, ou seja, enquanto nacionalmente se manteve uma redução gradativa, no Amazonas houve um crescimento e no final da década voltou aos patamares anteriores. A taxa de acidentes de trajeto cresceu proporcional em nível nacional e estadual, com o Estado do Amazonas mantendo proporções abaixo da média nacional durante o período analisado (Tabela 3).

A mortalidade teve um comportamento instável, às vezes acima, outras abaixo da média nacional. No entanto, entre o primeiro ano analisado e o último, o índice reduziu praticamente à metade. É importante salientar que não houve redução do número de óbitos registrados no sistema previdenciário, entre 2000 e 2011, a redução observada deu-se pelo

aumento do número de contribuintes (Tabela 1 e 3). O coeficiente de letalidade seguiu o mesmo comportamento quanto à variação, com redução um pouco mais acentuada (Figura 2).

Em 2011, o Amazonas foi cenário de 7.050 agravos relacionados ao trabalho (Tabela 1) que resultaram em 8.460 afastamentos do trabalho, 156 trabalhadores com incapacidade permanente e 41 óbitos (tabela 4). No Brasil, foram registrados 541.364 agravos em 2011 (Tabela 1), dos quais 14.811 por incapacidade permanente e 2.884 por morte. Em síntese, excetuando-se os óbitos, enquanto no Brasil a frequência de trabalhadores que se afastaram da sua atividade laboral dobrou ao longo da década, no Amazonas, em média, esse número quadruplicou.

Figura 2 - Incidência, mortalidade e letalidade dos acidentes de trabalho, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.



FONTE: MPS (Cálculo com base nos acidentes registrados e trabalhadores contribuintes)

Em 2011, os custos sociais da previdência no Brasil ultrapassaram R\$ 323 milhões somente em benefícios acidentários, sendo que, aproximadamente, 13 milhões para financiar aposentadorias por invalidez decorrentes de agravos relacionados ao trabalho³⁸. Aos custos previdenciários se somam os custos do sistema de saúde, cuja rede acolhe e presta serviços de atenção à saúde para expressiva parte dos trabalhadores acidentados, independente das condições de cobertura por planos de saúde⁵¹. Acrescentam-se ainda os custos das empresas pela ausência do trabalhador qualificado e perda de produtividade em decorrência dos dias de afastamento.

Nesse sentido, é incontestável o impacto dos acidentes de trabalho sobre a sociedade, a economia, o processo de produção de riquezas do país, o sistema de saúde, previdenciário e, principalmente, sobre os trabalhadores e suas famílias, tanto no aspecto físico quanto psicossocial⁵². Segundo Santana et al (2006), em moeda corrente, o valor correspondente aos custos com acidentes de trabalho pode variar entre 4 a 10% do PIB, porém não há como estabelecer valoração à perda da capacidade laboral para o trabalhador ou à perda do provedor para sua família³³.

Tabela 4 - Frequência de trabalhadores afastados, segundo a consequência do agravo, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.

	AMAZONAS				BRASIL			
	INCAPACIDADE TEMPORÁRIA		PERMANENTE	ÓBITO	INCAPACIDADE TEMPORÁRIA		PERMANENTE	ÓBITO
	< 15 DIAS	> 15 DIAS			< 15 DIAS	> 15 DIAS		
2000	1.265	895	40	25	172.077	146.621	15.317	3.094
2001	1.403	857	60	23	151.048	143.943	12.038	2.753
2002	1.698	1.139	64	36	179.212	162.008	15.259	2.968
2003	2.126	1.115	42	24	194.415	155.888	13.416	2.674
2004	2.716	1.321	42	36	248.848	168.908	12.913	2.839
2005	3.402	1.387	70	33	282.357	163.052	14.371	2.766
2006	4.260	1.588	60	27	309.681	149.944	9.203	2.798
2007	4.830	2.729	48	24	302.685	269.752	9.389	2.845
2008	5.096	3.143	89	42	317.702	335.609	13.096	2.817
2009	4.437	3.074	98	27	306.900	325.027	14.605	2.560
2010	4.491	3.109	111	33	303.193	309.827	15.942	2.753
2011	5.126	3.334	156	41	309.631	301.945	14.811	2.884
Total	40.850	23.691	880	371	3.077.749	2.632.524	160.360	33.751

FONTE: MPS

Análise com base no Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória – Sinan

No Amazonas, a análise dos agravos relacionados ao trabalho, com base no Sinan, permite observar um aumento significativo da quantidade de notificações, assim como o número de municípios e unidades de saúde notificantes. Comparando os dados de 2007 em relação a 2011, sendo aquele o primeiro ano com informações de saúde do trabalhador, o número de notificações é oito vezes maior, ou seja, em média a cada ano dobrou o número de notificações (Tabela 5).

Esse incremento pode estar associado ao investimento dos Cerest na qualificação dos serviços e servidores da saúde quanto à importância da notificação compulsória e necessidade do campo da saúde do trabalhador em embasar suas ações na análise desses

dados. Além da capacitação específica para unidades da rede sentinela, houve investimento significativo em treinamentos para as equipes da rede de Atenção Primária a Saúde – APS –, prioritariamente, a Estratégia de Saúde da Família – ESF.

No entanto, apesar desse aumento apontar para uma perspectiva otimista quanto à melhoria da informação sobre o adoecimento dos trabalhadores, ainda é evidente a falta de adesão das unidades de saúde ao trabalho de notificação no que tange aos agravos relacionados ao trabalho, pois, de um total de 1.901 unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Cnes –, apenas 86 registraram alguma notificação no Sinan, percentual em torno de 4,5% do total de unidades.

Tabela 5 - Agravos de notificação compulsória, relacionados ao trabalho, 2007 a 2011, Amazonas, Brasil.

	2007	2008	2009	2010	2011
Unidades notificadoras	15	13	42	54	86
Municípios notificantes	9	10	22	24	33
Agravos notificados	194	185	308	843	1542
Acidente com material biológico	160	153	77	109	149
Acidente de trabalho grave	11	16	208	529	927
Intoxicação exógena	23	15	12	166	330
LER/Dort	-	1	9	34	103
Transtorno mental	-	-	2	1	25
Dermatose	-	-	-	3	5
Pneumoconiose	-	-	-	-	2
Pair	-	-	-	1	1

FONTE: Sinan

Embora, em relação aos municípios, o desempenho tenha sido um pouco melhor, de um total de 62 municípios, pelo menos 33 procederam algum registro no ano, o que representa um percentual de 51,6% municípios notificantes, o que não se pode considerar um bom desempenho, uma vez que o Pacto de Gestão estabeleceu como meta 75% de municípios notificantes (Tabela 5).

Em 2011, foram registrados 1.542 agravos relacionados ao trabalho, dos quais 927 acidentes graves (Tabela 4). É fundamental salientar que esse sistema deve registrar os agravos ocorridos com o total de trabalhadores, independentemente de seu contrato de trabalho ou mesmo da inexistência dele. O sistema do MPS, que se refere apenas aos trabalhadores do mercado formal, coberto pelo seguro previdenciário, registrou um total de 6.642 (típicos e trajeto) acidentes (Tabela 1).

É importante também enfatizar que no Amazonas não houve registros, no Sinan, de óbitos por acidente de trabalho, apesar dos acidentes fatais relacionados ao trabalho constarem na lista de agravos de notificação compulsória, portanto, no âmbito do SUS, a melhor fonte para análise de óbitos relacionados ao trabalho continua sendo o SIM.

O Sinan, sistema oficial de referência no âmbito do SUS para informação sobre agravos que acometem os trabalhadores, apresenta dados ainda muito inconsistentes, revelando pouca adesão das unidades e profissionais de saúde à responsabilidade e obrigatoriedade da notificação dos agravos relacionados ao trabalho. Medidas do Ministério da Saúde, como a inclusão da notificação como um indicador de avaliação do Pacto pela Saúde caracterizou-se como uma medida acertada para despertar nos atores envolvidos o interesse em proceder com a identificação e notificação dos casos.

No entanto, outras medidas ainda são necessárias para reduzir a subnotificação no Sinan, entre as quais reavaliar a orientação quanto à notificação dos agravos à saúde do trabalhador apenas em rede sentinela. Essa orientação reduz a notificação dos agravos relacionados ao trabalho a clientela desse sistema, excluindo grande parte dos trabalhadores usuários do sistema cujo problema de saúde tenha resolutividade em outros níveis de complexidade da rede de saúde, tal como as unidades da rede básica de atendimento, segmento em que há grande investimento da própria Renast para aumentar sua capacidade de diagnóstico e identificação dos agravos relacionados ao trabalho.

Considerando esse cenário, os números do Sinan são discretos e apontam para uma subnotificação que ora impossibilita qualquer diagnóstico situacional no campo da Visat, com base nesse sistema. Esse quadro indica que melhorar a consistência do Sinan quanto à detecção dos acidentes é uma prioridade e cumprir a determinação legal quanto à notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho, um desafio.

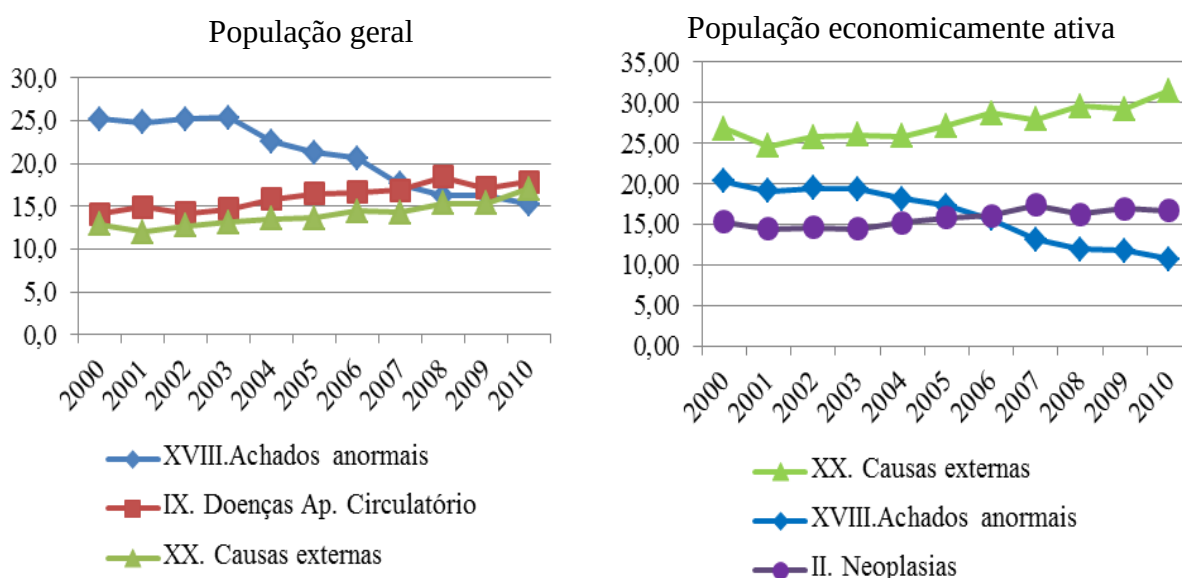
Análise com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Os acidentes de trabalho são registrados no SIM entre as causas externas de mortalidade, mortes por violência, causas não naturais. A partir do SIM é possível identificar que a terceira causa de mortalidade geral ao longo da década de 2000 foram as causas externas. A partir de 2009 passa a ser a segunda causa, superada pelas doenças do aparelho circulatório. É possível verificar uma tendência de crescimento da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e causas externas, sendo que a primeira cresceu três pontos percentuais

enquanto a segunda, cinco pontos percentuais, apontando para a possibilidade das causas externas passarem a ser a primeira causa de mortalidade geral em poucos anos (Figura 3).

Ao analisar os óbitos na faixa etária 10 a 65 anos, tendo 10 anos como limite inferior por ser a idade preconizada pelo IBGE como início da idade economicamente ativa e limite superior 65 anos, preconizada pelo sistema previdenciário brasileiro como a idade para pleitear o benefício da aposentaria, observa-se que as causas externas são a primeira causa de mortalidade em toda a década, com tendência de crescimento (Figura 3).

Figura 3 – Comparativo da proporção de mortalidade geral e na faixa etária economicamente ativa, segundo a causa de maior ocorrência, 2000 a 2010, Amazonas, Brasil.



FONTE: Datasus/Estatísticas vitais

O total de óbitos por causas externas, no Amazonas, segundo os dados SIM, foi de 2.541 no ano de 2011, dos quais 54 foram registrados como relacionados ao trabalho e 1.819 como ignorados, ou seja, 71,59% dos óbitos por causas externas têm sua relação com o trabalho ignorada (Tabela 6).

A maioria dos dados que, na base do Datasus, consta como ignorado, de fato, são provenientes de registros em que na DO o campo correspondente ao estabelecimento da relação com o trabalho não foi preenchido. Depreende-se, então, uma desconsideração da obrigatoriedade legal do preenchimento correto e completo dos campos da DO.

Um sistema cuja fonte de informação está baseada em documentos com mais de 50% dos seus dados incompletos é caracterizada como muito ruim segundo os critérios definidos

pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe – Cepal. A Cepal considera que a proporção de informação ignorada, incluindo os campos em branco e os códigos atribuídos como informação ignorada especificada, é caracterizada como incompletude de informação e defere como excelente quando há no máximo 5% de informações incompletas, bom de 5% a 10%, regular de 10% a 20%, ruim de 20% a 50% e muito ruim igual ou superior a 50% ⁵³.

Tabela 6 - Frequência de óbitos e anos de vida perdidos por acidente de trabalho segundo o ano de ocorrência, 2000 a 2011, Amazonas, Brasil.

	Acidente de trabalho*	Acidente não relacionado ao trabalho*	Relação com trabalho ignorada*	% de óbito ignorado	Pop. ocupada (1000 pessoas)**	APVP***
2000	32	777	543	40.16	870	1.123,20
2001	35	829	391	31.16	810	1.316,88
2002	41	342	966	71.61	840	1.536,61
2003	11	139	1.239	89.20	889	400,24
2004	64	360	1.052	71.27	1.283	2.489,39
2005	55	446	1.016	66.97	1.366	2.019,86
2006	47	232	1.392	83.30	1.370	1.655,60
2007	52	349	1.280	76.15	1.325	1.911,70
2008	64	448	1.436	73.72	1.398	2.346,40
2009	55	405	1.531	76.90	1.495	2.211,77
2010	57	556	1.640	72,47	1.323	2.109,07
2011	54	668	1.819	71,59	1.455	2.170,74
Total	567	5.551	14.305	70.042	-----	21.291,50

*Dados do SIM

**Dados do IBGE

***Calculado com base nas tábuas de vida do IBGE

Esse cenário já identificado em estudos anteriores ^{37;38;41;47;48;52;53} deixa explícito que, apesar de todo o investimento em tecnologia e qualificação profissional, o SIM ainda apresenta problemas de confiabilidade e consistência em decorrência de graves limitações relacionadas à incompletude no preenchimento de seu documento base, ocorrência capaz de dificultar, significativamente, estudos e pesquisas sobre mortalidade no trabalho e, consequentemente, o desenvolvimento de ações de Visat.

Considerando apenas os acidentes de trabalho registrados no SIM como tal, foi calculado o indicador de anos potenciais de vida perdidos - APVP, a partir do qual foram identificados 1.123 anos de vida perdidos em 2000 e 2.170 em 2011. Na década, foi contabilizada uma significativa perda de 21.291 anos de vida (Tabela 6).

Santana (2007), ao calcular os anos de vida perdidos para os óbitos registrados no SIM, no ano de 2000, encontrou um valor 16,67 vezes menor quando comparou ao valor estimado a partir do cálculo feito com base nos dados previdenciários, deixando evidente que

no primeiro caso houve uma significativa subestimação da carga dos acidentes de trabalho entre os trabalhadores e os impactos negativos sobre o desenvolvimento do país⁴⁷.

O SIM representa uma importante base de informação para análises no campo da saúde pela confiabilidade e disponibilidade de seus dados. Os indicadores de mortalidade por acidentes de trabalho construídos com base no SIM têm se caracterizado como uma ferramenta fundamental para a vigilância em saúde do trabalhador, servindo de base para análises históricas e de eventos sentinela, cuja investigação carece de tempestividade.

Apesar das limitações, os sistemas de informação são de fundamental importância, se não para explicitar uma realidade, minimamente para alertar sobre as situações de maior gravidade num panorama que ainda se constitui como um cenário desconhecido.

São incontestáveis os avanços do setor de saúde quanto à qualidade da informação e inegável a importância de cada um desses sistemas, porém a melhoria da qualidade da vigilância em saúde do trabalhador precisa de dados mais consistentes que embasem suas ações, para tanto, é fundamental e urgente a tomada de decisões que busquem superar o expressivo subregistro.

Nesse sentido, o envolvimento dos entes federados, incluindo gestores, responsáveis pelas unidades de saúde de todos os níveis de complexidade e profissionais de saúde de todas as categorias, devem reconhecer a importância e incorporar à sua rotina de trabalho procedimentos para identificação e registro dos agravos relacionados ao trabalho. Superar essa carência deve ser considerado, pelo setor público da saúde, uma prioridade com fins de possibilitar uma aproximação mais acurada sobre o perfil de adoecimento e morte da população, o que permitiria uma gestão mais eficaz quanto à proteção da saúde dos trabalhadores.

1.4 A rede de atenção à saúde

O amplo número de atores, serviços, entes públicos e privados que têm atribuições e competências relativas à proteção da saúde dos trabalhadores evidencia a indispensabilidade da conformação de estruturas articuladas que favoreçam o desenvolvimento de ações integradas. A atuação interativa dos diversos segmentos em prol de um objetivo compartilhado conforma o que, no cotidiano, convencionou-se chamar de rede e que, no caso da saúde do trabalhador, mediante o objetivo comum num contexto de integralidade, princípio inexorável da atenção à saúde, as interconexões para garantir a integridade dos trabalhadores são fundamentais e indispensáveis.

O processo de implementação da atenção à saúde do trabalhador no SUS busca avançar na consolidação do princípio da integralidade da atenção, exercício que desafia as equipes dos Cerest no enfrentamento de problemas relacionados aos conflitos de interesses entre o capital e a proteção da saúde dos trabalhadores, que interferem direta ou indiretamente, tornando não menos desafiadores o enfrentamento de problemas relacionados à organização intrasetorial da Rede de Atenção à Saúde – RAS – do SUS, da qual a Renast é parte integrante, num exercício cotidiano para se tornar integrada.

A proposta de organização da RAS tem caráter estratégico para superar a fragmentação da atenção no SUS e avançar no processo de integração, com o pleito de superar lacunas existentes na conformação de serviços de saúde que comprometem a oferta de uma atenção baseada no princípio da integralidade.

O conceito de rede tem se desenvolvido em vários campos do conhecimento, conformando um movimento universal que contribui para sua fundamentação teórica e operacional. Apesar da significativa diversidade, o termo comporta finalidades e recursos que podem ser mobilizados em prol de objetivos comuns⁵⁴.

De forma geral, rede exprime a ideia de disposição de um conjunto de linhas (virtuais ou não) que compõe uma estrutura reticulada, com interconexões que caracterizam a integração entre os pontos (ou nós) que a compõem, como por exemplo, rede de pescador, ou também rede de telecomunicações, ou ainda rede de instituições entre outras. A trama formada pelas interconexões deve ser capaz de promover a articulação e comunicação entre os pontos, conformando uma tessitura com desenho coerente e condução lógica.

O termo “rede” foi largamente difundido e usado em vários contextos, o que possibilitou uma aproximação cotidiana com seu significado e, conseqüentemente, sua frequente aplicabilidade distanciou o uso comum do compromisso com a compreensão da essência que seu conceito comporta. Independentemente disso, seu conteúdo, em qualquer contexto, incorpora abstrações tais como vínculos, articulações, arranjos organizacionais, liame, conformando uma imagem de harmonia sobrecarregada da representação social concreta ou abstrata de que as conexões que compõem a rede conhecem o caminho que têm que percorrer⁵⁵.

A gestão em redes nasce no campo da política e ganha proeminência no campo da política pública, onde acordos entre múltiplos atores são fundamentais para atender aos interesses dos coletivos humanos que representam. A política pública tem uma característica que lhe é inerente em todos os campos de atuação – a dependência mútua entre entes

autônomos – posto que nenhuma entidade pública detém o total de recursos necessários à implementação, controle e avaliação das ações que compõem o escopo de suas competências. Esse cenário impõe a necessidade de modelos de gestão que comportem parcerias e cuja atuação se fortaleça na construção de vínculos pelo estabelecimento de negociação e pactuação de consensos⁵⁶.

A primeira referência sobre uma proposta de rede de saúde data de 1920, época em que o Relatório Dawson recomendou ao governo da Grã-Bretanha uma proposta de organização sistemática de serviços médicos que deveriam estar à disposição dos habitantes de uma determinada região. Com objetivo de alcançar maior eficiência e organização com gastos efetivos, a proposta apresentada conformava uma rede de atenção à saúde composta por serviços domiciliares, centros de saúde primários e secundários, hospitais e serviços complementares⁵⁷. Essa proposta já configurava uma rede com estrutura policêntrica e vínculos entre as unidades de saúde nos diversos serviços oferecidos, caracterizando a ideia de fluxo contínuo e não hierarquizado.

No campo da saúde, a gestão em rede consolidou-se como uma estratégia para conferir efetividade às ações frente aos problemas de saúde cada vez mais complexos e que, portanto, exigiram maior complexidade dos processos organizativos para seu enfrentamento resolutivo, com fins de prover uma distribuição mais equânime dos recursos limitados, contemplar mecanismos decisórios coletivos, definir o estabelecimento de prioridades e monitoramento das ações⁵⁴.

A reflexão sobre o conceito de rede no campo da saúde foi crescente, sua evolução culminou na fundamentação de políticas que proporcionaram modificações nos sistemas de saúde, reestruturando-os sob as bases da integralidade^{58; 59}. De tal forma, recentemente, as redes de saúde careceram do adjetivo “integrado” para qualificá-la, num quadro de renovado interesse mundial sobre a necessidade de dar maior robustez ao combate da fragmentação excessiva dos serviços de saúde.

Essa fragmentação retratada por uma crise do setor saúde é expressa pela dificuldade de acesso da população aos serviços, prestação de serviços de baixa qualidade técnica, descontinuidade da atenção, incoerência entre os serviços oferecidos e as necessidades de saúde da população, insatisfação dos usuários e desestímulo dos trabalhadores. A principal estratégia de reversão tem como proposta a possibilidade de efetivação da APS como princípio norteador da coordenação do cuidado e organização do sistema de saúde^{60; 61}.

A integralidade, como princípio norteador na construção de redes de saúde, conjuga no seu escopo a percepção do que está explícito e implícito nas demandas dos usuários, caracterizando uma atenção que busca conhecer e reconhecer suas necessidades específicas e gerais no sentido de contemplar a complexidade das ações de proteção à saúde⁶².

Ainda no escopo da integralidade acrescenta-se o sentido da organização de práticas articuladas para viabilizar uma atenção contínua e capaz de monitorar, mutuamente, o trajeto dos usuários ao longo do seu atendimento em diferentes unidades e serviço de saúde. Finalmente, a integralidade ainda comporta as respostas aos problemas de saúde numa amplitude suficiente à sua resolução, de tal forma que se caracterize uma prática institucionalizada e intersetorial eficaz⁶².

Nesses termos o cuidado em saúde alcança uma dimensão tecnológica, cujo grau de complexidade não é dado pela valoração dos espaços e ou procedimentos, mas por um conjunto de recursos cognitivos e materiais mobilizados para potencializar uma ação articulada entre diferentes segmentos. A função principal da rede integrada de atenção à saúde é oferecer à população serviços de saúde incluindo promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas e populações em geral, de forma contínua, equânime e integral.

Considerando a impossibilidade de um modelo organizacional único, dada a diversidade de contextos para construção dos sistemas de saúde, a Organização Mundial de Saúde elegeu alguns atributos essenciais às redes integradas distribuídos em quatro âmbitos de abordagem^{60; 63}. Primeiro o modelo assistencial que trata da organização de uma extensiva rede de estabelecimentos de saúde para uma população ou território delimitado. Segundo, um sistema de governança único para garantir que a missão, os objetivos e as estratégias sejam consistentes por toda a rede. Terceiro, a organização da gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico. Finalmente, o quarto e último âmbito de atuação que trata da garantia de financiamento adequado e incentivo, alinhados às metas⁶³.

Não se trata, portanto, de arranjos simplórios, mas de um sistema complexo para estabelecer padrões estáveis de interrelações por meio da coordenação, normatização e integração do cuidado numa perspectiva de um contínuo da atenção com foco nas necessidades de saúde da população⁵⁴. Trata-se de relações sinérgicas em que a interdependência não se apreende pela hierarquia, mas pela complementariedade, pelo intercâmbio de recursos para concretizar interesses comuns^{55; 59}.

No Brasil, somente a partir da década de 90, período posterior à promulgação da Constituição Federal e à criação do SUS, é possível observar maior uniformidade e

estruturação de um modelo baseado na APS⁶¹. A contribuição do SUS para a melhoria da qualidade de saúde da população foi expressiva, reduzindo significativamente o adoecimento e morte por causas evitáveis. Apesar do reconhecimento internacional assinalando-o como uma experiência exitosa, a crise contemporânea dos sistemas de saúde também se manifestou no SUS por meio da fragmentação excessiva dos serviços⁶³.

O sistema de saúde brasileiro se encontra num momento de intenso fomento a regionalização e organização das redes de saúde. A mais recente legislação que trata desse tema, em âmbito nacional, define RAS como um conjunto de ações e serviços de saúde articulado em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde¹⁰. No site do MS, um conceito que se ampara nas mesmas bases, acrescenta que se trata de arranjos organizativos de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão⁶⁴.

A regionalização como direcionamento para organização do SUS e a atenção integral como fundamento para a tomada de decisão foram constitucionalmente definidos, tendo como premissa a universalidade, equidade e integralidade^{58; 65}. Nos anos que se seguiram à implantação do SUS, o processo de municipalização das ações de saúde avançou na descentralização das unidades e serviços, alcançando impacto significativo na organização hierarquizada, assim como, no crescimento expressivo na oferta de serviços, sem, no entanto, lograr o mesmo sucesso quanto à efetivação de uma rede. Apesar do codinome “rede”, não se concebeu articulada, harmônica, produtora e manteve sério comprometimento das ações intra e intersoterials.

Nesse sentido, a partir de 2002, a publicação das normas operacionais da assistência e, posteriormente, o Pacto pela Saúde tentaram resgatar o compromisso com o princípio da integralidade e fez um movimento político normativo para imprimir maior ênfase à regionalização, estabelecendo aos gestores o imperativo de cooperativamente organizar-se em redes regionais, com fins de suprir as carências de serviços de saúde, aperfeiçoar a utilização dos recursos disponíveis e, principalmente, concatenar essa logística às necessidades de saúde das populações⁶⁶.

No que se refere à extensão da rede de saúde, houve um aporte impactante na sua capilaridade com a implantação da ESF que tem a APS como eixo estruturante da organização do sistema⁶⁷. A ESF captou significativo investimento em todo o país, alcançado mais de 34.679 mil equipes implantadas em julho de 2013, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 57% da população⁶⁸.

Ainda no âmbito da APS no Brasil, a qualidade da atenção é comprometida pela permanente renegociação dos papéis dos profissionais de saúde num contexto de mudanças frequentes em que rígidos mecanismos de controle e territorialização se antecipam à alocação dos fundos e aos investimentos relacionados à devida democratização do processo em prol da participação da comunidade, da educação permanente para congregação e adesão dos profissionais de saúde, comprometendo também aspectos fundamentais do envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais e usuários implicados⁵⁸.

Esse cenário não é animador, pois para que o sistema em rede se consolide, além da cobertura total do território, os demais níveis do sistema de atenção têm que assegurar aos usuários o acesso aos serviços necessários, tais como, consultas e exames especializados, indispensáveis para o contínuo da atenção e contemple o princípio da integralidade, porém esse prolongamento longitudinal não aconteceu com a mesma proporção que a expansão da APS⁶¹.

Historicamente os procedimentos de Média e Alta Complexidade – MAC – foram contratados ou conveniados junto aos serviços privados, filantrópicos ou universitários, situação que dificultou a distribuição racional nos territórios, criando desigualdades regionais. A MAC hoje é responsável pelo consumo de, aproximadamente, 40% dos recursos da União alocados no orçamento da saúde^{69; 70}.

Os inegáveis e representativos avanços alcançados pelo SUS, nos últimos anos, rumo à universalidade são evidentes, no entanto, os esforços empreendidos pouco contribuíram para a integralidade evidenciando, cada vez mais, as dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde. Esse cenário, resultado de uma trajetória que carece do aperfeiçoamento de sua capacidade política, institucional e de gestão, aponta a necessidade de novos e intensivos investimentos para o enfrentamento de problemas estruturais que dificultam a conformação de uma rede integrada no SUS^{62; 71}.

Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast

A saúde do trabalhador consolidou-se no campo da saúde pública frente à discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença que fortaleceu o reconhecimento da centralidade do trabalho como fator essencial para melhoria das condições de vida e a sua influência sobre o adoecimento tanto dos trabalhadores quanto da população geral^{31; 72}.

A emergência da atenção primária como abordagem prioritária no campo da saúde favoreceu a organização de programas de atenção ao trabalhador na rede pública de saúde, em prol da convergência de interesses quanto à atenção integral à saúde⁷³.

O campo da saúde do trabalhador cresceu progressiva e significativamente a partir da década de 90, período em que a discussão legal, política e operacional, tratando dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, resultaram na priorização da Visat como estratégia prioritária da política pública para a proteção da saúde de populações expostas a riscos decorrentes dos processos de trabalho. O desenvolvimento da Visat indicou linhas de atuação e reestruturação da rede de saúde do SUS na busca de compatibilizar instrumentos, informações e experiências para superação da fragmentação existente em suas práticas¹⁰.

A Renast, cuja implantação propõe sua consolidação pela articulação entre os entes federados, determina uma organização em rede capaz de dispensar suporte técnico às ações de Visat, não se constituindo como uma rede paralela, mas, ao contrário, promovendo o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no âmbito da APS, mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS³¹.

Assim, a Renast está inserida na RAS e tem como objetivo fortalecer todas as suas unidades independentemente do nível de complexidade, respeitando suas competências organizacionais em rede integrada, para o desenvolvimento de ações de saúde segundo as diretrizes da política nacional, quanto à vigilância da saúde e atenção integral ao trabalhador.

Nesse contexto, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest – surgem como um componente da Renast, integrado a RAS, que tem a atribuição de funcionar como polo irradiador do conhecimento sobre a relação trabalho, saúde e doença assumindo a função de suporte técnico e científico no âmbito de um determinado território. Portanto, suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, de forma que os trabalhadores possam ter seus direitos sociais de cidadania referentes à saúde contemplados pela rede universal de atenção integral à saúde com a garantia da operacionalização de intervenções nos ambientes e processos de trabalho de modo a modificá-los com vistas à promoção e proteção da saúde por meio das ações de vigilância da saúde⁷⁴.

As frequentes mudanças no processo de discussão da política de saúde do trabalhador propiciaram diferentes interpretações sobre o papel do Cerest na rede de saúde, em alguns casos com cenários favoráveis a interpretações de que seu papel deveria acumular o atendimento ambulatorial numa abordagem clínica individual, por demanda espontânea.

Essa interpretação transformou alguns Cerest numa unidade de segundo nível de referência da rede do SUS, como clínica especializada de atendimento a um segmento da população, o trabalhador, gerando paralelismo de ação, ferindo o princípio da universalidade e fundamentando suas práticas segundo um modelo de atenção centrado na doença, modelo que a própria política do SUS foi idealizada para superar.

Além do Cerest, foi instituído, no âmbito da Renast, a Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador para funcionar como serviço de retaguarda de média e alta complexidade^{31; 75} e que deveria proceder a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho⁴⁶. Assim, além de fortalecer a capacidade diagnóstica, as unidades da rede sentinela deveriam gerar informações tempestivas, fundamentais para o planejamento de avaliação das ações da Renast⁶⁹.

Em princípio, qualquer unidade da RAS pode ser uma unidade da rede sentinela em saúde do trabalhador, desde que pactuado entre os gestores e tenha capacidade de assumir, junto com os Cerest, a responsabilidade de apoio técnico e científico às demais unidades da rede de saúde quanto à identificação de agravos relacionados ao trabalho e quanto ao desenvolvimento de linhas de cuidado para promoção e proteção da saúde do trabalhador nos agravos específicos na qual foi habilitada.

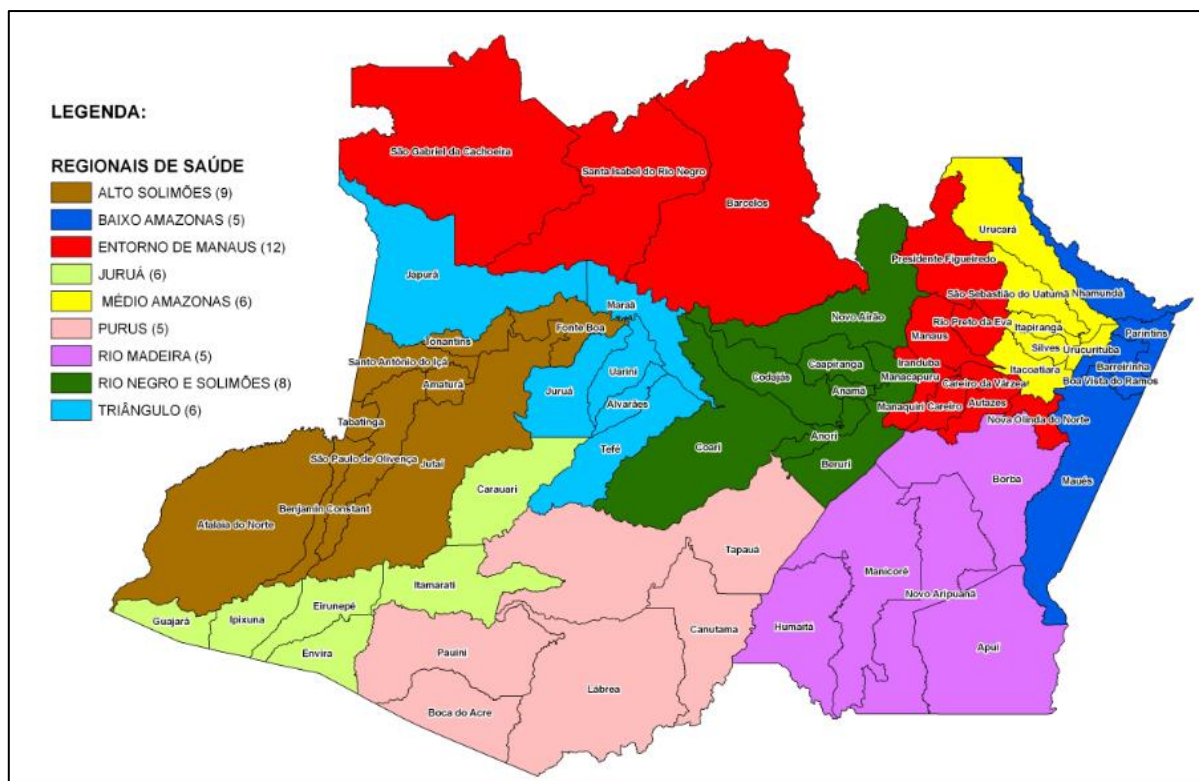
A rede de saúde do Amazonas

A rede de saúde do Amazonas está composta por um total de 1.951 estabelecimentos de saúde⁶⁸, das quais 957 são unidades de atendimento da rede pública de saúde e dessas, 51,9% localizada na capital (Tabela 6), município que comporta mais da metade da população geral do Estado.

Os estabelecimentos de emergência estão todos localizados na rede de saúde de Manaus, de tal forma, no Plano Diretor de Regionalização do Amazonas – PDR – consta apenas uma macrorregional, que corresponde à área geográfica do estado como um todo com sede em Manaus (Figura 4). Os hospitais gerais estão distribuídos um por município, exceto Parintins e Manaus que têm dois, e vinte hospitais gerais, respectivamente. Os hospitais localizados nos municípios do interior ainda estão sob a administração do Estado (Anexo 5).

As unidades de APS correspondem a, aproximadamente, 70% do total de unidades de atendimento do setor público, classificados como Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde - UBS, Postos de Saúde e Unidades de Atenção à Saúde Indígena.

Figura 4 - Plano Diretor da Regionalização da Saúde, Amazonas, Brasil



Fonte: FVS/AM-Susam

Na capital do estado, os Centros de Saúde são unidades com estrutura física ampliada com salas de vacina, farmácia, laboratório, vários consultórios para atendimento médico, odontológico e de enfermagem e atendem segundo o modelo tradicional em que as populações procuram os serviços de saúde por demanda espontânea. Embora a grande maioria das unidades esteja sob a gestão municipal, nessa categoria também estão incluídos serviços básicos ainda sob gestão do Estado como, por exemplo, os Centros de Atenção Integral à Saúde da Criança que desenvolvem atividades de atenção integral à criança, com atendimento organizado também por demanda espontânea, atuando em territórios cobertos ou não pela ESF, gerando duplicidade de ações e de modelo de organização dos serviços em algumas áreas.

As UBS seguem o modelo da ESF, tendo a APS como eixo organizador da rede, ou seja, o atendimento se dá por demanda organizada, direcionado à população adscrita. São unidades cujo espaço físico infringe acintosamente a norma que regulamenta esse componente da política nacional de atenção básica, pois contam com espaço exíguo para atuação da equipe multiprofissional, com apenas quatro ambientes: um consultório onde se reveza no atendimento o médico e o enfermeiro; uma copa de, aproximadamente, quatro metros

quadrados que também funciona como farmácia, sala de arquivo e sala dos ACS; uma sala de espera onde também funciona a nebulização e curativos básicos; um banheiro, a revelia das equipes compostas por trabalhadores de ambos os sexos e, na maioria das vezes, não disponibilizado para os usuários. A gestão do município de Manaus, a partir de 2013, passou a investir na construção de unidades ampliadas, cuja estrutura física supera parte desses problemas, salienta-se que até 2013 apenas cinco unidades haviam migrado para unidades ampliadas segundo o Cnes.

A cobertura populacional do Estado pelas Equipes de Saúde Família, estratégia prioritária do país para o desenvolvimento das ações de APS e estabelecida como modelo estruturante do sistema de saúde, é de 56,83% referente à competência julho de 2013. No entanto, essa média encobre desigualdades consideráveis, posto que vinte e seis municípios alcançaram coberturas abaixo de 50% da população, inclusive a capital com 31,56% (Anexo 2)⁶⁸. Considerada como uma cobertura muito baixa para uma rede que se pretenda integrada, essa perenidade em níveis tão baixos de cobertura revela a perda do caráter de transitoriedade na substituição do modelo de atenção e a perpetuação de paralelismo de modelos de atenção com princípios organizacionais conflitantes.

Além da baixa cobertura que compromete a territorialização, as unidades básicas de saúde com estrutura inadequada e insuficiente para o desenvolvimento da diversidade de serviços sob sua responsabilidade desestimulam os profissionais, comprometendo um dos princípios fundamentais da APS que é a resolutividade e a relação de responsabilidade sanitária. Essa estrutura constrita e quantidades de ambientes obsoletos, sem espaço para abordagens coletivas e outros serviços essenciais são fatores que contribuem para que a população considere esses espaços como lugar de coisas simples e gera, nos profissionais de saúde, insatisfação pelo sentimento de impotência compartilhada⁷⁶.

A rede de atenção à saúde indígena, sob a gestão federal e municipal, registrada no Cnes está constituída por um total de 41 estabelecimentos, desses, sete são Distritos Sanitários e 29 polos base ou postos de saúde. O município de Atalaia do Norte, localizado no extremo Oeste amazônico, detém 25% dessas unidades e conta com uma população indígena de 6.176 indivíduos, no entanto, segundo o censo de 2010, o município com maior concentração de população indígena é São Gabriel da Cachoeira com 29.157 indígenas (Anexo 1)¹⁵.

Esse cenário, cuja complexidade é bem maior do que é possível retratar na descrição da capacidade instalada cadastrada no Cnes, demonstra um processo lento de municipalização

e descentralização dos serviços de saúde, com significativa superposição e distribuição desigual, o que constitui fatores contributivos para fragmentação dos serviços.

Entre os fatores de difícil enfrentamento, habitualmente caracterizados como especificidades da região amazônica e que aquebrantam significativamente a pretensão de se organizar uma rede integrada de atenção à saúde, estão as características geográficas que irradiam sua interferência na dificuldade de fixação de mão de obra de nível superior nos municípios do interior do estado, na estruturação de outras redes como transporte e telecomunicações, além de outras características como hábitos culturais de movimentação da população nas calhas dos rios.

As ações de saúde do trabalhador iniciaram com a adesão do estado ao programa no ano de 2000, porém não gerou impactos na organização desses serviços. O início de um movimento que buscou modificações na abordagem relacionada à proteção da saúde dos trabalhadores foi marcado pela habilitação do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Amazonas – Cerest estadual – em 2003, cuja implantação foi resultante do convênio número 1.459/2000, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – Susam – com o objetivo de fortalecer a rede pública de saúde na busca de maior resolutividade quanto à atenção à saúde dos trabalhadores e tendo como foco desenvolver uma atenção com base nos pressupostos e diretrizes previstos na legislação normativa em vigor.

Em 2005, com a ampliação da Renast, por meio da Portaria nº 2.437 e com base em critérios nela estabelecidos, foi ampliado o número de Cerest no Amazonas, com o acréscimo de dois centros de abrangência regional¹⁹, o Cerest regional de Manaus e de Tefé, município localizado no médio rio Solimões. De tal forma, o Amazonas passou a ter três, de um total de duzentos, Cerest distribuídos em todo o território nacional, dos quais dezenove na região Norte do país.

O Cerest Manaus foi habilitado pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 653 de 19 de setembro de 2006⁷⁷, tendo como área de abrangência os municípios do entorno de Manaus, incluindo Autazes, Novo Airão, Iranduba, Itacoatiara, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Careiro da Várzea, Careiro, Manaquiri e Manacapuru. Em 2013 contava com um quadro de oito profissionais entre médicos, engenheiros, fisioterapeuta, sociólogo e técnicos de nível médio (Apêndice C).

O Cerest Tefé foi habilitado pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 048 de 31 de dezembro de 2007⁷⁸, tendo como área de abrangência seis municípios localizados na região

do médio rio Solimões: Alvarães, Uarini, Japurá, Juruá, Carauarí e Marã. Em 2013 contava com um quadro de recurso humanos composto por 6 profissionais sendo médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e dois técnicos de nível médio, sendo um de enfermagem e outro de segurança no trabalho (Apêndice C).

Os demais 47 municípios do Estado ficaram sob a responsabilidade direta do Cerest estadual que conta com uma equipe de médico do trabalho, assistente social, epidemiologista, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, enfermeira, fisioterapeuta, psicólogo e mais quatro técnicos auxiliares de nível médio, três estagiários de enfermagem e psicologia e oito bolsistas de enfermagem e medicina do Programa de Educação pelo Trabalho PET – Vigilância em Saúde (Apêndice C).

Também foi instituída, no âmbito do sistema único de saúde, a rede sentinela de saúde do trabalhador como parte dos dispositivos da Renast, composta por unidades da rede saúde do SUS, com a finalidade de realizar diagnósticos e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, além da identificação de casos e investigações epidemiológicas. As unidades sentinela são definidas em nível local e regional e habilitadas mediante um processo de pactuação nos respectivos Colegiados de Gestão Regional. Em princípio, quaisquer unidades de saúde, desde as unidades de APS até as de maior complexidade, podem constituir-se como unidade sentinela.

A rede sentinela em saúde do trabalhador no Amazonas foi estabelecida em 2008 pela Portaria Estadual nº114, substituída em 2013 pela Portaria Estadual nº 583⁷⁹, que redefiniu as unidades sentinela, tendo como base a relação de agravos de notificação compulsória em saúde do trabalhador e a capacidade diagnóstica das unidades de saúde. As unidades sentinela assumiram o compromisso de atuar como referência estadual e configurar linhas de cuidados nos respectivos agravos. No entanto, apesar dos inúmeros treinamentos e reuniões, ao longo dos anos, nenhuma unidade, de fato, desenvolveu algum trabalho para operacionalizar o compromisso assumido e até mesmo a notificação, dita compulsória, foi negligenciada pela rede legalmente instituída como sentinela em saúde do trabalhador (Anexo 6).

No Cnes estão cadastrados nove estabelecimentos que oferecem serviços especializados de atenção à saúde do trabalhador no Amazonas (Tabela 7), dentre esses se identificam os dois Cerest regionais, três unidades básicas, um ambulatório e dois hospitais, além da Policlínica Codajás que faz parte da rede sentinela em saúde do trabalhador (Anexo 5 e 6). Dessas unidades, apenas duas são em Manaus, o Crest regional e a Policlínica Codajás,

as demais sete unidades são nos municípios de Alvarães, Coari, Manacapuru, Pauini, Tefé e Silves.

Ao analisar essas unidades cadastradas a partir das notificações compulsórias registradas no Sinan é possível identificar contradições na premissa de que trata de serviços especializados em saúde do trabalhador, pois as unidades dos municípios de Coari, Pauini e Silves e a Policlínica Codajás em Manaus não procederam nenhuma notificação de agravos relacionados ao trabalho no período entre 2012 e 2013, no entanto, outras unidades nesses municípios o fizeram (Tabela 7). Então, o que de fato essas unidades fazem que as diferenciam como unidades especializadas em saúde do trabalhador? Por que estão cadastradas no Cnes como tal? Por que não conseguem identificar os agravos relacionados ao trabalho que outras unidades do município conseguem? Os secretários municipais de saúde e ou diretores dessas unidades não souberam responder a essas perguntas.

Tabela 7– Serviços especializados de atenção à saúde do trabalhador no Amazonas segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Estabelecimento	Esfera administrativa	Município	Notificação de agravos relacionados ao trabalho - Sinan 2012/2013*	
			Total por município	Total na Unidade
Ambulatório Municipal Mário Said	Municipal	Pauni	1	-----
Centro de Saude de Alvarães	Municipal	Alvarães	24	1
Cerest Manaus	Municipal	Manaus	3199	396
Policlínica Codajás	Estadual	Manaus		-----
Cerest Mario Emílio Cardoso	Municipal	Tefé	385	45
Hospital Regional de Coari	Municipal	Coari	16	-----
UBSF Funasa II	Municipal	Manacapuru	208	1
UBSF Sebastiana Batista de Melo	Municipal	Manacapuru		1
Unidade Hospitalar de Silves	Estadual	Silves	2	-----

Fonte: Cnes

*Sinan – Dados parciais sujeitos a alteração (novembro/2013)

O esforço de organizar uma rede expressa por princípios que se orientam pelos conceitos associados ao modelo de atenção ao qual estão vinculados parece não ter causado efeito sobre os gestores. O que ora se parece mais um novelo emaranhado não conseguiu evidenciar a partir de que ponto o Cerest estadual deve irradiar as ações de Visat. Essa confusão pode ser evidenciada pelos sete estabelecimentos de saúde que constam no relatório do Cnes como unidades de serviços especializados de saúde do trabalhador e que seus diretores desconhecem o fato ou não sabem explicar que serviços oferecem nesse segmento,

mas também pela ausência do Cerest estadual nessa lista. Considere-se que se trata do sistema oficial para o cadastramento de estabelecimentos de saúde. O imbróglio continua quando o Cerest estadual não é identificado em nenhuma estrutura da Secretaria de Estado, não está no organograma, não está na Fundação de Vigilância em Saúde, nem em qualquer lista de unidades básica ou de maior complexidade sob gestão Estadual.

Subentende-se, então, que na estrutura do estado que o Cerest não existe, é virtual, só se concretiza na sua estrutura física, no compromisso dos funcionários que atuam no campo da vigilância em saúde do trabalhador e na execução financeira de seus recursos. E aí outra incongruência, pois os recursos financeiros para o desenvolvimento de suas ações são repassados pelo governo federal e ordenados em despesas de média e alta complexidade. Esse quadro compõe um panorama confuso, pois as ações de vigilância em saúde, prioritária no cotidiano do Cerest, não se constituem como média e alta complexidade, reverberando numa contradição que compromete a necessidade de empoderamento do Cerest para o desempenho de suas competências no campo da Visat.

Além desses problemas de ordem político-institucional, a logística para incentivar o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no âmbito dos municípios, considerando a bacia hidrográfica em que estão inseridos e as dificuldades de acessibilidade decorrentes dessas especificidades, é de alto custo e difícil operacionalização. Como estratégias para superar alguns entraves foi proposto, como alternativa, implantação de Núcleos Municipais de Saúde do Trabalhador, denominados de Nusat e criados a partir um termo de compromisso assumido pelo gestor, seguindo de um treinamento sobre a política e vigilância em saúde do trabalhador, tendo como público alvo as equipes de saúde da APS, ambulatorial, hospitalar e atores de controle social.

A funcionalidade desses núcleos depende da adesão dos municípios que, mediante acordo de cooperação, assumem a responsabilidade do desenvolvimento das ações de Visat, com um corolário de atribuições que são discutidas com a equipe de saúde dos municípios, incluindo a identificação de casos no cotidiano do trabalho, a notificação compulsória, a capacidade de planejamento das ações de intervenção nos ambientes e processos de trabalho.

Prover maior visibilidade ao processo de adoecimento entre os trabalhadores da região identificando fatores relacionados, categorias profissionais e ramos de atividade econômica de maior risco entre outras informações caracterizam-se como um desafio que podem contribuir para a definição de prioridades nos territórios. Superar o silêncio epidemiológico histórico nos municípios do interior do Amazonas pode contribuir para dar

visibilidade à inserção dessas ações na rede de atenção à saúde, ainda que a mesma não tenha uma articulação plena enquanto rede, contribuindo para direcionar as intervenções que podem e devem ser desenvolvidas de forma articulada com os Cerest.

Nesse sentido, de fato, foi significativo o êxito da estratégia implementada, pois quantitativamente, houve incremento da frequência de agravos notificados no Sinan (Tabela 5), tanto dos tipos de agravos quanto do número de municípios notificantes. No entanto, os Nusat não se reverteram em estruturas de referência municipal para a vigilância em saúde do trabalhador, a rotatividade dos profissionais de saúde nos municípios, somados à falta de apoio da gestão, sobrecarga de trabalho para os poucos profissionais de nível superior que, invariavelmente, atuam na atenção básica e na unidade hospitalar, não permitiram a perenidade necessária para o desenvolvimento de uma ação que tem caráter contínuo e sistemático. Essas dificuldades afetaram, também, a equipe dos Cerest regionais, principalmente o de Tefé, que teve seu corpo técnico completamente substituído em decorrência de mudanças de gestão política.

A inserção das ações de saúde do trabalhador na APS teve como principal estratégia a realização de treinamentos em serviço, principalmente, para as equipes da estratégia de saúde da família, ocasião em que era condição *sine qua non* a participação da equipe completa. No entanto, foi uma exigência pouco respeitada, com grande dificuldade para participação dos profissionais médicos, apesar disso nenhum treinamento deixou de acontecer em decorrência dessa limitação.

O treinamento para profissionais da APS caracterizou-se como uma segunda etapa após a implantação dos Nusat, proporcionando a oportunidade de uma nova aproximação com as equipes municipais. O treinamento de 20 horas semanais com turmas simultâneas, em turnos diferentes, permitia não afastar em horário integral os componentes da equipe de saúde do seu ambiente de trabalho, pois a metodologia exigia uma tramitação entre o momento de concentração e o cotidiano do trabalho para construção de mapas de risco do território, identificação de casos relacionados ao trabalho, notificação compulsória, e discussão para planejamentos das ações.

De forma geral, a rede de atenção à saúde do trabalhador, como parte da trama que compõe a rede do SUS, integrada a RAS, tem responsabilidade de desenvolver estratégias para seu fortalecimento, mas, sinergicamente, sofre as consequências de suas limitações e dificuldades para se caracterizar como rede integrada e prestar uma assistência integral à população sob a qual tem responsabilidade sanitária.

Sem pretender saturar a discussão sobre as limitações no SUS que contribuem para fragmentação dos serviços de saúde e comprometem a integralidade do sistema, é possível identificar que, no concernente aos quatro âmbitos de abordagem da APS, existem problemas estruturais que inviabilizam a constituição da rede integrada de saúde. Serra e Rodrigues (2010) ao avaliar o referenciamento na rede metropolitana do Rio de Janeiro, tendo como base a ESF, concluiu que havia deficiência em todas as variáveis analisadas no seu estudo, o que incluía planejamento, regulação, gestão clínica, acesso aos serviços, recursos humanos, sistema de informação, comunicação e apoio logístico, denunciando condições incompatíveis com um sistema integrado em rede⁶⁷.

A fragmentação da atenção compromete a orientação, o acesso e o fluxo dos usuários nas malhas da rede. O conceito de hierarquização hegemônico na conformação da rede de saúde é predominante, com uma visão de complexidades crescentes e relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Essas são características de sistemas fragmentados de atenção à saúde, conflitantes com uma abordagem em rede integrada. Desenvolver estratégias que incentive a incorporação das ações de saúde do trabalhador nesse contexto de fragmentação é um desafio cotidiano enfrentado pelo Cerest diante da notória falta de adesão dos profissionais às ações de Visat⁸⁰.

O rico aparato normativo e legal que ampara e direciona a gestão da saúde, no sentido de contemplar a integralidade da atenção e a conformação de uma rede regionalizada e integrada, não foi suficiente para transformar uma realidade. Da mesma forma, a normatização que trata da saúde do trabalhador aponta para a transversalidade das ações no que concerne a atenção integral à saúde desse segmento da população, portanto a necessidade de avançar na gestão quanto à organização de uma rede integrada de saúde é fundamental para superar os problemas estruturais e contradições que produzem dificuldades para a incorporação de ações de saúde do trabalhador no cotidiano dos serviços, assim como a incorporação das práticas de vigilância pelos trabalhadores do SUS.

Dessa forma, as dificuldades para avançar na qualificação da RAS, como uma rede integrada, sofre interferência direta das restrições na ação intersetorial pela não incorporação do trabalho como central no processo saúde-doença, assim como as ações de saúde do trabalhador sofrem influência direta das limitações das RAS nos seus diversos atributos, conformando um cenário sinérgico de influências limitantes quanto à integralidade da atenção.

CAPÍTULO 2 – CONCEITUANDO O OBJETO

2.1 Uma breve conversa sobre saúde do trabalhador

As referências sobre agravos relacionados ao trabalho tomaram maior proporção a partir do século XVIII, quando o crescimento e a concentração das populações em áreas urbanas demandaram uma maior produção de mercadorias, culminando com o advento da indústria que revolucionou as relações sociais de produção^{71; 81}.

O processo de industrialização para produção de bens em larga escala exigiu novas formas de organização do trabalho, imprimindo ao trabalhador exigências de produção que exacerbaram a nocividade do trabalho. A burguesia industrial, que buscava maiores lucros a menores custos, mecanizou os processos de trabalho e impôs ritmos acelerados a ponto do grande número de trabalhadores adoecidos pôr em questão a manutenção do próprio modelo de produção desenvolvido no capitalismo industrial^{80; 81}.

Os primórdios do que posteriormente se constituiria como a construção no campo da saúde do trabalhador é marcada pela relação entre a acumulação de capital, organização do trabalho pela exploração do corpo de trabalhador e suas consequências sobre a saúde. A partir de então, a ausência de regras entre o trabalho e o capital e a notória perda de mão de obra pelo depauperamento da saúde deflagrou o movimento político-econômico de regulação dessa relação, iniciando uma trajetória da construção social e política de luta pelos direitos no trabalho⁸¹.

O processo de industrialização tardia na América Latina não proporcionou uma acumulação das experiências quanto à minimização dos efeitos excessivamente nocivos do trabalho sobre os trabalhadores, ao contrário, perpetuou nos espaços contemporâneos dos ambientes de trabalho um cenário iniciado durante a revolução industrial. O movimento mundial de reestruturação produtiva não excluiu formas arcaicas e tradicionais de produção, manteve condições precárias, desumanas e insalubres, assumidas pela humanidade como naturais mediante a capacidade do poder econômico de relativizar ou negar direitos aos trabalhadores^{73; 81; 82}.

O protagonismo dos trabalhadores brasileiros na luta por seus direitos ocorreu de forma gradativa, pela sua organização em sindicatos e movimentos trabalhistas, dando início a uma luta permanente pela dignidade no trabalho, que teve a contribuição incontestável do movimento operário italiano na base desse percurso. No entanto, as lutas para alcançar esse ideário passaram a situar a proteção da saúde como subjacentes às lutas por melhores salários,

redução da jornada e folgas semanais, entre outros direitos trabalhistas contemporaneamente já conquistados^{73; 81}.

Seguindo esse itinerário, a política normativa e institucional sobre a saúde no trabalho consolidou-se no campo trabalhista e previdenciário, tendo como base a saúde ocupacional e suas limitações pela abordagem focada no indivíduo, na doença e na monocausalidade⁸³. A saúde do trabalhador emergiu, no campo da saúde, como uma crítica a essa abordagem, resgatando o protagonismo da saúde nas reflexões sobre a construção de conhecimento sobre a relação trabalho, saúde e ambiente.

No âmbito da saúde do trabalhador, a discussão conceitual e política sobre a proteção da saúde buscou romper com o interesse do capital produtivo e colocar, como base, os interesses da classe trabalhadora quanto à proteção da sua saúde. Nesse sentido, a construção do conhecimento e a abordagem das relações trabalho e saúde-doença partem da produção de conhecimento e de práticas compartilhadas com a classe trabalhadora^{73; 81}.

A ampla participação dos trabalhadores nas ações de saúde foi definida precocemente quando se iniciou a implementação de políticas públicas de saúde voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores. A convenção 161 e a recomendação 171 da OIT, denominadas de “Convenção e recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho”, datadas de 1985, apresentaram como principal característica a participação dos trabalhadores, a atuação de equipes multiprofissionais e a implementação de políticas públicas³².

Manifestações de órgãos internacionais reforçaram a preocupação no campo da saúde pública no Brasil e, no auge do movimento da reforma sanitária, fortaleceu o resgate da saúde do trabalhador contribuindo para a sua emergência sob o ponto de vista acadêmico, político e institucional. O âmbito da saúde coletiva lhe conformou uma propositura de transcender concepções hegemônicas de causa e efeito entre as doenças e os fatores de risco, ampliou seu objeto para o processo saúde-doença de grupos humanos em sua relação com o trabalho, com fins de proteger essencialmente a saúde dos trabalhadores, resgatando o lado humano do trabalho⁷².

É nesse formato que a saúde do trabalhador se estabeleceu no SUS, institucionalizada como um direito fundamental introduziu no seu escopo um ideário de cidadania que perpassa os princípios do SUS e se alicerça na redefinição do papel dos trabalhadores, que assumem proativamente a ação rebelando-se contra o *status* de objeto e assumindo o papel de sujeito político e social⁷³.

Segundo Vasconcellos (2011), a inclusão da saúde do trabalhador no SUS inaugurou uma crise de paradigmas, por expandir o direito universal e integral da saúde em um campo antes regido por restritas regras contratuais. Em outras palavras, o SUS ampliou de tal forma a proposta da proteção à saúde do trabalhador que confrontou a gestão econômica empresarial do campo⁸¹.

No entanto, apesar dos avanços, a complexidade do campo da saúde do trabalhador, estruturalmente determinado por conflitos e embates de concepções socioculturais, políticas e econômicas, dificulta a efetividade dos princípios estabelecidos. A heterogeneidade de recursos e objetivos desafia a capacidade de harmonia entre os diversos interesses envolvidos, relativos ao capital econômico, político e social⁸⁴.

Os agentes, com interesse na acumulação do capital, embora possam ter algum compromisso com a proteção da saúde dos trabalhadores, não a têm como princípio fundamental da ação, como o é no campo da saúde do trabalhador, conformando-se, portanto, numa área de dissensos⁸⁴.

Segundo a teoria dos campos de Bourdieu, os campos são dotados de mecanismos intrínsecos que constituem espaços autônomos no interior do mundo social, cuja estrutura possui propriedades que lhes são particulares, conformando uma dinâmica em que os agentes participam disputando posições para obtenção de capital¹ e de lucros simbólicos^{85; 86}.

A saúde do trabalhador se constitui em um campo estruturado em que dominantes e dominados engendram estratégias de atuação em prol de interesses próprios e de acordo com sua posição. O cenário é de uma arena de lutas em que diferentes forças se impõem aos agentes que nele se encontram, enfrentando-se com meios e fins diferenciados que contribuem para a conservação ou transformação da ordem dominante⁸⁷.

De tal forma, esse campo ainda em construção, busca romper com uma rede de relações de poder, elevando a consciência sanitária por intermédio da programação em saúde, da produção acadêmica e do movimento dos trabalhadores em busca de melhorias nos ambientes e processos de trabalho que promovam mudanças em prol da defesa da saúde⁷³.

O desenvolvimento desse campo no sistema de saúde brasileiro partiu de um longo processo, cuja compreensão pode se dar por meio da leitura e análise da evolução da norma, essencialmente a partir da Constituição Federal e da Lei 8.080/1990 que, após décadas de

¹ Bourdieu denomina os interesses postos em jogo no campo como capital, uma forma transfigurada e legítima do poder no sentido de bens não só econômicos, mas culturais, sociais e simbólicos. (Bourdieu, 1998, p50). Os agentes necessitam de um montante de capital para ingressarem em um determinado campo, para tanto, fazem uso de estratégias econômicas, sociais ou políticas para engendrar suas lutas e subverter a ordem dominante (Thery-Cherques, 2006 p. 37).

predomínio do modelo curativo-assistencialista centrado no atendimento hospitalar, determina a operacionalização segundo um modelo de sistema que se propõe universal, integral e equânime com prioridade para a proteção da saúde sem descuidar do atendimento aos doentes⁸³.

A Constituição Federal, ao inovar ampliando os direitos sociais à saúde, também incorporou o direito ao trabalho como essencial. Dedicou um capítulo à saúde e nele, ao criar o SUS, definiu como de sua competência o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador. Somente um ano depois, quando foi publicada a LOS, em setembro de 1990, que regulamentou a organização e o funcionamento do SUS, vislumbrou-se a sua consolidação nos moldes idealizados.

Quanto à saúde do trabalhador a LOS reafirmou o texto constitucional e conceituou-a como *“um conjunto de atividades que se destina [...] à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”*³.

O texto legal ainda detalhou que as ações de saúde do trabalhador incluem a assistência ao trabalhador vitimado, o incentivo a estudos e pesquisas quanto ao controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho, a normatização e o controle das condições de trabalho nas cadeias produtivas, a avaliação do impacto das tecnologias na saúde, a divulgação aos interessados sobre os riscos e danos à saúde, bem como dos resultados das fiscalizações e as avaliações ambientais, respeitados os preceitos da ética profissional.

Após a publicação da LOS seguiu-se um longo tempo em que o SUS engendrou sua luta para avançar na realização da utopia sanitária e migrar do modelo hegemônico para um modelo de organização dos serviços de saúde com foco na promoção da saúde. Nesse sentido, os profissionais de saúde deveriam agir sobre as causas das doenças e o sistema de saúde ter responsabilidade sobre as condições que interferem na saúde das pessoas. Não era mais suficiente curá-las, era preciso evitar que adoecessem.

O enfrentamento desse desafio exigiu o desenvolvimento de ações e estratégias que perpassavam todas as instâncias da rede de saúde, remetendo à obrigatoriedade de uma abordagem intrasetorial e, mais, não se constituindo como tarefa que coubesse exclusivamente no campo da saúde. O conceito de saúde e os princípios que regem o agir do sistema estavam dados, legalmente instituídos, faltando apenas cumpri-los, operacionalizá-los. Contudo, o simples cumprimento até hoje não se efetivou integralmente, dada a

complexidade revelada nas tensões materializadas na dificuldade de operacionalização pelos serviços.

Augusto (2005) alerta que a crise da saúde do trabalhador não pode ser separada da questão da saúde pública e que era preciso sair da relação de causalidade linear enraizada na prática da saúde e promover uma ação transformadora, contemplando plenamente a complexidade dos processos de saúde e a luta pela cidadania⁸⁸.

No caso da saúde do trabalhador, Vasconcellos (2007) aponta que a incapacidade político-gerencial de impulsionar intervenções técnicas sobre o campo das relações produção/ambiente/saúde pode estar associada à incapacidade da gestão em saúde pública política em lidar com o mundo da produção, historicamente vinculado aos setores estatais do trabalho, da previdência social, da indústria e comércio, da agricultura e, mais recentemente, do meio ambiente⁸³.

Apesar das dificuldades, gradativamente o campo institucionalizou-se por intermédio de normativas que o consolidavam no âmbito do SUS. Dois exemplos notórios foram a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST-SUS

A Portaria nº 3.120/1998, do Ministério da Saúde, com a finalidade de fornecer subsídios para o desenvolvimento da vigilância, aprovou a Instrução Normativa de Visat apontando como seu objetivo conhecer a realidade para transformá-la. Determinou a necessidade de estabelecer um diagnóstico situacional para avaliar de forma permanente os resultados e acompanhar as mudanças pretendidas e definiu como pressupostos de caráter metodológico uma fase preparatória, a intervenção por meio de inspeções e fiscalizações sanitárias e a análise dos processos, mediante inquéritos, mapeamento de riscos, estudos epidemiológicos, acompanhamento e outras informações básicas⁸.

Essa Portaria, vigente até hoje, foi pioneira na indicação de linhas de atuação e estruturação da atenção à saúde em programas estaduais e municipais de saúde do trabalhador, direcionou a compatibilização de instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências, principalmente entre as instâncias responsáveis pelas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e fiscalização sanitária, indicando a necessidade de aprofundar a relação institucional, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, recomendando a constituição de equipes multiprofissionais e a execução de ações interdisciplinares e pluri-institucionais⁸⁹.

A instrução normativa recomendou, ainda, a criação de estratégias para viabilizar a participação de trabalhadores e suas organizações na definição de políticas, no acompanhamento e avaliação da execução das ações, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, determinadas a partir de critérios pré-definidos e que incluem a atuação da base sindical, ramo produtivo, abrangência do território e perfil epidemiológico, com a finalidade de viabilizar intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores⁸.

Já a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST-SUS –, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.908/1998, tinha o objetivo de definir atribuições e responsabilidades para a realização das ações de saúde do trabalhador pelos entes federados, de acordo com a condição de gestão definida na Norma Operacional Básica do SUS – NOB/SUS/96 –, vigente à época e que em virtude de estar vinculada às modalidades de gestão das pactuações dos anos 1990, esta norma perdeu sua capacidade normatizadora.

Nessa norma foi definida a configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos do processo de trabalho. Entre as ações salientava-se a realização da vigilância nos ambientes e processos de trabalho, a notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho, o estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados para orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador, instituindo um sistema de referência capaz de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde⁸⁹.

Na medida em que o campo da saúde do trabalhador consolidava-se, programas de saúde do trabalhador vinculados ao sistema de saúde, existentes desde os anos 1980, mantinham-se em gradativa expansão. Esses programas, contudo, não se articulavam entre si e posicionavam-se de forma periférica à rede do SUS como um todo.

A organização de uma rede capaz de dar suporte técnico ao campo culminou com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador – Renast, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.679 de 19 de setembro de 2002, cuja implementação deveria ser resultante da articulação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais⁷⁴.

A Portaria determinou que as ações se desenvolvessem no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS, mais especificamente no Programa de Saúde da Família – PSF e na

rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. A Portaria criou, ainda, os Cerest, de abrangência estadual para cada unidade federada e de abrangência regional, ambos tendo como atribuição funcionar como polos irradiadores do conhecimento sobre o processo trabalho/saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico no âmbito de um determinado território. Portanto, as atividades dos Cerest amparam e fundamentam uma prática com base na conformação de uma rede articulada de serviços do SUS, fortalecendo todos os níveis de atenção para atender os trabalhadores, identificar os agravos à saúde relacionados ao trabalho e efetuar intervenções especializadas⁷⁴.

Em 2004 foi regulamentada a notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador, por meio da Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004, substituída pela Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que determinou à rede de atenção à saúde do trabalhador procedimentos administrativos para a notificação e o acompanhamento da informação nos sistemas oficiais, conformando uma base para a informação em saúde do trabalhador no âmbito do SUS⁹⁰.

Em 6 de julho de 2005, a Portaria nº 1.125 estabeleceu como propósito da política de saúde do trabalhador para o SUS a atenção integral ao trabalhador mediante o desenvolvimento contínuo de ações integradas intra e intersetorialmente, com vistas ao desenvolvimento de intervenções sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Essa Portaria reforçou a necessidade da participação de todos os sujeitos sociais e o desenvolvimento das ações em todos os níveis de atenção, com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis por meio do fortalecimento da vigilância de ambientes e estruturação da rede de informação em saúde do trabalhador, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e da participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador⁹¹.

A Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, revogada pela nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, ampliou a Renast e reafirmou o papel dos Cerest para a inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica e implementação das ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador. Além disso, instituiu os serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade, denominados de Rede de Serviços Sentinela⁹².

A mesma Portaria também definiu que o controle social nos serviços que compõem a Renast se daria por intermédio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – Cist –, com base no que está destacado nos artigos 12 e 13 da LOS quanto à criação das comissões

intergestoras e com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde nas respectivas esferas de governo⁹², respeitadas as determinações da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Nestes termos, a Cist configura-se como instância privilegiada de caráter permanente, vinculada ao Conselho de Saúde. Criada com o objetivo de elaborar normas técnicas, estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador e participar na formulação e implementação das políticas, normas, critérios, padrões para o controle das condições de trabalho com fins de recomendar a deliberação pelo conselho de saúde para a execução de políticas públicas na área. Sua função estende-se, ainda, ao acompanhamento dos projetos e garantia da implementação de ações consideradas prioritárias nos planos de saúde, assim como da alocação de recursos necessários à efetivação das ações, além de promover a integração e a intersectorialidade entre órgãos, conselhos, fóruns e entidades que atuam na área⁹³.

Em 22 de dezembro de 2009 foi aprovada a Portaria nº 3.252, posteriormente revogada, que tratou sobre as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, nela incluída a vigilância da saúde do trabalhador. Determinou a substituição do processo de certificação, modelo antigo regido pelas NOBs, pela adesão ao Pacto pela Saúde por meio de seus eixos, a saber: a regionalização solidária e cooperativa, orientada pelo princípio da integralidade, descentralização das ações e serviços de saúde e processos de negociação e pactuação entre gestores, além do fortalecimento do processo de participação social⁹⁴. Sua revogação se deu pela Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que manteve as questões relacionadas à área⁹⁵.

Essa portaria salientou que a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS – é o ponto focal de prontidão e monitoramento de respostas oportunas às situações de risco de disseminação de doenças e outros eventos que impliquem emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, precisando, assim, articular-se com outros órgãos e entidades nas diferentes esferas de gestão⁹⁴.

Em 7 novembro de 2011 foi publicado o Decreto nº 7.602 que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST – que apresentou por objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. A nova política apontou como

princípios para sua execução a universalidade, integralidade, diálogo social e primazia das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação¹².

A PNSST preconizou sua implementação por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores. Nesse sentido, indicou a necessidade de harmonização da legislação e atribuiu a gestão da PNSST a uma Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, composta paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores¹².

No ano seguinte, em 23 de agosto de 2012, foi intitulada outra política, por meio da Portaria nº 1.823 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT –, que se soma à anterior como política nacional, reafirma os princípios acrescentando aos anteriores, a precaução, e define como objetivos o fortalecimento da Visat, a promoção da saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis, a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador, a ampliação da concepção da saúde do trabalhador como uma ação transversal, a incorporação da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença e assegura que as ações e serviços do SUS incorporem a identificação da situação de trabalho e seus possíveis danos à saúde, garantindo a qualidade da atenção à saúde do trabalhador¹³.

As estratégias definidas pela PNSTT como prioritárias para atingir esses objetivos foram: a integração das vigilâncias que compõem a vigilância em saúde, a análise do perfil produtivo, a estruturação da Renast, o fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o estímulo à participação da comunidade, o investimento no desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas¹³.

De forma geral, a normatização que trata da saúde do trabalhador aponta, indiscutivelmente, para as ações de vigilância como estratégia prioritária de abordagem dos problemas, evidenciando a transversalidade da Visat para o agir no campo da saúde e a gradual condução para políticas e ações de articulação intra e intersetorial. As diretrizes para a implementação da Visat no SUS referem-na como estruturante e essencial ao modelo de atenção integral à saúde, tendo como especificidade a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho. Outra característica peculiar à estratégia para o desenvolvimento das ações de vigilância no campo da saúde do trabalhador é a participação dos trabalhadores em todas as etapas: planejamento, acompanhamento e execução das ações, valorizando o saber operário fundamentado na práxis. Esse cenário evidencia a vigilância como condição *sine qua*

non capaz de efetivar políticas e ações voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores e avançar na qualidade da atenção.

2.2 Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat – uma concepção para demarcação do objeto

Partindo do pressuposto de que a Visat é a principal estratégia para a operacionalização da PNSTT é preciso avançar na compreensão sobre a amplitude desse campo, de modo a dar conta da dimensão do problema, desenhado na análise de morbimortalidade, e forma a contribuir com o que, de fato, pode se caracterizar como proteção da saúde dos trabalhadores.

Conceitualmente, a vigilância em saúde apresenta distintas formulações, mais amplas ou mais restritas. Essa variação resulta do entendimento que pode se encerrar na vigilância médica ou se estender ao que, contemporaneamente, identifica-se como vigilância em saúde pública, que inclui a perspectiva da promoção de saúde e preconiza uma atuação que antecede a instalação dos agravos, indo para além da tradicional identificação dos riscos, coleta, análise e disseminação da informação⁹⁶.

A vigilância restrita a uma abordagem epidemiológica, voltada para a detecção de situações de risco, coleta de dados, análise e disseminação da informação não contempla a amplitude das ações de Visat que compreendem um processo dinâmico e permanente para intervenção organizada sobre os ambientes e processos de trabalho, modificando-os de forma a intervir sobre os fatores que se constituem em riscos à saúde dos trabalhadores^{96; 97}.

Um conceito mais geral sobre vigilância em saúde a preconiza como informação e ação, definindo a vigilância como um conjunto de ações que se destina a controlar fatores determinantes e condicionantes de saúde em territórios delimitados, garantindo a integralidade da atenção aos indivíduos e à coletividade⁹⁴.

A ampliação do espectro da vigilância passa a abranger no conjunto de suas responsabilidades a investigação para conhecimento e informação, somada ao desenvolvimento de medidas protetivas da saúde para o enfrentamento de problemas relacionados ao processo de adoecimento ou exposição das populações a situações de risco, assumindo o compromisso de elevar os níveis de saúde e consolidar o SUS em sua missão universalista de atenção integral⁹⁸.

Nesse sentido, parte-se do entendimento de que a saúde do trabalhador constitui-se num campo da saúde coletiva e que a Visat é um dos componentes da vigilância em saúde

pública^{13; 72}, tendo como objeto a proteção da saúde do trabalhador e estratégia de ação o agir investigativo e interventivo nos nexos entre processo de trabalho e saúde, com fins de reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora^{94; 99}.

No âmbito operacional, a Portaria nº 3.120/1998 já determinava às secretarias de estado e municípios a incorporação de práticas de análise e intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho como parte das ações de Visat^{8; 81}, indicando o seu caráter proponente para mudança e regulação dos processos de trabalho, o que requer a identificação de instrumentos e tecnologias com capacidade de produzir impactos positivos quanto à proteção da saúde dos trabalhadores¹⁴. O processo de trabalho como foco central de intervenção da Visat, na sua relação com a saúde, é objeto de intervenção e negociação de controle e mudanças de base tecnológica e/ou organizacional para eliminar situações potencialmente negativas para a saúde¹⁰⁰.

Nesse sentido, Pinheiro (2005) afirma que a vigilância em saúde do trabalhador diferencia-se da vigilância em saúde pela delimitação de seu objeto na ação de investigar e intervir nos processos de trabalho para estabelecer a relação entre estes e à saúde dos trabalhadores. A Visat, dessa forma, tem como objetivo a transformação do trabalho pelas ações de promoção de saúde, atuando em todos os seus componentes, modificando-os com vistas à proteção da saúde dos trabalhadores. Seu agir em torno desse objeto exige uma atuação integradora, não impondo limites à ação, mas instituindo uma abordagem desenvolvida por equipes multiprofissionais que contem com a participação dos trabalhadores, cujo saber deve ser valorizado, demandando uma obrigatoriedade de articulação na busca da resolução dos problemas de saúde e alcance dos seus objetivos^{9; 99}.

Essa perspectiva ampliada de ação aponta a necessidade de se estabelecer conexões entre as instâncias executoras, constituindo-se numa prática de múltiplos parceiros⁹⁶. Assim, as ações de Visat no âmbito do SUS não são mais responsabilidade exclusiva de grupos de técnicos especialistas em vigilância, mas estende-se para a rede de saúde, caracterizando-se como uma ação intersetorial, frente à sua dinâmica e necessidade de capilaridade para adentrar os territórios onde os problemas de saúde se consumam e dar concretude ao agir oportuno, essencial às ações de vigilância em saúde.

Ainda nesse contexto, as ações de vigilância estendem-se a outras áreas do conhecimento, cuja competência para intervir está fora do setor saúde, como as questões ambientais, de saneamento, habitacional, entre outras, que se constituem como fatores

condicionantes de saúde, portanto objeto de intervenção da vigilância em saúde, caracterizando-a como uma área de atuação intersetorial e multidisciplinar.

Ao tratar de uma abordagem direcionada a uma população determinada, também incorpora nesse conceito a noção de território preconizado pelo SUS. Nesse sentido, aponta-se para o mapeamento das situações de risco ou estratégia de intervenção segundo uma associação espacial. O sistema de saúde pública brasileiro preconiza a organização da atenção à saúde segundo uma lógica territorial, portanto, em princípio, o desenvolvimento das ações de vigilância, projetadas no tempo e espaço, fortalece e é fortalecido na forma como o sistema de saúde se organiza, tendo a atenção primária como eixo estruturante e a abordagem das populações adscritas.

Essa forma de organização possibilita uma aproximação das populações e consequentemente da abordagem do processo saúde/doença, preconizando uma apropriação do conhecimento e antecipação de tendências que devem ser consideradas para o direcionamento de medidas protetivas⁹. Essa dimensão espacial e temporal é intrínseca às ações de Visat e guardam relação com o compromisso da proteção à saúde, impondo um caráter processual às ações, que devem ser contínuas e sistemáticas, como citado na norma legal. No entanto, garantir o aprofundamento e abrangências adequados a cada caso investigado é tarefa que pode dar racionalidade e visibilidade às intervenções que, em princípio, têm um caráter ilimitado¹⁰⁰.

Dar concretude às ações de Visat significa viabilizar sua factibilidade no âmbito do setor público que tem recursos limitados, acima da sua capacidade de acolher e dar respostas efetivas às demandas. Esse cenário desafia as ações de Visat a fomentar a capacidade dos governos de **planejar, formular, programar políticas e cumprir funções** estabelecidas, transformando a organização do trabalho também dentro do próprio SUS para efetivar uma abordagem com prioridade para ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos, incorporando no seu cotidiano um movimento contra-hegemônico para consolidar relações intersetoriais e uma dinâmica de gestão participativa.

Retomamos um componente fundamental da gestão participativa, inerente à Visat, cujo aprofundamento na prática carece de estratégias que valorizem no diálogo com outros campos de saberes, o conhecimento prático. Para a Visat, esse componente não deve se limitar a uma contribuição pontual para determinar a eleição de prioridades de atuação, mas, acima de tudo, fundamentar no saber operário o conhecimento sobre a relação saúde-trabalho, que está vinculado à dimensão subjetivo-existencial associada à vivência imediata nas situações

de trabalho e dinamizadas pelo grupo e pelo contexto social¹⁰¹. Essa vivência se ampara num conceito de doença distinto do biológico e do conceito ampliado de doença que rege a gestão e ação no SUS, portanto sua dimensão também deve ser considerada e compreendida para uma atuação intersetorial e multidisciplinar.

A participação dos trabalhadores representa também uma força política de interesse do campo da saúde do trabalhador, estratégica na superação de entraves na relação intra e interinstitucional por estar num patamar externo da rede de saúde e desvinculado de modelos tradicionais de atenção à saúde, constituindo-se numa força de enfrentamento de micropoderes corporativos e descontextualizados do compromisso precípue de proteção à saúde dos trabalhadores. Dessa forma, a participação dos trabalhadores se constitui num componente transversal para conformar a organização das ações em rede¹⁰⁰.

Dada a sua característica processual e caráter permanente de intervenção nos ambientes no trabalho não se pode considerar a Visat como algo concluído, mas como um conjunto de práticas que se organizam heterogeneamente de acordo com o contexto em que se dá sua ação, considerando as realidades locais e o nível de inserção institucional e da participação dos trabalhadores.

A Visat, já consolidada do SUS e com um aparato legal que lhe dá o *status* de uma política de Estado, tem como desafio avançar na efetivação de seus pressupostos, superando entraves impostos ao próprio SUS. A complexidade prática e metodológica para o desenvolvimento das ações está relacionada à diversidade dos ambientes de trabalho e à diversidade de interesses sociais, econômicos e políticos, muitas vezes incompatíveis com os interesses das políticas públicas de saúde em prol da proteção da saúde dos trabalhadores.

Em síntese, para uma concepção de Visat que dê conta da demarcação do objeto desta tese, podemos entendê-la conforme alguns pontos:

1. A Visat como uma política de Estado, amparada no arcabouço jurídico que lhes dá suporte legal para o enfrentamento de conflitos de interesse entre o capital e o trabalho, buscando, para a saúde do trabalhador, um *status* de prioridade para a gestão e investimento em saúde;
2. A Visat como uma ação intra e intersetorial, pelo fato de intervir nos ambientes e processos de trabalho e nos fatores condicionantes do processo saúde-doenças acolhendo a diversidade dessas áreas de atuação que implica numa articulação entre os setores no campo da saúde e se amplia às outras áreas do conhecimento como trabalho, produção, previdência e ambiente entre outras;

3. A Visat como uma ação incorporada à rotina de trabalho da rede de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade, respeitadas às suas competências e organização espacial, garantindo a integralidade da atenção;
4. A Visat como um componente ético das relações sociais, posto que se caracteriza como pano de fundo para institucionalização de saberes e práticas, inclusive do saber operário, que permitam maior efetivação da saúde como um direito coletivo de cidadania e como um direito humano fundamentado no respeito à dignidade, a partir da incorporação de práticas efetivas de transformação dos processos de trabalho.

CAPÍTULO 3 – SITUANDO O OBJETO

3.1 O processo de implantação da Visat no Amazonas

O Cerest estadual foi criado em 2003, ligado ao Departamento de Atenção Básica e Políticas Estratégicas da Susam, tendo por objetivo fortalecer a rede pública de saúde na busca de maior resolutividade quanto à atenção integral à saúde dos trabalhadores e tendo como foco desenvolver uma atenção com base nos pressupostos e diretrizes previstos na legislação normativa em vigor. Iniciou suas atividades em meados de 2004, num espaço físico dentro da Policlínica Codajás, um centro especializado de atenção, historicamente reconhecido pela população de Manaus como uma unidade resolutiva, com grande capacidade instalada e que oferecia consultas médicas de várias especialidades, inclusive com realização de exames de maior complexidade de forma imediata.

Essas características, que não guardavam relação com a proposta de atenção à saúde do trabalhador a ser oferecida pelo Cerest, geraram dificuldades gerenciais e técnicas no sentido de direcionar as atividades com vistas ao componente da vigilância em saúde. Gerencial porque a Policlínica Codajás cobrava produção de atendimento do Cerest e não estava nas suas atribuições a realização de inspeções ou de quaisquer atividades extramuros. Técnica porque os profissionais recém-contratados, somados a alguns servidores reconduzidos de outros setores, formaram a equipe multiprofissional para atuar no Cerest, porém, com número de elementos ainda exíguo e sem qualificação específica no campo da saúde do trabalhador, não conseguiram se apropriar do seu verdadeiro papel e acolheram a demanda imposta com base no modelo de atenção à saúde da Policlínica Codajás de produção de serviços por consulta clínica.

Nesse processo, a partir de 2005, os técnicos participaram ativamente da realização das conferências municipais de saúde do trabalhador e organizaram a Primeira Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, elegendo delegados para a etapa nacional da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Naturalmente, o amadurecimento da equipe em busca de se apropriar das atribuições do Cerest processou-se de forma gradual e culminou com a necessidade de mudar o Cerest para um local próprio que possibilitasse avançar na implementação das ações de vigilância em saúde, superando um modelo de atenção centrado no atendimento aos trabalhadores já adoecidos ou lesionados.

A Fundação da Vigilância em Saúde do Amazonas- FVS/AM, instituída pela Lei nº 2.895 de 3 de junho de 2004, vinculada à Susam, foi criada com a finalidade institucional de promoção e proteção à saúde mediante ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças, incluindo educação, capacitação e pesquisa, para a melhoria da qualidade de vida da população amazonense. Em 2005, iniciou suas atividades, com os recursos remanescentes do Departamento de Vigilância Sanitária, composto pelas Gerências de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e do Laboratório Central. A FVS/AM deu sequência a todas as atividades de vigilância em saúde no âmbito do estado, inclusive as atividades de controle das endemias, no entanto, não incorporou a vigilância em saúde do trabalhador.

Em novembro de 2006, o Cerest estadual se mudou para sede própria, porém, na estruturação da Susam continuou como um programa do Departamento de Políticas Estratégicas, à época já transformado em Departamento de Atenção Básica e Políticas Estratégicas, onde constava uma Coordenação Estadual em Saúde do Trabalhador que dá apoio ao Cerest estadual. Essa organização facilitou a interlocução com a rede de atenção básica das secretarias municipais de saúde. No entanto, afastada da estrutura organizacional responsável pelo serviço de vigilância em saúde, dificultou a articulação intersetorial com esse segmento de fundamental importância para Visat.

Já na sede própria, a equipe do Cerest investiu na sua qualificação, iniciando pela realização de uma série de oficinas, com caráter de educação permanente, em que cada categoria profissional apresentou e discutiu com a equipe qual o seu papel no Cerest, refletindo e construindo de forma participativa um novo olhar para a recondução de suas atuações frente às atribuições do Cerest para a proteção da saúde dos trabalhadores, por meio das ações de vigilância. Embora as oficinas tenham sido um momento de grande integração entre a equipe e de efervescência de ideias, as mesmas não se consolidaram na prática.

Simultaneamente investiu-se também na capacitação da rede sentinela em saúde do trabalhador e em treinamentos da rede básica de atenção à saúde. A pequena equipe se dividia e se multiplicava fazendo treinamentos na capital e no interior. Na atenção básica da capital as capacitações eram organizadas pelo Cerest regional de Manaus, que contava com a participação dos técnicos do Cerest estadual para ministrar parte dos treinamentos. Na região do médio Solimões os treinamentos foram assumidos pelo Cerest regional de Tefé, após ser capacitado pelo Cerest estadual. Nos demais municípios, o Cerest estadual realizava com sua equipe dois treinamentos sequenciais, o primeiro para implantação do Nusat e o segundo para

atenção básica. O esforço empreendido resultou na implantação de dezenove Nusat e no aumento das notificações compulsórias de agravos à saúde do trabalhador, embora, ainda não seja possível classificar como satisfatório o desempenho desses serviços.

Em 2010, a Universidade do Estado do Amazonas, em convênio com o Cerest estadual, ofereceu duas turmas do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente. A primeira priorizou, como alunos, os técnicos do Cerest estadual e regionais e a segunda, em 2011, priorizou os técnicos da rede sentinela em saúde do trabalhador. Dessa forma, a partir de 2012, todos os técnicos teriam qualificação como especialistas, superando um problema crônico e crucial para o desenvolvimento das atividades de Visat no Amazonas. Atualmente, dos vinte e três técnicos de nível superior que compõem o quadro de recursos humanos dos três Cerest do Amazonas, dezessete têm pós-graduação, sendo dez específicas em saúde do trabalhador, cinco em medicina do trabalho e dois em outras áreas afins (Apêndice C).

Em princípio o curso de especialização em saúde do trabalhador deveria ser proveniente de um convênio com a Fiocruz, no entanto a administração pública da Susam não conseguiu superar seus entraves burocráticos e proceder ao contrato com a fundação de apoio da Fiocruz para repasse de recursos financeiros, inviabilizando a realização do curso por essa instituição. Essa situação se repetiu com o curso do controle social em saúde do trabalhador para capacitação de conselheiros de saúde.

O curso de especialização oferecido pela Universidade Estadual tinha como objetivo qualificar os técnicos para o desenvolvimento das ações de Visat, no entanto, a avaliação da primeira turma demonstrou a necessidade de uma abordagem mais prática, que subsidiasse uma formação voltada para as atividades de inspeção nos ambientes de trabalho. Assim, houve uma adequação no conteúdo do curso para a segunda turma, com uma carga horária maior na disciplina de Visat e segundo uma abordagem metodológica baseada na problematização, proposta por Vasconcellos (2009)¹⁰², que inclusive ministrou essa disciplina e assumiu a realização de mais dois cursos no âmbito do Cerest, que incluía os alunos da primeira turma do curso de especialização e demais técnicos do Cerest, da vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica tanto da gestão municipal quanto estadual.

A partir dessa sequência de cursos iniciou-se, de forma sistemática, um conjunto de ações de inspeção nos ambientes de trabalho, principalmente nos setores da construção civil e da saúde, em decorrência de demanda dos sindicatos e na sequência, do Ministério Público do Trabalho – MPT –, proveniente de denúncias de trabalhadores.

A realização do curso também possibilitou uma maior aproximação entre os servidores da vigilância em saúde do trabalhador e demais vigilâncias, principalmente a sanitária municipal que passou a ter um olhar crítico em relação às condições de trabalho no seu cotidiano, assim como passou a responder as demandas dos Cerest para as inspeções conjuntas quando solicitado, sem impor exigências que dificultassem o processo de organização dos serviços.

Outro setor cuja aproximação com a equipe do Cerest tem gerado bons resultados é a vigilância ambiental que tem coordenado uma ação conjunta com vários órgãos do setor da saúde e agropecuário para o desenvolvimento do plano estadual de atenção integral às populações expostas a agrotóxicos, em cuja execução consta a realização de dois projetos pilotos, um em Manaus e outro em Itacoatiara, que privilegia uma ação intra e intersetorial com valorização da participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

Além das atividades de rotina desenvolvidas nos Cerest, destacam-se os projetos de intervenção direcionados a algumas categorias profissionais tais como estudo sobre estresse em profissionais da rede pública de saúde do município de Manaus, disfonia e condições de trabalho em professores da rede pública de ensino, investigação dos acidentes de trabalho fatais registrados no SIM, melhoria da qualidade da informação no Sinan e SIM, condições de trabalho dos artesãos dos bois-bumbás no município de Parintins e o trabalho das mulheres agricultoras da plantação de abacaxi em Itacoatiara.

Os projetos específicos ou inspeções específicas ainda embora com caráter de iniciativas pontuais, comprometendo a sistematização e o caráter permanente da Visat, inquestionavelmente, demonstram avanços no sentido de desenvolvimento de ações de proteção à saúde nos ambientes e processos de trabalho naquele território pela busca de apropriação de imputar um caráter mais amplo às atividades de Visat uqe até então tinham um cunho mais de análises epidemiológicas e de educação para a saúde.

3.2 Análise da legislação do Amazonas sobre saúde do trabalhador

O arcabouço jurídico no SUS é um dos pilares fundamentais para que os entes federados reconheçam e exerçam suas competências no que concerne a dar efetividade às ações quanto à proteção da saúde dos trabalhadores⁸⁴. Caso em que, busca-se no aparato legal uma condição essencial para o agir, exatamente por se tratar de campo complexo da saúde coletiva que compreende um corpo de práticas interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais, composto por atores situados em lugares sociais distintos e com interesses

diferenciados, ocasionalmente antagônicos, impondo a necessidade de maior robustez à sua atuação.

A partir da concepção de Bourdieu, o campo judicial representa o espaço social organizado onde se opera a transmutação do conflito em diálogo, substituindo o embate direto entre partes diretamente interessadas por um debate com base em regras, conhecidas e reconhecidas como um poder que transcende as visões no espaço socialmente instituído¹⁰³.

Nesse sentido, a lei toma significado prático, cuja aplicação universal opera a neutralização entre diferentes interesses específicos divergentes, pelo distanciamento dos interessados e introdução de mediadores, operadores do direito, para garantir a revelação do justo¹⁰³. O conjunto de regras estabelecidas tem como finalidade ordenar o convívio social sobre as dimensões políticas, econômicas e éticas para dar concretude aos ideais de justiça⁸¹.

No entanto, também no campo jurídico, há uma pluralidade de forças, de tal forma que não há essencialmente uma neutralidade, mas uma tomada de posição organizada num sistema de interações de reconhecimento público que age segundo um ideário de justiça⁸¹ para determinação de certa ordem social¹⁰⁴.

A capacidade de interpretar e aplicar os instrumentos normativos impõe uma visão legítima do mundo social que dá autonomia relativa aos operadores do direito no campo jurídico. Essa autonomia reconhecida dá às suas decisões enunciadas reconhecimento universal, ou seja, não há recusa de sua posição mesmo fora da arena jurídica, consequência do reconhecimento de seu poder legitimado como capital simbólico¹⁰⁵.

Assim, a importância do campo jurídico para a racionalização das diferenças e desigualdades toma uma conotação basilar no campo da saúde do trabalhador, que utiliza as ferramentas legais com a finalidade de intermediar relações de diferentes forças e vetores. Os profissionais da saúde do trabalhador se apropriam, interpretam e aplicam instrumentos normativos com fins de proteção da saúde do trabalhador, num processo educativo que orienta e pactua medidas e, se necessário, encaminha para o campo jurídico. Essa apropriação do conhecimento das regras e dos procedimentos jurídicos por profissionais fora do campo do direito é caracterizada por Bourdieu como a vulgarização militante do direito, caracterizando o direito do trabalho como um setor de autoconsumo jurídico, favorecendo a possibilidade de instrumentalização da realidade pelos profissionais do campo¹⁰³.

A abordagem do profissional de saúde, com o pleito de resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora, legitima um movimento contra-hegemônico na tentativa de elevar de forma compartilhada com os “dominados” a consciência sobre direitos de

cidadania, entre eles, a saúde e o trabalho, rompendo a rede de relações de poder dos “dominadores”¹⁰⁶.

Segundo Minayo-Gomez et al (2011), a saúde do trabalhador tem como característica peculiar o reconhecimento dos próprios trabalhadores como essenciais às ações transformadoras que fundamentam as práticas da Visat, constituindo-se, portanto, como agentes interativos desse campo e detentores de poder para engendrar as lutas inerentes aos seus interesses. A apropriação da força do direito pela utilização e domínio de um de seus instrumentos, mais especificamente a lei, busca equilibrar tensões e dar maior equidade na defesa da proteção da saúde dos trabalhadores¹⁰⁷.

O aparato legal que fundamenta a prática no campo da saúde do trabalhador engloba a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica n. 8.080/1990, decretos e portarias de âmbito estadual e nacional. Além das regulamentações publicadas no âmbito da saúde, na execução das ações de vigilância, as equipes de saúde do trabalhador buscam, de forma complementar, respaldo técnico-jurídico em regulamentações de outros campos do conhecimento, como a segurança do trabalho, a exemplo das normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE –, Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978¹⁰⁸.

No âmbito do município, as Leis Orgânicas, segundo o ordenamento jurídico brasileiro, é a maior regulamentação que disciplina o funcionamento dos poderes de interesse específico nesse nível da federação, é a lei fundamental, estando, pois, sob dupla subordinação, a Constituição Federal e Estadual⁸⁴. Assim sendo, a Lei Orgânica Municipal – LOM – deve caracterizar-se como um instrumento elementar para subsidiar a priorização da saúde do trabalhador como uma política municipal, reconhecendo e provendo meios para efetivação do direito de cidadania e dever do Estado, em cumprimento à Constituição Federal e se constituindo como um ponto de apoio para o equilíbrio de forças que carecem de aparato regulador.

As constituições: Federal e do Amazonas

A Constituição Federal² caracterizou-se como um marco divisor para o campo da saúde do trabalhador, redirecionando novos caminhos que conformaram gradativamente a consecução do que estava instituído, culminando com a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora¹³.

A norma jurídica máxima, ao definir como direitos sociais a saúde e o trabalho, fixou com precisão que esses direitos devem ser perseguidos pelos entes federados e propiciados

aos cidadãos. No que se refere à saúde, reafirma e fortalece essa assertiva ao determiná-la como dever do Estado a ser “(...) *garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário (...)*” (Art. 196)².

Cuidar da saúde e proteger o meio ambiente está estabelecido como competência comum da União, estados e municípios no artigo 23. Legislar sobre a defesa da saúde e proteção do meio ambiente como competência concorrente à União e aos estados no artigo 24. Aos municípios, o artigo 29 determina que cabe legislar sobre assuntos de interesse local e de forma suplementar².

Embora o que esses artigos preceituem não esteja direcionado aos trabalhadores especificamente, é inquestionável sua inclusão no universo ao qual o direito à saúde é legalmente assegurado. Nesse caso, a interpretação da lei permite a garantia do desenvolvimento de políticas pelos três entes federados, com vistas à redução dos riscos no meio ambiente, implicitamente o meio ambiente do trabalho.

Já o artigo 200 estatui explicitamente como competências do SUS “*executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador*”, além de “*colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho*”².

A constituição do Amazonas, promulgada em outubro de 1989, ordena como objetivo prioritário do Estado a saúde pública e a garantia da eficácia dos serviços públicos (art. 2º). No capítulo dos direitos sociais afirma o pleno exercício do estabelecido na Constituição Federal e fixa a *dignificação do trabalho* e a “*fiscalização da observância (...) das condições de trabalho estabelecidas em lei*” (Art. 4º)¹⁰⁹.

No art. 6º assegura a “*participação dos trabalhadores (...) nos colegiados (...) em cujo âmbito os interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão ou deliberação*”. No artigo 17, ao tratar da competência do Estado, reitera a sua competência complementar de cuidar da saúde e, no artigo 18, de legislar concorrentemente sobre a proteção do meio ambiente e proteção e defesa da saúde¹⁰⁹.

No capítulo da seguridade social é reiterado, na íntegra, o artigo 196 da Constituição Federal, acrescentando o conceito de saúde como resultante de várias condições, entre elas o trabalho e o meio ambiente. Até esse ponto sem extrapolar o já definido pela Constituição Federal¹⁰⁹.

No artigo 185, ao definir a competência do Sistema Estadual de Saúde inclui o desenvolvimento de um “*Sistema Estadual de Saúde do Trabalhador que disponha sobre a*

fiscalização, normatização e coordenação geral” com o objetivo de “garantir a eliminação dos riscos de acidentes, doenças profissionais e do trabalho e que ordene o processo produtivo de modo a garantir a saúde e a vida dos trabalhadores”; Garantir a “informação aos trabalhadores a respeito de atividades que comportem riscos à saúde e dos métodos para o seu controle”; E garantir a “participação de sindicatos e associações classistas na gestão dos serviços”¹⁰⁹.

Observamos, dessa forma, que o texto da Constituição Estadual do Amazonas, com base nas determinações do artigo 200 da Constituição Federal detalhou como competência estadual, no âmbito do sistema de saúde, a execução de ações a serem desenvolvidas de forma a garantir a proteção da vida e da saúde dos trabalhadores, inclusive a fiscalização dos ambientes de trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde e o Código de Saúde do Amazonas

Em nível nacional as leis orgânicas da saúde são amplamente conhecidas e compreendem um conjunto de duas leis, publicadas em setembro de 1990 a Lei nº 8.080 e, em dezembro do mesmo ano, a Lei 8.142, ambas regulamentam a Constituição Federal brasileira no que concerne ao SUS. A primeira *“dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços”³*, a segunda *“sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”¹¹⁰*.

Sem pretender ordenar em grau de importância as leis, aqui abordamos mais amiúde a Lei 8.080/1990 considerando que se pretende versar sobre a fundamentação legal das práticas de saúde do trabalhador. De tal forma, a execução das ações saúde do trabalhador é determinada por essa Lei como um campo de atuação do SUS, inserindo, portanto, a saúde do trabalhador em todos os setores de ação e incorporando, nesse segmento, todos os princípios e diretrizes do SUS. Além de delegar a toda sua rede as atribuições inerentes ao desenvolvimento das ações de proteção da saúde dos trabalhadores, também determina como competência do SUS colaborar *“na proteção do meio ambiente”*, onde se inclui os ambientes de trabalho (art. 6º)³.

O texto da LOS define a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária com vistas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Art. 6º §3º).

Detalha, ainda, que as ações de saúde do trabalhador incluem a assistência ao trabalhador acidentado ou portador de doença profissional e do trabalho; a realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos existentes no processo de trabalho; a participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador; a avaliação dos impactos das tecnologias sobre a saúde; a socialização da informação sobre os riscos de acidente e doença profissional e do trabalho e também sobre os resultados de fiscalizações e avaliações ambientais; a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho e; a garantia aos sindicatos dos trabalhadores de requerer a interdição de máquina, setor de serviço quando houver risco iminente à vida ou saúde dos trabalhadores (Art. 6º §3º)³.

Além desse detalhamento, acrescenta ainda, quando trata da organização e da gestão do SUS, que as comissões intergestoras devem ter uma atuação abrangente e especial direcionada às atividades de saúde do trabalhador (art. 13) e que a elaboração de normas técnicas e o estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da saúde do trabalhador cabem aos três entes federados (art. 15). A divisão de competências a partir do texto da Lei 8.080/1990 determina que à direção nacional do SUS cabe “*a participação na formulação e implementação de políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho*” (art. 16), ao Estado compete coordenar e, em caráter complementar, executar as ações e serviços de saúde do trabalhador e, finalmente, ao Município compete executar serviços de saúde do trabalhador³.

O Código de Saúde do Estado do Amazonas, Lei Complementar nº 70 de 03 de dezembro de 2009, estabelece normas para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Amazonas, em cumprimento aos termos da Constituição Federal e estadual. Nesse sentido, considera como ações e serviços públicos de saúde as atividades de vigilância em saúde que naquele texto compreende a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e nutricional.

Na sequência, em outro item, acrescenta a saúde do trabalhador, como outra ação dos serviços de saúde, mas desvinculada da vigilância em saúde (art.2º). A interpretação dessa letra da lei pode ter respaldado a estruturação do corpo funcional da vigilância em saúde do trabalhador, que atua no Cerest estadual, em uma estrutura da Secretaria de Estado da Saúde

que não na Fundação de Vigilância em Saúde, concebida para organizar funcionalmente as demais vigilâncias¹¹¹.

O Código de Saúde do Amazonas repete o texto da LOS quando descreve os objetivos do sistema de saúde estadual e quando define a competência estadual e municipal (art. 6º, 11,12). No entanto, ao dedicar um capítulo à Vigilância em Saúde, cria um Sistema Estadual de Vigilância em Saúde – Seves, que abrange todas as atividades de vigilância e explicita que esse serviço deve englobar, de forma harmônica, as áreas de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, laboratorial, de saúde do trabalhador e dos fatores determinantes da saúde, tais como alimentação e nutrição (Art. 44, 45).

Dessa forma, se inicialmente o Código deixa a área de saúde do trabalhador à parte da vigilância, ao criar o Seves, definitivamente a descreve como vigilância em saúde do trabalhador e como parte integrante da vigilância em saúde, cabendo-lhe todas as atribuições, objetivos e responsabilidades quanto à tomada de medidas sanitárias concernentes à proteção da saúde dos trabalhadores.

Esse reconhecimento normativo da saúde do trabalhador como parte integrante da vigilância em saúde, faculta, nos termos descritos no Código, a possibilidade de investir os agentes de vigilância em saúde do trabalhador como autoridade sanitária, considerando que a exigibilidade para tal ancora-se no fato de se tratar de servidor público legalmente investido, a quem são conferidas as prerrogativas e os direitos inerentes ao exercício das atividades de vigilância em saúde. No caso, a vigilância em saúde do trabalhador, nessa norma, foi reconhecida como tal (Art. 54,55).

As leis orgânicas municipais

A cidadania não deve ser algo abstrato, teórico e afastado da realidade, mas, acima de tudo, significa respeito mútuo pelo direito de exercitar a democracia na sua essência, o que remete à necessidade de conhecimento dos indivíduos sobre seus direitos¹¹¹. Apesar disso, ao contrário do que se poderia esperar, as LOM do interior do Amazonas não foram documentos de fácil acesso. De fato, foram necessárias várias tentativas, por meio de diferentes órgãos que possibilitassem o acesso a 56 de um total de 62.

Cientes de se tratarem de documentos públicos que deveriam estar disponíveis aos cidadãos, essa dificuldade, em si, já representou um aspecto conjuntural negativo quanto à atuação pública em defesa da proteção da saúde, comprometendo os direitos dos cidadãos na

sua dimensão civil, política e social, pois o desconhecimento da lei cerceia a possibilidade do exercício de exigência dos direitos.

Datadas do ano de 1990, principalmente a partir do mês de abril, período pós-constituente e anterior à publicação da Lei nº 8.080/1990, em sua maioria, as LOM reafirmam a Constituição Federal no reconhecimento da saúde e do trabalho, entre outros, como direitos fundamentais de cidadania, algumas repetindo, literalmente, o texto constitucional e outras apenas o referindo.

A saúde foi caracterizada como uma prioridade em cinco leis orgânicas municipais, que a apontaram como objetivo fundamental (Barcelos, Boca do Acre, Itapiranga, Manacapuru e Presidente Figueiredo). Oito municípios, ao tratar dos direitos sociais (Barcelos, Boa Vista dos Ramos, Borba, Iranduba, Itapiranga, Presidente Figueiredo, Silves, Tefé), referiram-se a um eficiente sistema de saúde pública como forma de assegurar o pleno exercício dos direitos sociais previstos na Constituição Federal. Três relataram as duas formas de citações anteriores (Barcelos, Itapiranga e Presidente Figueiredo).

No âmbito dos direitos sociais quatorze municípios citaram a dignificação do trabalho, a prestação de serviços de assistência e previdência social, além de assegurar a participação dos trabalhadores em colegiados, cujo âmbito de interesses profissionais ou previdenciários seja objeto de discussão ou deliberação. Garantiram ainda a liberdade de associação profissional ou sindical, respeitados os princípios estabelecidos na Constituição Federal (Barcelos, Beruri, Boa Vista dos Ramos, Borba, Caapiranga, Ipixuna, Iranduba, Itacoatiara, Itamarati, Itapiranga, Jutai, Presidente Figueiredo, Silves, Tefé).

Vinte e sete municípios (Barcelos, Barreirinha, Benjamin Constant, Boca do Acre, Borba, Canutama, Careiro da Várzea, Codajás, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Itacoatiara, Itapiranga, Japurá, Jutai, Manicoré, Maués, Nova Olinda, Novo Ayrão, Novo Aripuanã, Pauini, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro, São Sebastião do Uatumã, Tefé, Tonantins, Uarini) quando trataram da sua competência referiram os serviços de atendimento à saúde da população como uma prioridade a ser prestada em cooperação técnica e financeira com a União e o Estado.

A afirmação e reafirmação da saúde como um direito de cidadania não significou maior acurácia do texto legal na regulamentação de políticas de saúde que assegurassem compromisso com sua proteção em termos de vigilância, ao contrário, no capítulo da saúde os compromissos explicitados estão voltados, principalmente, para a atenção hospitalar e combate a doenças infecciosas, visivelmente com foco na abordagem da doença, contrariando

os princípios legais que determinam a prioridade para ações de promoção e prevenção de saúde, ainda que sem descuidar das ações de assistência. Essa característica da norma pode ser exemplificada com o município de Parintins cuja lei prevê como de sua competência a criação e implementação de serviços de “*assistência aos sequelados*” dos acidentes de trabalho, sendo essa a única referência identificada quanto à saúde dos trabalhadores.

Especificamente sobre a saúde do trabalhador observou-se que no capítulo ou seção da saúde houve referências vagas, sempre associadas a outras áreas do conhecimento como a vigilância epidemiológica, sanitária ou a questões ambientais, nas quais se incluía o ambiente de trabalho. Em nenhum caso os legisladores dedicaram a letra da lei para tratar especificamente da saúde do trabalhador. Há, praticamente, uma repetição do texto constitucional federal, sem aparente preocupação na sua regulamentação a exemplo do estabelecido na LOS, na Constituição Estadual e no Código de Saúde do Amazonas.

Apenas cinco municípios referiram-se textualmente aos serviços de vigilância em saúde do trabalhador como sendo de sua competência. No entanto, vinte e quatro citaram a execução de serviços de vigilância sanitária e epidemiológica como sua atribuição. O amparo na lei municipal para o exercício de ações de Visat reside na prerrogativa ditada pelos diplomas maiores, para isso, no âmbito municipal, as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas devem, obrigatoriamente, incorporar a saúde do trabalhador no seu campo de conhecimento, técnicas e práticas, na perspectiva interdisciplinar, intra e intersetorial.

Salienta-se ainda que na LOM de Envira não constava capítulo ou seção sobre a saúde e em outros vinte e três municípios, apesar de constar um capítulo ou seção da saúde, não havia menção a qualquer questão relacionada à saúde do trabalhador. As demais trinta e duas leis analisadas abordaram questões relacionadas à proteção da saúde do trabalhador, das quais vinte e oito especificaram as condições dignas de trabalho como meio para atingir o objetivo da saúde como um direito de todos os municípios e dever do poder público.

Ainda no trecho que trata das políticas de saúde, há referências em dois municípios sobre condições de trabalho nos serviços de saúde públicos e privados, no sentido de assegurar proteção ao trabalhador no exercício de suas atividades, a serem garantidas por meio de rigorosos padrões técnicos de inspeção e fiscalização, principalmente quanto a instalações que utilizem substâncias ionizantes e manipulação do sangue e seus derivados.

Dezenove leis definiram como atribuição e dever do município gerir, executar, controlar e avaliar as ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho. A Lei de Novo Aripuanã e Tonantins referem que cabe ao município, na esfera do SUS, a defesa do

meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, nesse sentido outros sete municípios (Manaus, Coarí, Eirunepé, Japurá, Pauini, Santa Izabel do Rio Negro e São Sebastião do Uatumã) também reconhecem essa competência, embora o faça no capítulo que trata da política de meio ambiente.

Ao tratar da política de assistência e promoção social, as leis orgânicas de 16 municípios trazem como objetivo das ações no campo social a valorização do trabalho humano, elevação do nível de vida e bem-estar da população, ao homem do campo, garantias de direitos fundamentais do cidadão, trabalhistas, previdenciários e outros previstos em lei. Destaque para o município de Berurí (Art. nº 114) e Caapiranga (Art. nº 174) que salientaram o apoio a medidas de segurança do trabalho que devem ser estimuladas, textualmente citadas, “*o aperfeiçoamento de equipamentos de proteção ao trabalho*”.

De forma geral, as leis orgânicas municipais reafirmam a saúde como um direito social que o município deve priorizar como de sua competência, descrição que pode ser caracterizada como uma repetição do texto da Constituição Federal, sem um compromisso de aprofundar como se dará essa competência em nível municipal. Salienta-se que não há registros de outras regulamentações que detalhem esse processo como, por exemplo, no Plano Municipal de Saúde.

Dessa forma, sem um empenho dos legisladores para sua atualização, o texto legal pouca serventia terá como amparo para o desenvolvimento das ações de Visat em nível municipal. O empenho das equipes deve ser estratégico, exatamente para buscar articulação política para a atualização dessas leis, de forma que inclua a saúde do trabalhador como uma prioridade e direcione suas ações no âmbito do SUS. O Código de Saúde do Estado do Amazonas pode ser considerado como uma base que pode fomentar as discussões para atualizações dessas leis, pois ao criar o Seves, que inclui a Vigilância em Saúde do Trabalhador, descreve detalhadamente sua finalidade de desempenhar ações contínuas e sistemáticas, que interfiram positivamente nos fatores e situações determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao processo produtivo, de forma a preservar a integridade física e mental dos trabalhadores, consolidando-se como uma base sólida para implementação das ações de Visat.

Finalmente, é fundamental que os legisladores legislem, que a lei regulamente, que os interessados conheçam a legislação e que todos zelem pelo seu cumprimento.

CAPÍTULO 4 – DESCREVENDO CAMINHO

Esse projeto se propôs a realizar uma análise de conjuntura, tendo como objeto de estudo as ações de Visat no estado do Amazonas, mais especificamente na rede de atenção integral à saúde do trabalhador do SUS, a Renast. A proposta teve por fundamento o fato de que o atual cenário apontado pela PNSTT redireciona o campo de prática e propõe o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador tendo como principal estratégia o fortalecimento da Visat e sua integração com outros componentes da vigilância em saúde, da rede de atenção à saúde no SUS e, intersetorialmente, com outros segmentos que atuam no campo de conhecimento do trabalho e produção, com fins de consolidar o desenvolvimento pleno das ações de promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, com garantia da integralidade na atenção.

Tendo como base as diretrizes para implementação da Visat no SUS e a PNSTT colocamos como questão norteadora: Em que medida as ações de vigilância em saúde do trabalhador são pautadas pelas atuais diretrizes para implementação da política nacional de saúde do trabalhador? Suas ações têm formulação com base na articulação intra e/ou intersetoriais? Colocamos ainda outra questão adicional: De que forma são estruturadas e desenvolvidas as ações da Visat no Amazonas? Como está se dando a atuação ao longo da última década?

Partimos da concepção de que a análise da Visat no Amazonas depende da forma como estão sendo desenvolvidas as ações, em que contexto estrutural, com que metodologias de articulação com outros setores e instituições, especialmente em situações em que a vigilância, no aparato institucional da saúde, não consegue dar respostas às demandas organizadas da sociedade ou mesmo àquelas que chegam ao conhecimento público por meio da mídia. Nesse sentido, a interpretação e análise do desenvolvimento da Visat subsidiou uma reflexão sobre as estratégias implementadas para atender as orientações nacionais estabelecidas.

Por se tratar de um estudo que buscou compreender como o cenário formado pelo sistema público de saúde se constituiu como um referencial que ampara e direciona a ação de vigilância em saúde do trabalhador no Amazonas, consideramos o Cerest estadual como o centro articulador das ações de Visat, portanto ponto focal no qual se fundamentou a análise em profundidade sobre os fatores que fortalecem ou dificultam as práticas da Visat no estado. Nesse sentido, o Cerest foi considerado como um eixo sobre o qual se estrutura e irradia o

processo de fomento das ações de saúde do trabalhador na complexa rede articulada de vigilância em saúde, interferindo significativamente na efetividade da proteção da saúde dos trabalhadores.

4.1 Delineamento do estudo

As abordagens qualitativas facilitam a compreensão dos acontecimentos pelo olhar voltado para as particularidades dos comportamentos ou atitudes de grupos e subjetividade dos indivíduos. Trata-se de estudos detalhados que, a partir das informações, são capazes de contextualizar o cenário em que se encontra o objeto de pesquisa¹¹². Partindo dessas considerações a trajetória metodológica foi predominantemente de cunho qualitativo, por permitir explorar o objeto de pesquisa a partir de uma visão sistêmica, preocupando-se com a complexidade dos problemas segundo suas respectivas peculiaridades.

Com fins de proceder à descrição, análise e explicação dos fenômenos observados, buscamos explicar em profundidade os significados e características relacionados ao desenvolvimento das ações de Visat no Amazonas, cujas nuances foram estudadas por meio de interpretações compreensivas realizadas a partir de uma análise de conjuntura sobre a Visat.

Considerando que a análise de conjuntura compreende uma leitura da realidade reconhecidamente complexa e, com base no conhecimento dos elementos que a compõem, perceber as possibilidades a partir dos sentidos atribuídos aos fatos¹¹³, buscamos analisar as percepções, sentidos, relações e tendências que conformaram a Visat como um campo da saúde do trabalhador no estado.

Para uma análise de conjuntura é importante observar quando os fatos tornam-se acontecimentos, fundamentando a visualização da rede de relações que o constitui, gradativamente construída de acordo com as forças dominantes e/ou a perseverança de outras forças de menor vetor para engendrar novas lutas. De tal forma é essencial à identificação das influências políticas que fortalecem cada segmento nos períodos analisados; que movimentos sociais, políticos e/ou econômicos contribuem para sua emergência, por que conseguem mobilizar tanto sem prol de uma causa, quem, efetivamente, tem interesse e quais os reais interesses¹¹³.

A análise de conjuntura se constitui pressupõe a interpretação da realidade dinâmica dos fatos transcendendo sua descrição e buscando a essência dos acontecimentos. Trata-se de analisar as partes que constituem o conjunto e compreender as múltiplas faces que o

compõem, visualizando as interrelações que se vinculam à estrutura observada, evidenciando a diversidade de interesses¹¹³.

Neste texto, referimos à análise de conjuntura como um detalhamento da situação com fins de permitir julgar os elementos que influenciaram o desenvolvimento das ações de Visat e contribuíram para seu estágio de conformação, em 2013, tendo como ponto de partida a publicação da Constituição Federal de 1988 e a publicação da LOS em 1990, legislação que regulamentou a saúde do trabalhador como uma ação de vigilância e uma competência do serviço público de saúde e que culmina com a criação do Cerest Estadual do Amazonas, criado em 2003, cujas ações começam a se desenvolver a partir de 2004.

Nesse sentido, buscamos compreender o cenário sobre o qual as ações de Visat se desenvolvem, tendo como caminho para a construção do conhecimento científico em pauta a hermenêutica-dialética, método considerado como a arte e a técnica de interpretar textos a partir da compreensão dos sentidos, método proposto por Minayo em 2002^{112; 114}.

A hermenêutica compreende um conjunto de sentidos destacados a partir de quem procura compreendê-lo, como tal, é permeada pela noção de alteridade, pela capacidade do pesquisador se colocar no lugar do outro, para Gadamer “[...] sempre é uma individualidade estranha, que deve ser julgada a partir de seus próprios conceitos, paradigmas etc., e que, apesar disso, pode ser compreendida, porque o eu e o tu são ‘momentos’ da mesma vida” (p.309)¹¹⁵.

De tal forma, dependendo do ponto de onde se analisa uma mesma conjuntura, pode ser favorável para um segmento e desfavorável a outro, também é evidente que não há análise de conjuntura neutra, pois seu desenvolvimento pressupõe um olhar a partir do qual se analisa uma realidade com suas significações singulares, objetivas e subjetivas, possibilitando um movimento contínuo de transformação, sempre determinada por um sentido baseado em interesses e necessidades específicos que conduzirão à percepção¹¹³.

Resgatando ainda a ideia de alteridade e projetando suas consequências na interpretação compreensiva, posto que a hermenêutica tenha como princípio precípua a compreensão, o que significa dizer, a arte de entender-se uns com os outros, a técnica propõe compreender o movimento relacional que transforma, o movimento não naturalizado. Trata-se de observar a partir de um estranhamento sobre o que se caracteriza como objeto e que passa a adquirir significado que não é necessariamente expresso nos textos ou na intenção explicitada, para a compreensão plena é preciso retroceder a gênese das ideias:

Isso implica bem mais do que uma tensão do problema hermenêutico da compreensão do que foi fixado por escrito à compreensão do discurso em geral – percebe-se aqui um deslocamento de caráter fundamental. O que dever ser compreendido não é a literalidade das palavras e seu sentido objetivo, mas também a individualidade de quem fala e, conseqüentemente, do autor (GADAMER, 1999, p.290)¹¹⁵.

Os resultados da análise compreensiva com base na hermenêutica não representam um sentido total e definitivo, mas leitura mediante o olhar do presente guiado por história, pressupostos e interesses. O que se revela é um pensamento cuja essência é exteriorizada a partir da transcendência de seu conteúdo objetivo, os textos dizem mais do que quem os escreveu pretendeu revelar, ultrapassando as pretensões de seus autores produzem-se e inserem-se num contexto sócio-históricos que lhes dão significados e sentidos que escapam ao controle de quem os produziu^{116; 117}.

Nesse sentido, a hermenêutica remete à compreensão de um pensamento individual resultante de uma conjuntura, ou seja, estar referido ao contexto no qual foi produzido, compreendendo os acontecimentos que se condicionam uns aos outros, pondo em evidência a manifestação de uma realidade relacional em que o sujeito não se esgota na conjuntura em que vive. Compreender implica na possibilidade de estabelecer relações buscando desdobramentos históricos e as correspondentes possibilidades do futuro^{115; 116}.

A articulação da hermenêutica com a dialética possibilita uma reflexão que se funda na práxis, pela condução de um processo compreensivo e crítico da realidade social. A dialética se constitui no estudo da oposição das coisas entre si, num processo infinito de revelação de novos aspectos e correlações pelo movimento de coexistência de causalidade, pois a realidade é um todo dinâmico, em permanente desenvolvimento, cujas formas complexas de interdependência e contradição no interior dos fenômenos são um processo de conquistas relativas^{116; 117}.

A hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório pela compreensão simultânea dos interesses coletivos e específicos e pelo desvelamento de ideologias que insere o indivíduo no seu contexto histórico e social¹¹⁶. Essa metodologia preserva da hermenêutica a compreensão e a interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram e introduz do método dialético o princípio do conflito e da contradição constitutivos da realidade, portanto, propõe uma análise crítica dos sentidos e contradições que constituem a realidade social e histórica^{117; 118}.

Considerando que a opção pelo método se dá por questões que dizem respeito à concepção da natureza do objeto imbricada, a perspectiva do pesquisador, quanto ao

conhecimento que quer construir¹¹⁸, neste estudo, se apresentaram as dimensões epistemológicas sobre as quais foram concebidas as análises sobre a Visat no Amazonas tendo como fundamento metodológico a Hermenêutica Dialética.

Para tanto priorizou duas técnicas para abordagem dos indivíduos no campo de práticas, a entrevista semiestruturada e o grupo focal. A entrevista semiestruturada foi escolhida como principal técnica pela possibilidade de discorrer sobre o tema a partir da fala dos sujeitos da pesquisa formalmente registrada e pela possibilidade de interação entre os sujeitos e o pesquisador^{112;119}. Por ter um roteiro anteriormente construído (Apêndice D) permite também ao pesquisador um apoio para fazer emergir questões importantes na abordagem do objeto com vistas à análise de interesse¹¹⁶.

O grupo focal, técnica de pesquisa qualitativa caracterizada como uma forma de entrevista com um grupo de participantes previamente selecionados, permitiu a coleta de informações baseadas na comunicação e na interação grupal com fins de buscar detalhes concentrados no tema específico, também guiado por um roteiro semiestruturado (Apêndice E).

A captação de significados por meio da interação do grupo diferencia essa prática da entrevista individual, posto que possibilita a análise pela abordagem do interacionismo simbólico, enfatizando a construção do significado por meio das visões expressas no grupo e que podem ser diferentes das visões privadas expressas nas entrevistas individuais^{119; 120; 121}. Por essas características peculiares, o grupo focal foi escolhido como técnica combinada para aprofundar as abordagens sobre a temática, possibilitando ao grupo do Cerest se posicionar, sobre o contexto atual da Visat no Amazonas enquanto interação grupal.

4.2 Procedimentos metodológicos

O caminho construído para uma aproximação com o objeto, a vigilância em saúde do trabalhador, baseou-se em três eixos principais: análise de dados secundários, revisão bibliográfica e documental e pesquisa de campo.

Análise de dados secundários

Foram utilizados dados secundários dos sistemas de informação oficiais brasileiros como o IBGE, MPS e Datasus, órgão responsável pela manutenção do sistema de informação do Ministério da Saúde. Por meio desse *site* foi possível o acesso ao SIM, Cnes e Siab

permitindo a construção de tabelas *online*, com grande diversidade de variáveis estratificadas por município, estado ou região.

No capítulo 1, o texto que trata especificamente do perfil epidemiológico, se fundamenta prioritariamente numa análise de dados secundários e utiliza como base os sistemas de informação do MPS e do Ministério da Saúde, mais especificamente o Sinan e SIM, a partir do qual foi construída uma análise dos agravos à saúde do trabalhador referente ao período de 2000 a 2011, sendo 2011 o último ano com informações disponíveis na maioria dessas bases de dados em 2013, ano em que foram elaborados os textos em referência.

Essa atividade teve por objetivo construir um perfil de morbimortalidade sobre os trabalhadores, análise considerada fundamental para dimensionar a situação sobre adoecimento no trabalho no Amazonas e teve como resultado a produção de um artigo aceito para publicação na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (Apêndice A), exigência parcial para defesa desta tese.

A escolha dos bancos de dados priorizados para essa abordagem teve como fundamento o fato de que o sistema nacional de informação do MPS se constitui no maior banco de dados em nível nacional com informações sobre agravos à saúde do trabalhador. Os sistemas de informação do Ministério da Saúde, o Sinan, por se tratar do sistema oficial para registro dos agravos à saúde do trabalhador, cuja notificação é compulsória em toda rede de saúde do Amazonas. O SIM, por ser o sistema de informação com maior registro de óbitos de trabalhadores, cuja causa da morte, quando relacionada ao trabalho, é identificada como tal. Além disso, e também exatamente por essas características que lhes são peculiares, a maioria dos estudos publicados, no Brasil, sobre análises de morbimortalidade no trabalho têm esses três sistemas como fonte de informação.

O *site* do MPS oferece acesso à base de dados dos Anuários Estatísticos da Previdência Social, nos quais estão disponíveis informações sobre os acidentes de trabalho típicos, de trajeto e fatais ocorridos em trabalhadores contribuintes do regime geral da previdência. Nesse sistema, a partir de 2007, a identificação de fortes associações entre determinados agravos e atividades laborais específicas permitiu a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP –, ou seja, a associação de códigos da Cnae e da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 – possibilitou a construção de uma nova opção para estabelecimento de nexo técnico entre o trabalho, a atividade econômica e o agravo, permitindo a concessão de benefícios a trabalhadores independentemente da emissão da CAT, a partir de então concedidos com base no NTEP.

Esses casos foram registrados no sistema de informação do MPS como “acidentes de trabalho sem CAT”. No entanto, na base de dados não é possível distinguir o que são acidentes, doença profissional ou doença do trabalho, impossibilitando, por meio dessa fonte, a utilização desses dados para análises de morbidade mais detalhadas. Nesse estudo, não foram utilizados esses registros.

No cálculo dos indicadores com base no sistema do MPS, o universo considerado foram os trabalhadores segurados do sistema nacional da previdência, considerando que esse sistema não comporta informações sobre trabalhadores não segurados. Para os indicadores com base nos dados dos sistemas de informação do SUS foi considerada como universo a população economicamente ativa e ocupada, pois esse sistema comporta informações sobre todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício ou mesmo da existência dele. Esse número teve como base os dados demográficos do IBGE pelo Sistema IBGE de Recuperação Automática – Sidra – que disponibiliza informações sobre emprego e renda, a partir de consultas *online* no sítio desse órgão na *internet*.

Os dados do SIM foram acessados no *site* do Datasus a partir do campo de estatísticas vitais, onde foi possível buscar dados preliminares resultantes de óbitos por causas externas e por acidentes de trabalho. Para o Sinan os dados foram solicitados ao Cerest Estadual, pois esse sistema não dispõe de sítio *online* para tabulação, o acesso às informações só foi possível a partir de relatórios de saída do próprio sistema disponibilizados pelo Cerest estadual.

Revisão bibliográfica e documental

A revisão bibliográfica consiste numa técnica de análise de documentos sabidamente de domínio científico, com fins de construção do conhecimento pela aproximação do pesquisador com a temática de interesse a partir da contribuição de diversos autores, por meio do conteúdo das suas obras¹¹². Nesta tese, a técnica foi utilizada para a construção dos textos que compõem o capítulo 1 e 3.

Com esse intento foi realizado um levantamento, com prioridade de busca em bases de dados indexadas nacionais, posto que o estado da arte sobre Visat, neste estudo, se direciona para o caso brasileiro, mais especificamente o Amazonas. A Visat foi estudada tendo como referencial teórico suas bases conceituais e as diretrizes que fundamentam as ações de vigilância à luz da PNSTT, portanto, referencial político institucional brasileiro, cuja antologia que o embasa encontra-se praticamente na literatura nacional.

Dessa forma foi realizada uma busca de publicações sobre a Visat nas bibliotecas *Scientific Eletronic Library Online – Scielo –*, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Lilacs – e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes Periódicos. A busca foi realizada tendo como fundamento publicações sobre os temas específicos, no caso, a Visat, para a qual foram utilizados como descritores os termos vigilância, saúde, trabalho e trabalhador. Foram selecionados artigos científicos, dissertações e teses em cujos resumos foram encontradas referências à vigilância em saúde do trabalhador ou saúde do trabalhador.

A análise documental técnica, também utilizada como ferramenta para análises qualitativas, se preocupa com a busca de informações em documentos que não receberam tratamento científico¹²². Nesta tese foram consultadas leis, portarias e normas a partir das quais se constituem os textos que fundamentam o desenho do cenário sobre a saúde do trabalhador no Amazonas, portanto permeou todas as etapas que fundamentaram o estudo e conduziu nosso caminhar.

No entanto, no capítulo 3, consta um texto que trata especificamente da análise das Leis Orgânicas Municipais com uma revisão crítica dos textos legais, que possibilitou a compreensão sobre o fortalecimento ou limitações da práxis da vigilância nos municípios do Amazonas, a partir da identificação e interpretação dos temas centrais homologados e que têm relação com a saúde do trabalhador.

Essa escolha pela LOM teve como base o fato de que, para o ordenamento jurídico brasileiro, essa Lei é a regulamentação de maior grau que disciplina o funcionamento dos poderes em nível municipal, é a lei fundamental¹⁰⁷. Portanto, a LOM se constitui como uma ferramenta elementar para subsidiar o planejamento e a organização das ações de saúde nesse nível de gestão, consequentemente, também da saúde do trabalhador, caracterizando-se como uma forma de prover meios para efetivação desse campo como uma política municipal de saúde.

A busca das LOM foi realizada em vários órgãos como a câmara de Deputados do Estado, a Associação dos Municípios, as Secretarias Municipais de Saúde, as Câmaras de Vereadores e Tribunal de Contas do Estado, sendo o último com maior contribuição quanto à disponibilidade das leis. Apesar desse rastreamento em diferentes fontes, não foi possível o acesso à LOM de seis municípios: Anamã, Anori, Castanho, São Gabriel da Cachoeira, Urucará e Urucurituba, logo, no presente trabalho analisou-se a LOM de 56 municípios.

As LOM foram analisadas a partir da identificação de referências à vigilância em saúde do trabalhador no texto legal, nesse sentido foi observada a presença de citações específicas à vigilância em saúde do trabalhador ou de forma indireta, quando era identificada alguma obrigação legal que relacionasse a saúde e o trabalho como direitos de cidadania. Para tanto, foi realizada uma leitura detalhada das leis com fins de identificação dessas citações, encontradas nos capítulos ou seções dos princípios fundamentais, dos direitos sociais, da competência, da política de saúde, da política de assistência e promoção social, da política econômica e da política do meio ambiente.

Para análise foi usado o método comparativo, tendo como referência o que está expresso sobre esse tema na Constituição Federal e Estadual, além da Lei Orgânica da Saúde e do Código de Saúde do Estado do Amazonas, posto que o aparato legal que fundamenta a prática no campo da saúde do trabalhador no âmbito nacional e estadual, engloba essas legislações como referencial.

Trabalho de campo

O estudo empírico compreende o foco principal sobre o qual se debruçam os textos produzidos e núcleo central do cenário apresentado, foi realizado no Cerest estadual e teve como sujeitos da pesquisa profissionais que atuam nos centros de referência em saúde do trabalhador e em outros órgãos e instituições que têm articulação com o Cerest para o desenvolvimento das ações de proteção à saúde do trabalhador.

Nesse sentido, além dos técnicos do Cerest foram entrevistados gestores da saúde, profissionais que atuam nas demais vigilâncias: epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além de profissionais que atuam em segmentos representativos de participação social como, por exemplo, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems e Conselho de Saúde, além de representantes dos trabalhadores, no caso três sindicatos que têm representação na Comissão Intergestora de Saúde do Trabalhador – Cist. Foram também entrevistados representantes do MPT e Instituto Nacional de Previdência Social. A escolha dos sujeitos que foram entrevistados teve como critério já ter participado ou estar participando de alguma atividade sobre vigilância em saúde do trabalhador de forma conjunta com os Cerest. No total foram realizadas 20 entrevistas, com duração que variou entre 30 a 50 minutos cada.

O grupo focal foi realizado no Cerest estadual e contou com a participação de dez trabalhadores do Cerest estadual. Foi conduzido por um facilitador com experiência em

pesquisa qualitativa e com tramitação no campo da saúde do trabalhador no estado do Amazonas, além da participação da pesquisadora, que ocasionalmente fez intervenções com fins de esclarecer ao grupo sobre a condução do tema. O grupo focal teve a duração de uma hora.

A transformação dos dados empíricos obtidos em núcleos de compreensão, proporcionando significância ou relevância para o objetivo pretendido, foi realizada por meio dos seguintes passos: gravação das entrevistas individuais, realização e gravação do grupo focal, transcrição das fitas, leitura do material para organização dos relatos separando os conjuntos específicos de cada segmento de entrevistados e dos dados em observação.

Posteriormente, foi realizada uma leitura meticulosa das falas obtidas por meio das entrevistas, com a finalidade de descrever e explicar as regularidades e diferenças de posição dos diversos atores, a partir da compreensão lógica dos sujeitos, identificando o que é comum e o que é específico. Por fim, foi construído o texto do capítulo “Resultados e discussão”, extraído das entrevistas e do grupo focal e organizada em quatro grupos temáticos, de acordo com as categorias de análises: Conceito de Visat; institucionalidade do Cerest como locus privilegiado de fomento às ações de Visat; capilaridade das ações de Visat e ética como fundamento para construção coletiva nas ações de Visat. Essas categorias foram escolhidas por refletirem cada um dos quatro pontos de síntese da Visat explicitados no capítulo 2 “Conceituando o objeto”.

A entrada no campo se deu por meio de reuniões de rotina do Cerest, nas quais foi apresentado o projeto e posteriormente, nas entrevistas individuais, não prescindindo nessa etapa de nova apresentação sobre o estudo, detalhando os objetivos e finalidades da pesquisa e oferecendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (Apêndice F) para assinatura. No grupo focal o procedimento seguiu as mesmas etapas.

O projeto que deu origem a esta tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz – sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE – nº 07427812.3.0000.5240 e parecer de aprovação nº 141.067. Em nível local foram concedidas autorizações oficiais para a realização da pesquisa pela Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

As atividades realizadas em campo foram rigorosamente de acordo com as determinações do Comitê e, conseqüentemente, com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras se envolvendo seres

humanos. Salientamos que todas as etapas do estudo foram realizadas pela autora e que os resultados serão utilizados, exclusivamente, para fins acadêmicos.

Esclarecemos também que não foram utilizados recursos financeiros provenientes de órgãos de fomento à pesquisa, no entanto, parte dos dados utilizados no capítulo 1 foi extraída do Projeto de Educação pelo Trabalho – PET/VS – que trata sobre a investigação dos acidentes de trabalho fatais, financiado pelo Ministério da Saúde e vinculado à Universidade do Estado do Amazonas e ao Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Amazonas.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E RESULTADOS

Neste capítulo sistematizamos o estudo empírico de modo que o roteiro de análise das falas dos entrevistados e as observações do grupo focal seguissem a ordem do roteiro de entrevista. Os temas foram agrupados de acordo com as categorias de análise, relacionadas à Visat: (1) **conceito**; (2) **institucionalidade do Cerest**; (3) **capilaridade das ações**; e (4) **ética como fundamento para a construção coletiva**.

Embora algumas das falas contivessem conteúdos de outras partes, o roteiro obedecido nos facilitou a análise das falas. É importante ressaltar que optamos por concentrar neste capítulo da tese toda a reflexão crítica sobre seu objeto. A cada grupo de perguntas, cotejamos as respostas com o estado da arte, o estado das práticas, o que está disposto na legislação e a nossa reflexão crítica sobre essas imbricações.

Sobre o Conceito

As perguntas de 1 a 4 e 10 do questionário buscaram a essência da categoria de análise conceito de Visat, considerando o lugar de fala dos sujeitos e confrontando-os com os aspectos epidemiológicos, operacionais e o caráter contínuo e sistemático das ações.

Contudo, ao tentar extrair dos sujeitos da pesquisa o conceito de Visat, invariavelmente as falas reportavam-se ao papel do Cerest. O fato demonstra o quanto a institucionalidade e o locus da saúde do trabalhador no SUS tem importância fundamental para a consolidação do campo. A leitura da Lei Orgânica da Saúde evidencia que praticamente todas as atribuições do SUS são precedidas na letra da lei pela expressão: “as ações e serviços...”, ou seja, não há possibilidade de ação em saúde, qualquer que seja, se não acompanhar-se de um locus e quando se fala em conceito de vigilância, o serviço do Cerest está em foco.

Para não perder a riqueza das falas que reportam a pressupostos contidos no conceito de Visat e que fundamentam o direcionamento das práticas, optamos por manter a discussão sobre o papel do Cerest dentro da categoria conceito. Assim, a fala do corpo de profissionais, ao expressar a preocupação sobre o objeto da Visat, no âmbito do Cerest, expressa também a sua percepção subjetiva sobre o conceito.

O conceito de Visat presente na fala dos sujeitos da pesquisa aproximou-se da definição contida na PNSTT e na extensa literatura que discute o tema, trazendo seus elementos constitutivos num claro reconhecimento da amplitude de suas ações. Na visão do

sindicalista, Visat é:

Cuidar da saúde do trabalhador (...), saber como está a saúde (...), ter alguma estatística sobre o que está acontecendo (...), saber o que pode ser feito para o trabalhador melhorar e o que pode ser feito para que o trabalhador trabalhe de forma saudável (S2).

Para o procurador:

Vigilância em saúde do trabalho é o diagnóstico, planejamento, prevenção de riscos, implementação de medidas que busquem o resguardo da integridade física e mental do obreiro. Essas atitudes devem ser realizadas em princípio pelo empregador, beneficiário direto daquela força de trabalho, mas também pelo Estado (P1).

Essas e outras falas reportam à Visat a partir de sua abordagem ampliada, sinalizando os elementos que compõem seu conceito de acordo com o estado da arte sobre o tema. O conceito de Visat apresenta, no lastro que o compõe, orientações às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, incluindo assistência, prevenção e proteção para intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, no âmbito do trabalho, para melhorar as condições de vida e trabalho. Essa abordagem ampliada foi comum na visão expressa pela fala de todos os atores analisados, que incluiu o controle social, os técnicos do Cerest, das vigilâncias e os gestores do sistema de saúde local quando se referiram à ideia que tinham sobre Visat.

No entanto, no modelo de orientações das ações, emerge um componente que se caracteriza como diferencial nas ações de Visat – a participação do trabalhador como sujeito ativo – e não, simplesmente, como objeto da ação. Essa característica não surgiu espontaneamente nas falas, emergiu quando perguntado diretamente na questão nove do questionário, quando seu real valor foi reconhecido, tema que será abordado posteriormente no detalhamento da categoria de análise ética como fundamento para a construção coletiva.

Embora, em princípio, o domínio sobre o conceito de Visat apontasse para um entendimento sobre a amplitude da ação, quando se buscou aprofundar a discussão para uma maior compreensão sobre o seu desenvolvimento, observamos contradições em relação ao seu campo de ação e suas competências, inserindo restrições que variaram de acordo com o lugar de fala dos sujeitos.

O gestor local expôs sua preocupação a respeito da falta de clareza sobre as reais atribuições do Cerest quanto ao desenvolvimento das ações de Visat, atribuindo a esse setor da rede de atenção a saúde do SUS, responsabilidades que são peculiares à saúde

ocupacional², voltada para a atenção da saúde dos funcionários, profissionais servidores da rede pública de saúde, num claro equívoco quanto à população alvo para a Visat no âmbito do Cerest:

Aqui a gente não tem nenhum trabalho desenvolvido na questão interna, conversei com o pessoal daqui e do ministério, mas não consigo ver, no processo implantado, uma clareza do papel da saúde do trabalhador no Cerest (...). É de grande relevância o número de trabalhadores de carteira assinada e estatutários, um contingente muito grande e muito importante que por si só daria uma vigilância de grande significado (...), então acho que temos que ter uma política para esses servidores. O Cerest não é para fazer coisa para os servidores, mas os trabalhadores são trabalhadores, não está dizendo de onde é. (...) Qual é o problema de saúde do trabalhador do trabalhador da saúde? Hoje, a gente não conhece (G2).

A Portaria nº 2.728/2009 declara no inciso 4º do capítulo 7º que “os Cerest não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT ou similar, tanto no setor público quanto privado”. Essa demanda, por parte dos gestores, é causa de preocupação para os técnicos do Cerest, quando é solicitada a emissão de laudos com fins de benefícios previdenciários aos trabalhadores da secretaria de saúde contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Eles estão achando que o Cerest vai resolver a problemática da saúde ocupacional das diversas instituições públicas. A secretaria de saúde já foi esclarecida em reunião e eu me nego a resolver o problema de forma pontual, o setor de recursos humanos pede: faz somente esse, e isso é um quebra-galho, não vai resolver a situação dos trabalhadores. (...) A conclusão é a seguinte: é formar um serviço de saúde ocupacional, por que a gente se preocupa com a saúde do trabalhador (GF1).

A visão equivocada dos gestores, além do que tange à população a que se destina a ação de Visat, também ocorre na reprodução do discurso em defesa do capital em sentido antagônico ao conceito de saúde do trabalhador.

A saúde do trabalhador, ela é essencialmente importante no sistema de saúde até para preservar o exercício da massa que produz e nós fazemos de tudo para que nossos trabalhadores estejam sob essa tutela, para que nós possamos evitar lesões, evitar baixas para que o sistema produtivo possa caminhar da melhor forma possível (G1).

² Os campos da saúde ocupacional e da saúde do trabalhador são marcados por profundas diferenças, com características distintas e estruturados em discursos e métodos que geram contradições na condução e formulação das políticas e das práticas institucionais. A saúde ocupacional tem sua origem na medicina do trabalho, cuja concepção persegue a preservação do corpo do trabalhador para manutenção da força de trabalho. Sua ação é marcada pela intervenção do Estado na relação capital-trabalho alicerçada no campo trabalhista nas normas que regulamentam o contrato de trabalho e no campo previdenciário pelas ações direcionadas a reparação do dano por meio de políticas de caráter contributivo. Seu carácter protetivo não transcende o direito trabalhista. A saúde do trabalhador tem sua origem marcada pela crítica ao modelo trabalhista-previdenciário, como objetivo o amplo direito à saúde, invocado na Constituição Federal como direito social de cidadania. Portanto, seu foco é a proteção irrestrita da saúde do trabalhador, com vista à qualidade de vida e cuja ação se ampara num compromisso ético com a valorização do saber empírico dos trabalhadores e com a sua participação como sujeito pró-ativo (Vasconcellos, 2011. p 401)⁷⁸.

Contraditória aos princípios e diretrizes do campo da saúde do trabalhador, essa fala remete à interpretação da política nacional que tem como compromisso fundamental a proteção da saúde do trabalhador. O próprio campo emergiu num contexto de enfrentamento de abordagens que priorizava a manutenção da força de trabalho em prol do poder econômico e não da qualidade de vida e saúde do trabalhador.

Existe também contradição em relação às atividades do Cerest e sua relação com a Visat, nas quais é possível identificar a exigência da manutenção de uma hegemonia do atendimento clínico-ambulatorial expressa nas falas do corpo de profissionais do Cerest, por exemplo, nas que se seguem:

(...) Se tem um Cerest tem que fazer assistência, tem que fazer vigilância, tem que fazer tudo. A gente inclusive recebe trabalhadores querendo ser atendidos aqui. Chegam pessoas com problemas de saúde e falam 'minha chefe me mandou vir aqui ser atendido pela médica', acontece muito isso. Falta o entendimento de que as ações de atenção à saúde do trabalhador se dão na rede. (...). Pra mim é bem dolorido isso (...) talvez também não esteja preparada, não sei dizer se sei fazer, na verdade acho que até a gente do Cerest falta ainda treinar e se capacitar para isso (VT4).

A gente fazia acolhimento do trabalhador, recebia a CAT aqui, coisa que agora está no Cerest regional, aqui [Cerest estadual] o foco maior agora é a vigilância (VT1).

Embora o atendimento clínico-ambulatorial seja uma atividade que se encontra no âmbito da saúde do trabalhador em um de seus princípios básicos – a integralidade da atenção –, não pode se conceber a ação de Visat tendo essa abordagem como hegemônica, o que incorreria numa incoerência com a prioridade da promoção e da prevenção dos agravos.

Também é colocado como objetivo da PNSTT o entendimento sobre a transversalidade da saúde do trabalhador, o que compreende a inserção das ações de Visat numa perspectiva intra e intersectorial. Essa relação com os demais setores, no ímpeto de atender as demandas das ações de Visat contemplando a sua complexidade, é visualizada pelos técnicos do Cerest.

Bem, o Cerest é super importante nas ações de Visat (...), mas não é que ele vai fazer as ações de vigilância sozinho, (...) sua função é estar articulando, de estar provocando, de estar fomentando junto às instituições parceiras, vigilância sanitária, MPT, sindicatos pra que a gente consiga fazer as intervenções e fazer as ações que promovam a saúde no ambiente de trabalho, lá onde aquele trabalhador estiver, seja no hospital, na indústria, no interior de Maués fazendo colheita do guaraná (GF5).

As ações de vigilância precisam sair de um nível central, estar incorporadas às atividades diárias, porque quem tem a responsabilidade de fazer a vigilância não é só a vigilância. Essa responsabilidade está em toda a área da saúde e isso não existe ainda, isso não é treinado. É preciso (...) fazer com que a saúde do trabalhador aconteça como saúde pública (...), tendo visibilidade e clareza de como a gente tem que exercer o nosso trabalho (VT2).

Segundo Nobre (2013) a Visat é uma das tarefas mais ricas e mais complexas do SUS, também a mais estranha ao sistema por exigir competências e habilidades, conhecimentos e práticas que não fazem parte da formação acadêmica, portanto precisam ser criados, construídos e vivenciados¹²³.

Esse dilema parece se concretizar no não saber e não fazer dos técnicos do Cerest, que mesmo mediante um grande investimento em capacitações não se consolidou como centro de inteligência, nem como apoio matricial, mas busca sua identidade na execução das ações de Visat, numa tentativa de criar essa vivência pela conquista de espaço reconhecido pelos pares, cuja temporalidade proverá os ingredientes políticos e sociais para a construção da “expertise” necessários à concretização de ideário de Visat.

Ao longo desses 10 anos, a verdade é que nós fomos formados, nestes 10 anos que nós estamos no Cerest (...) ninguém sabia (...) qual era o papel, e aí ao longo dos anos a gente foi descobrindo qual o nosso papel quanto à saúde do trabalhador, a gente fez um curso de especialização, a gente foi capacitado pra isso e isso ampliou muito o nosso olhar em relação à saúde do trabalhador (GF6).

De forma geral, todos os segmentos pesquisados reconheceram a execução da Visat no âmbito do estado como um fato concreto, embora com um caráter pontual, o que contrapõe um dos componentes conceituais da Visat – o caráter contínuo e sistemático das ações, num processo ao longo do tempo.

As medidas são apenas pontuais e tem sido tomadas em face dos grandes infratores ao meio ambiente laboral. Um estado como o Amazonas, com os índices de doenças ocupacionais que possuímos, exige uma intervenção incisiva... (P1)

Sabemos que nosso processo de Visat está sendo pontual, mas o objetivo é fazer vigilância sistemática realmente. Está se buscando esse formato, mas efetivamente ainda não. A gente tem sempre aquele nó crítico que é onde a coisa trava e não flui com um fluxo contínuo (VE1).

De fato, a Visat deve se pautar na perspectiva de uma ação estruturante e essencial ao modelo de atenção integral em saúde do trabalhador, compreendendo uma atuação contínua e sistemática capaz de intervir nos determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados nos ambientes e processo de trabalho, de forma a eliminá-los ou controlá-los⁸.

Se na política nacional está contido o conceito de Visat e o papel do Cerest como órgão responsável pelo fomento da política de saúde do trabalhador no âmbito de sua competência, ou seja, o desenvolvimento de ações de inteligência da gestão¹³, os atos administrativos não contribuíram para a objetivação dessas atribuições, dificultando a apropriação pelos técnicos do Cerest e gestores do seu real conceito no âmbito do SUS, considerando que o Cerest é parte constituinte da rede de atenção, mas não atua segundo seus

componentes estruturantes, identificado como a rede que não enreda⁸¹.

Ao tratar sobre o papel das instituições mediante o quadro epidemiológico dos trabalhadores no Amazonas, invariavelmente, os entrevistados se reportaram ao Cerest como o órgão responsável pelo enfrentamento da situação, corroborando a questão da ‘informação para a ação’ como um componente da categoria conceito.

Pra baixar esses números aí (...) o Cerest tem que fazer campanha conscientizando não só o trabalhador como também as empresas (...) fazer diligências nos canteiros de obras (...) no distrito industrial, que às vezes acontecem coisas absurdas que não deveriam acontecer. Às vezes o trabalhador morre (...) fica inválido por uma questão que poderia ser resolvida. Falta de informação (...) a sugestão seria fazer uma grande campanha de conscientização, não só de ir ao local de trabalho, mas também na mídia, na televisão, no rádio, jornal escrito, a parceria com os sindicatos também não tem que deixar de existir (S2).

A noção da Visat como uma ação capaz de evitar danos à saúde do trabalhador foi notória, o trabalhador morre ou fica inválido por questões evitáveis. A estratégia de enfrentamento desse quadro é a informação. O reconhecimento do Cerest como segmento responsável por essa demanda pode ser caracterizado como um reconhecimento de que

(...) se ele não estiver puxando, dificilmente as ações de Visat vão acontecer (GF5).

A dimensão dos pressupostos contidos no conceito de Visat e o confronto com a capacidade de sua operacionalização faz emergir a complexidade da dinâmica processual das ações. A percepção de que a Visat não avançou em pontos específicos e fundamentais, relacionados ao seu aspecto conceitual, inclusive naqueles que lhe dão um caráter diferencial, foi expressa pela sensação de estar sempre começando.

A gente vem conseguindo aos poucos e isso é um processo lento, gradativo, mas não começou há dez anos, a gente vem trabalhando muito e criamos uma base, hoje a saúde do trabalhador, aqui no estado, não é só o Cerest tem o nosso nome, o esforço dos técnicos (GF5).

É muito inicial, mas tem que ser assim mesmo. Tem que começar se aproximando de alguma forma. Eu acho que essa aproximação já vem sendo feita, só que precisa conhecer como é que a vigilância faz. Conhecer o que rege a questão da vigilância e eles conhecerem como nós trabalhamos (VT2).

A gente está no comecinho, está engatinhando, apesar de todos esses anos que estamos tentando fazer a sensibilização (...) primeiro a gente não sabia exatamente o que fazer, qual era a nossa missão (VT3).

Adjetivações como – ‘está muito distante’, ‘está no comecinho’ – não descaracterizaram a realização da Visat como um fato concreto, porém traduziu um olhar sobre o desenvolvimento de suas ações mediante a complexidade do campo, reconhecida, inclusive, pelo estado da arte^{81; 107}. Nesse caso, o descompasso entre o conceito presente nas

falas, coerente com os pressupostos contidos na PNSTT, e a análise sobre cada um desses pressupostos, constatando que não foram incorporados plenamente na prática, aponta uma incoerência que fragiliza a ação de Visat.

Institucionalidade do Cerest

A quinta pergunta do questionário encerra a institucionalidade do Cerest, tendo este como locus privilegiado de fomento às ações de Visat. As respostas remeteram a dois aspectos: a política de saúde como instrumento capaz de fortalecer o desenvolvimento das ações e a Visat como área prioritária da gestão e de investimento em saúde. Nessa categoria, ao se referir às ações de Visat, a questão da institucionalidade do Cerest surge de forma recorrente indicando uma relação sinérgica entre essas duas dimensões, a Visat e o Cerest.

Atualmente temos duas políticas que regulamentam o campo da saúde na sua relação com o trabalho, a primeira publicada por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST –. E a segunda, publicada em 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por meio da Portaria nº 1.823.

Política nós temos muitas, é muito bonita no papel, tem a política da Dilma, a Lei nº 7.602, tem a política do trabalhador e da trabalhadora do SUS, (...) elas são excelentes, mas têm que sair do papel (...), nós temos uma norma que é pra ser implantada e o governo não implanta, então fica difícil (S1).

Essa dualidade, alvo de críticas^{124; 125; 126}, mas também de acolhimento^{123; 127}, como algo positivo no contexto político, histórico e institucional, conformou um cenário caracterizado como favorável no âmbito estadual, tanto entre os trabalhadores quanto entre os técnicos da saúde.

Eu diria que é favorável na medida em que o arcabouço legal, os marcos conceituais, históricos, institucionais, definição de competências, eu acho que isso permite ter clareza de como, pelo menos, começar a intervir (VA1).

O estado não tem a tradição de normatização, a última foi a atualização da legislação de saúde [Código de Saúde do Estado] e que nela foi colocada e discutida a saúde do trabalhador, mas ainda faltam regulamentações para a legislação. O que a gente pode ver é que sempre estão vendo a saúde do trabalhador, (...) ou alguma coisa relacionada à saúde do trabalhador. Então a gente sente que em nível de normatização está sendo contemplado (VS1).

Quanto à política no âmbito do estado, é possível identificar uma preocupação por parte dos técnicos pela falta de participação na discussão e elaboração das mesmas e a necessidade de avançar na discussão e elaboração de normas estaduais. A experiência referida

no âmbito da saúde foi a publicação da Portaria Estadual nº 538/2013 que criou a rede sentinela em saúde do trabalhador e estabeleceu a notificação compulsória universal para as unidades de saúde do Amazonas, ampliando a determinação da Portaria nº 104/2011, cuja obrigatoriedade da notificação dos agravos à saúde do trabalhador é apenas das unidades da rede sentinela.

Aqui no estado a gente nunca teve nenhuma discussão sobre a criação de uma legislação, a não ser a portaria de criação da rede sentinela. A legislação atual que nós temos, (...) a Constituição do Estado do Amazonas e o Código de Saúde fala da saúde do trabalhador, mas a gente realmente peca no sentido de que não temos uma discussão em cima da legislação. O Cerest deve contribuir, estar discutindo a questão da legislação porque, afinal de contas, tem inteligência, precisaria também estar vendo isso, tendo novas ideias, sugestões para encaminhar para a Assembleia, propor (GF5).

Agora, em 2013, foi feita uma portaria estadual, da obrigatoriedade da notificação compulsória pra todos os profissionais da área de saúde e em todas as unidades do estado, independente de ser privada ou pública e isso foi uma portaria estadual, logicamente teve a participação do Cerest. Então, isso é uma coisa local, é uma coisa a somar com a Política Nacional (GF4).

Conforme já foi discutido, o Código de Saúde do Estado criou o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde – Seves – que deve abranger de forma harmônica o conjunto das ações e serviços de vigilância, inclusive a Visat, conforme o texto legal, no qual está determinado que sua coordenação é responsabilidade da FVS, fundação onde está instalada toda estrutura de vigilância do estado, exceto a saúde do trabalhador, que reconhecidamente tem o Cerest como centro articulador, ligado ao Departamento de Atenção Básica e Políticas Estratégicas.

Hoje não está ocorrendo por parte da vigilância em saúde um trabalho eficaz e eficiente, falta realmente uma articulação melhor em nível de estado, você ter uma vigilância em saúde do trabalhador, fora do contexto de vigilância em saúde, não é uma boa política. Está tendo uma discussão e a oportunidade que a gente está levantando é essa junção, de se formar uma estrutura em nível estadual dentro da vigilância em saúde para a saúde do trabalhador, definir papéis ali dentro (VS1).

A atual disposição do Cerest estadual na estrutura organizacional da Secretaria de Estado também tem gerado dúvidas quanto às suas atribuições, limitando seu campo de atuação no âmbito da APS.

O Cerest (...) está muito ligado à atenção primária, tanto que ele está subordinado à gerência da atenção primária. Então ele deveria fazer esse papel (...). Hoje a gente entende que ele tem esse papel, mas a gente precisa trazer mais ele pra esse retrato de vigilância (...) porque está muito ligado à atenção primária, mas não está atuante dentro da atenção primária (VE1).

O texto não refere um engano aleatório de alguém que não conhece a situação, pelo contrário, a fala expressa conhecimento sobre a estrutura da Susam, posto que em todas as

representações escritas, organogramas, fluxos e listas de unidades da Susam, ou a ela vinculadas, é imputado um *status* de invisibilidade ao Cerest. A inserção do Cerest nessa estrutura da secretaria e desvinculada da vigilância à saúde é interpretada como uma falta de prioridade para as ações de saúde do trabalhador.

O Cerest está dentro de um departamento que está dentro de outro, dentro de outro e está lá num cantinho, meio que relegado ao (...) escanteio, pela própria secretaria, não tem prioridade ali não (VT1).

Esse é um grande problema, porque (...) todas as políticas nacionais, estaduais e municipais em saúde falam da descentralização e da união sobre tudo das vigilâncias. O Amazonas traçou uma estratégia totalmente diferente (...), ou seja, é uma estratégia rígida de se agregar as vigilâncias, inclusive as endemias, (...) sob a FVS (...) e a vigilância da saúde do trabalhador está sob a tutela do Cerest que não tem um décimo da estrutura que a FVS tem, sobretudo de alcance dos municípios e daí fica muito difícil (G1).

O Cerest regional de Manaus que historicamente fez parte da estrutura da vigilância em saúde, ora na epidemiológica, ora na ambiental, em 2013, com a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde – Semsa Manaus –, passou a fazer parte do Departamento de Rede de Atenção – DRA.

Existe uma polêmica que a saúde do trabalhador é vigilância. Na minha percepção de gestora, a secretaria de saúde que trabalha na atenção primária como essência, ela é vigilância em tudo. (...) No caso da saúde do trabalhador, estamos trazendo para o DRA, (...) a ideia é que realmente estabeleça relação externa com o que for necessário, (...) amplie seu olhar, saia do casulo. (...) as coisas estão absurdamente interligadas e o DRA tem tudo interligado, é o departamento em redes. Não é porque saiu do departamento de vigilância que não pode fazer, pelo contrário, no DRA eu criei minha visão, meu objetivo, exatamente para que tenha mais capilaridade, para que seja lembrado já que ninguém se lembra da saúde do trabalhador, isso pra mim é sintomático. É uma coisa que está nos preocupando e estamos tentando essa saída (G2).

Esse processo de mudança se deu apesar da resistência argumentativa dos técnicos, fazendo do Cerest uma voz temporariamente vencida, mas não muda, pois no cotidiano tem que enfrentar outras adversidades em função da organização administrativa, em detrimento dos objetivos, competências e missão que deveriam conduzir as práticas institucionais e o cumprimento da política instituída.

A gestão muda muito – hoje estou aqui e amanhã estarei em outro lugar – a equipe é muito fraca, tem uma ou duas pessoas que quer fazer. Porque as pessoas vêm pra cá porque têm problema em outros lugares e aqui tem vaga. Isso também reflete nas ações que queremos fazer, temos médicos totalmente a favor das empresas. Como iremos levar um médico desses pra fazer as ações numa empresa? (...) Melhoramos muito esse entendimento, mas é um processo. Fazer saúde do trabalhador é muito complexo porque engloba questão econômica, social, política, mas vamos fazendo (VT4).

A heterogeneidade de inserção institucional do Cerest em distintas áreas do setor da

saúde é comentada por Vasconcellos (2011) como uma questão crítica que, dependendo da inserção nas estruturas organizativas, na assistência, na vigilância ou em gerências diversas pode acarretar disparidades na utilização dos recursos, na autonomia decisória, no alcance das ações e nos níveis de interlocução intra e intersetoriais⁵⁵, comprometendo a possibilidade do desenvolvimento de uma ação embasada nos princípios conceituais, ideológicos e éticos da saúde do trabalhador que se expressa nas palavras de T4 “mas vamos fazendo”.

Embora, no caso, a intenção expressa pelo gestor seja de fortalecimento do Cerest, a medida administrativa retira o Cerest do âmbito da vigilância quando a política nacional aponta como seu objetivo o fortalecimento da Visat e sua integração aos demais componentes da vigilância em saúde¹³.

A alternativa apontada pelo autor e que passa pela governabilidade da Renast seria discutir e levar para instâncias de pactuação do SUS um modelo organizativo que considerasse a complexidade da atenção à saúde do trabalhador, com possibilidade de adequação às diversas realidades e às características peculiares da rede de saúde⁵⁵.

Hoje a saúde do trabalhador não tem uma matriz ou desenho (...) mesmo enquanto fiscais nós temos uma dificuldade de referenciar ou dizer quem está cuidando disso, na verdade várias pessoas cuidam, ao mesmo tempo, e com falta de organização (...). Quando falo desenho é na questão de atribuições e atividades no local. Eu, como fiscal, vou até o local e faço o que tem que ser feito em relação à saúde do trabalhador porque estou cumprindo uma legislação, é para cada foco da legislação que eu fiscalizo (...). Deveria haver um desenho sobre o que o Estado vai cobrar do município que por sua vez vai cobrar das suas secretarias em relação à saúde do trabalhador. E quem vai fazer isso? Definir o que o Estado quer com a intervenção? Porque sabemos o nosso papel [Vigilância Sanitária] pelo que diz o Ministério da Saúde dentro da diretriz estadual, pois o estado tem uma necessidade e pede coisas específicas de cada órgão, em relação à saúde do trabalhador acho que falta muito disso por causa da fragmentação (VS2).

O aparato legal, embora tenha sido identificado com um caráter positivo, não surtiu efeito decisivo no âmbito da gestão para elevar a saúde do trabalhador a um *status* de prioridade.

Eu sou secretário de saúde (...) infelizmente a saúde do trabalhador, tendo em vista todas as nossas necessidades, também é tratada em segundo plano. Temos uma necessidade de estabelecer uma atenção básica de qualidade, formadora e ordenadora da matriz das redes, pra que possamos colocar a saúde do trabalhador como um dos pilares a serem atendidos (...). Precisamos alcançar metas, somos um município pequeno, temos todas as dificuldades possíveis imagináveis e continuamos na luta para proporcionar aos municípios políticas realmente inclusivas (G1).

O que está faltando é o governo se empenhar por meio das secretarias (...). Os secretários é que estão muito distantes, aí existe aquela desculpa de dizer – mas os caras têm outros afazeres – tem, mas a saúde é essencial (S1).

Falta interesse por parte dos gestores sobre essa política, de que isso realmente se

implante na rede. Temos dificuldades simplesmente de fazer um treinamento para os trabalhadores do SUS, para eles terem essa sensibilidade de que as ações de saúde do trabalhador têm que se dar na rede como se dão as outras ações: saúde da mulher e da criança. O gestor, por exemplo, quando chega à campanha de vacinação, a equipe toda, de qualquer distrito vai se empenhar para produzir e atingir a meta. Mas quando é para área da saúde do trabalhador, não tem isso: 'eu quero que o distrito notifique as doenças relacionadas ao trabalho'. Às vezes o distrito não notifica nenhum, quando vamos procurar naquela semana da epidemiologia, não tem (VT4).

Há unanimidade entre os atores, independente do lugar de fala, em afirmar que a Visat não é prioridade para a gestão em saúde no Amazonas, o que muda são os argumentos para explicar esse fato. Para o gestor há prioridade na organização da rede e ampliação da atenção básica, para o sindicato e para o técnico da saúde há falta de interesse do gestor.

O que está faltando é boa vontade porque recursos não faltam. O governo, às vezes, delega a alguém participar de algum evento, de alguma discussão, mas quem é pra estar lá de verdade não participa, são os secretários (S1).

Na Susam sobram recursos financeiros para educação permanente, falta a gente traçar estratégias de educação realmente agregadoras (...) sobretudo que as nossas unidades possam ser capacitadas (G1).

Nós temos superávit, aí foi que eu senti a fragilidade, porque o planejamento pra execução do superávit foi de coisas pontuais, não sequenciais, sem desdobramentos, principalmente a questão de capacitar. Entendo que capacitação não pode brotar da capacitação, se ela não tiver (...), claramente qual resultado que ela tem que trazer e o monitoramento para que se consiga isso (G2).

Também é unanimidade que recursos orçamentários e financeiros não têm se caracterizado como o principal impedimento para o avanço da Visat. Mas há dificuldade de comunicação entre as partes interessadas para definir prioridades para o desenvolvimento das ações, revelada pela crítica do gestor em autorizar a realização das capacitações e a queixa do técnico pela dificuldade imposta para a realização das mesmas.

Temos oito pessoas para fazer tudo e cada dia está diminuindo mais. Estamos fazendo muitas palestras e iniciando as visitas na rede, trabalho de formiguinha mesmo, porque não fomos autorizadas a fazer qualquer tipo de treinamento e temos 1500 trabalhadores da saúde para treinar. Por alguma razão não foi autorizado. Isso dificultou também nosso trabalho, mesmo assim começamos a fazer. Fica até ruim porque a gente quer fazer treinamento e fica com aquela fama de só notificar, fazer trabalho epidemiológico, ver as dificuldades na notificação. Então (...) fazemos notificações aqui no Cerest mesmo, de trabalhadores encaminhados pelos sindicatos, dessas, verificamos as mais frequentes que entram com CAT e, a partir dessas, a gente vai para a vigilância sanitária e faz as inspeções (VT4).

Segundo Figaro (2008) a relação comunicativa no âmbito do trabalho demonstra ineficácia dos discursos oficiais baseados na hierarquia institucional, quando esses se pretendem únicos, pois teria uma lógica interna, mas perderia sentido para os trabalhadores por não ser coerente com a identidade coletiva construída a partir da experiência que gerou

um aprendizado incorporado a partir da atividade de trabalho. A autora afirma que “não há política de comunicação que possa dar suporte a discursos que vão à contramão da experiência adquirida na atividade de trabalho e na atividade de linguagem no trabalho (p.126).”¹²⁸. No caso, o discurso que faz sentido para o gestor e que justifica suas decisões alegando prioridade para a saúde do trabalhador, para os técnicos é interpretado como falta de prioridade.

Conforme vimos anteriormente com Bourdieu, o campo da saúde do trabalhador, como um cenário de relações de poder em que o microcosmo dos serviços de saúde pública, se revela na reafirmação ou negação, pessoal e profissional, mediante as frequentes mudanças e novas regras de organização do trabalho. Diante da negativa de fazer os treinamentos, a equipe toma a decisão de fazer diretamente nas unidades de saúde o que caracterizou como “trabalho de formiguinha” e na identificação da saúde do trabalhador como uma ação não prioritária. A compreensão do gestor se baseia numa lógica inversa à do técnico, identificando o momento como favorável e como causa de preocupação, portanto prioritário, contexto que fundamenta a transferência da saúde do trabalhador para o DRA.

O cenário pra mim é favorável (...) Nós estamos preocupados, é uma coisa que está em pauta. Não estamos conseguindo é eco, se nós estamos errados no pensamento, ninguém está nos convencendo de que estamos. (...) Baseado em quê? Baseado no que estou vendo, baseado na relação pessoal de gestora do resultado que está vindo pra mim. Então o contexto da gestão é favorável, mas sempre encontro contra-argumentos para as coisas que eu coloco. Então assim, entendemos como prioritário e estamos abertos (...), mas não estamos percebendo, e na gestão é a prioridade da prioridade, não é que esteja à margem, mas o retorno de uma coisa concreta, uma política mesmo efetiva, a gente tem carência disso (G2).

Outra característica evidente em relação ao financiamento das ações é a dificuldade para a execução do orçamento, uma vez que na visão dos atores não faltam recursos financeiros, mas faltam outros recursos necessários ao desenvolvimento das ações de Visat.

Há falta de recursos materiais, de estrutura, de profissionais especializados e para que isso pudesse se resolver é preciso traçar metas de treinamento e educação permanente e continuada, orientando que os serviços fossem remunerados de acordo com a qualidade ou conforme estímulo com produtos ou insumos. A saúde do trabalhador, no ponto de vista do profissional não é muito atrativa (...), o coordenador de saúde do trabalhador, se for num município pequeno igual ao meu, acaba tendo que trabalhar só, sem gratificação, sem estrutura, sem insumo. Então são coisas que colaboram para que não tenha estímulo para devolver as ações. Primeiro, os técnicos seriam propositivos, segundo, a vontade do gestor para liberar recursos e terceiro, é fazer uma política que abrange todos os municípios da mesma forma, estimulando os profissionais, dando possibilidades de insumo e capacitação para que essas metas possam ser alcançadas. Sem isso não vai chegar a lugar algum (G1).

A recorrência sobre falas da Visat como uma ação não prioritária é fundamentada

principalmente na não apropriação dos serviços de saúde na rede de atenção do SUS quanto à inserção das ações como parte da sua rotina de trabalho. Essa realidade se concretiza pelos números revelados na análise de morbimortalidade, principalmente quanto à notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador.

Um dos fatores apontados que contribui para a falta de adesão dos profissionais e unidades de saúde ao cumprimento da responsabilidade delegada legalmente é a situação confortável quanto ao único indicador do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde¹⁰ – COAP³ – relacionado à saúde do trabalhador, que tem capacidade de avaliar a inserção dos serviços, com baixíssimo nível de exigência, posto que o compromisso se encerra no quantitativo de unidades notificadoras, sem vinculação com intervenções nos ambientes de trabalho e melhoria na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

O indicador faz essa referência, que aumente o número de unidades notificantes de saúde do trabalhador e dá a lista das principais (...). Na listagem que está lá no indicador do COAP tem todas as que são unidade sentinela. Então se a gente consegue (...) mais uma, já estamos no lucro porque além das unidades sentinelas, a gente vai ter o dobro de unidades, pelo menos notificando como obrigatoriedade (VE1).

Nesse caso, o indicador do COAP de avaliação dos serviços de saúde do trabalhador se aproxima da necessidade de cumprimento do contrato pelo gestor e se distancia do compromisso de induzir a necessidade de mobilização das ações e serviços de saúde para promoção e proteção da saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS. Como esse indicador, que traduz o compromisso do gestor, poderia se reverter numa relação de investimento para intervenção nos ambientes de trabalho com fins de reduzir a morbimortalidade? A falta de vontade do gestor encontra um sítio favorável a uma acomodação e não ao despertar de interesses pela implementação da política nos termos idealizados. “Nós cumprimos metas”, foi definido por G1.

O não cumprimento de rotinas estabelecidas também representa outro fator de difícil enfrentamento no campo da saúde do trabalhador.

Há um longo caminho a ser percorrido. As empresas que integram o polo industrial de Manaus são grandes descumpridoras de preceitos básicos de segurança e saúde no trabalho. Empresas do ramo da construção civil idem. Paralelo a isso, durante anos, a postura das instituições foi de complacência no sentido de responsabilizar os causadores de agravos à saúde dos trabalhadores. Autos de infração não foram

³COAP é uma modalidade de contrato previsto no Decreto nº 7.602, de 28 de junho de 2011, que tem por finalidade firmar um acordo de colaboração entre os entes federativos, com vistas à integração das redes regionalizadas e hierarquizadas do SUS, para garantir a atenção integral por meio da organização das regiões de saúde. Nele devem estar definidas as responsabilidades, orçamento, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação das ações e serviços de saúde de forma integrada.

lavrados, termos de interdição não foram entregues, ações civis não foram ajuizadas (P1).

Segundo Ribeiro (2013), a implementação de uma Visat calcada nos referenciais da promoção da saúde carece de instrumentos, meios e desejos¹²⁹ e isso, simultaneamente.

Capilaridade das ações de Visat

Da sexta à oitava pergunta do questionário buscou-se resgatar e fundamentar o reconhecimento da capilaridade das ações de Visat. O conceito de capilaridade, na perspectiva do SUS, denota a possibilidade de espraiamento das ações e serviços de saúde para todos os territórios do país, onde haja potencial comprometimento da saúde humana. Por suas características estruturais, a saúde é a única estrutura do aparelho de Estado capaz de dar conta desta tarefa.

Considerando que o trabalho é categoria central da vida, ele está presente em todos os territórios onde há vida humana e, conseqüentemente, as relações saúde-trabalho também. Nesse contexto, a capilaridade da Visat é condição primordial para que se possa, a partir dela, reverter o quadro epidemiológico da morbimortalidade relacionada ao trabalho. Na presente análise, consideramos que a categoria capilaridade se sustenta em princípios de ação intrasetorial e intersetorial.

No âmbito intrasetorial calcada na rede SUS, considerando sua relação com as demais vigilâncias e com sua relação com a rede de atenção como um todo, complexo e harmônico. Intersectorial pela necessidade de atuação em conjunto com outros setores externos ao campo instituído da saúde.

Tomado por base o estado da arte da Visat e o seu conceito, discutido e analisado nesta tese, as ações têm como essência o compromisso com a atenção integral à saúde do trabalhador, também caracterizada como um princípio legalmente instituído. Esse compromisso exige uma prática num campo amplo e diverso, objeto de instituições também diversas que têm atribuições de atuar no âmbito da saúde e/ou do trabalho. Essa conjuntura coloca a Visat num cenário de articulações intra e intersectorial como fator preponderante e essencial à sua prática.

Historicamente [no estado], a saúde do trabalhador ficava dentro da vigilância sanitária, então como a gente trabalhava diretamente inspecionando um serviço, a gente também fazia a inspeção nas condições de trabalho, essa especificidade de fiscalizar a saúde do trabalhador era disseminada dentro da vigilância. Hoje você não tem como referencial uma vigilância específica, todas as vigilâncias têm uma parte dessa política a epidemiologia, a ambiental, a sanitária (...). A gente tem como

referencial, em nível de estado, o Cerest, que tem um *status* também de vigilância, mas ainda não tem um *link* da vigilância sanitária de encaminhar demandas pro Cerest, ainda falta essa melhor aproximação. Você vê o Cerest fazendo o trabalho dele e as vigilâncias fazendo o trabalho delas, não vê um trabalho mais harmônico, que seria o ideal (VS1).

Embora reconheça a transversalidade da Visat, também há um reconhecimento na necessidade de melhor articulação para o seu desenvolvimento. A articulação das vigilâncias, que compõe a órbita da vigilância em saúde, poderia se constituir como o ponto mais acessível de articulação da Visat na busca integrada em torno de seu objeto, mas esse agir harmônico não se revela como uma ação sedimentada na prática cotidiana.

Há uma falta de apropriação da área de atuação de todas as vigilâncias, (...) digo isso porque eu tenho uma forte impressão de que, lendo a documentação e todo o referencial histórico, todo o marco conceitual, vez por outra, se tem a forte impressão de que alguém está fazendo o papel do outro, portanto gerando uma sensação de superposição, repetição do trabalho (...). Em que medida isso é exatamente nossa competência, em que medida seria da competência da saúde do trabalhador? (...) Eu vejo que não há muita clareza em determinados pontos de quem é a competência, mas isso não atrapalha porque se as vigilâncias trabalharem bem articuladas isso não seria um problema (VA1).

No âmbito da vigilância sanitária as competências e objeto foram identificados como fatores que geram dificuldades para a articulação e intervenção como uma ação intrassetorial, uma vez que, na interpretação do técnico, a vigilância em saúde do trabalhador tem campo mais amplo que a vigilância sanitária, cuja atuação é direcionada para regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde⁹⁵.

A gente não vai entrar em uma fábrica de cimento. Mas lá tem trabalhador, então quem entra é o Cerest porque isso aí não tem nenhum vínculo com a vigilância sanitária. A gente tem *know how* para estar verificando e ajudando na segurança do trabalhador, mas não nesse caso (...). Numa indústria automotiva, o que a vigilância sanitária faria lá dentro? Numa indústria petrolífera? Então acabaria tendo uma participação limitada. Quando a gente recebe demanda do MPT normalmente é hospital, pessoa que trabalha com raios-X, pessoa que trabalha com material que pode se contaminar ou por algum motivo que não está tendo a proteção devida, então é acionada a vigilância sanitária para fazer ação conjunta. Isso porque está bem regulamentado, para esse trabalhador de saúde existe regulamentação, mas para o trabalhador que não é de saúde eu acho que falta mais regulamentação (VS1).

A realização das ações de Visat tende a suscitar dúvidas provavelmente pela insuficiência de regras ou procedimentos consagrados que atendam à diversidade de eventos decorrentes das relações saúde-trabalho¹²⁹.

Para a vigilância ambiental foi possível identificar maiores confluências em relação ao objeto de intervenção, o que possibilitou mais afinidades para a realização de um trabalho

articulado, sobre as abordagens conjuntas e maior agregação entre as equipes.

Qualquer que seja a vigilância ela finda contribuindo direta ou indiretamente nas questões relacionadas à saúde do trabalhador (...). Mas não há uma ação específica na vigilância ambiental direcionada ao trabalhador, com exceção do plano para atenção às populações expostas a agrotóxicos que está sendo construído conjuntamente, não só com os Cerest, mas com várias instituições do setor agrário. Poderia ser diferente se intensificássemos a integração, por exemplo: se nas inspeções que o Cerest tem agendado a vigilância ambiental, de modo geral, fosse ou estivesse participando. Penso que entre nós é um processo que está começando agora e há uma boa chance, pois temos áreas em comum e atividades que podem ser desenvolvidas (VA1).

A vigilância epidemiológica foi caracterizada como um grande desafio, os Cerest investiram e continuam investindo nesse campo, com a finalidade de melhorar as notificações compulsórias, as análises sistemáticas dos agravos e a investigação de acidentes, principalmente os fatais. Os avanços são incontestáveis, mas não podem ser contabilizados como um trabalho intrasetorial integrado.

Não foi fácil estabelecer uma rotina de trabalho, a gente precisou fazer vários pedidos, reuniões e até ofícios para poder pegar os dados com a vigilância epidemiológica, agora eles mandam todo mês, a gente tem essa parceria, iniciou no ano passado, lógico que precisa melhorar, ter mais eles ao nosso lado e vice-versa. Os relatórios de investigação são enviados para a epidemiológica municipal e com base neles fazem as correções no sistema (VT1).

Nosso maior desafio é a epidemiológica, tem lá a semana epidemiológica, mas não veio nada no Sinan sobre saúde do trabalhador, por quê? Nossa proposta é que a vigilância epidemiológica pergunte o porquê, cobre dos distritos (...). Então a gente vê uma dificuldade nessa articulação (VT4).

No caso da vigilância epidemiológica, embora se fale em articulação, as atividades referidas não se caracterizam como um trabalho conjunto, mas articulado, pois cada um faz a sua parte em atividades que se complementam, como no caso da investigação dos acidentes fatais cujos relatórios são enviados para a vigilância epidemiológica municipal, que procede às devidas correções no sistema. No entanto, na rotina, não investigam os acidentes relacionados ao trabalho, apenas os Cerest o fazem.

Nos Cerest há um reconhecimento de que para alcançar seus objetivos carece de equipes multiprofissionais, fortalecidas pela agregação das respectivas competências inerentes aos setores específicos no âmbito da rede do SUS. Portanto, nesse segmento, há maior visibilidade sobre a importância da articulação intrasetorial, identificando como parte de suas atribuições investirem em estratégias em prol dessa aproximação.

O Cerest tem, na verdade, um papel de interlocução com a vigilância em saúde, tanto a epidemiológica quanto a sanitária e ambiental. O Cerest é um ator que articula e agrega todas essas e independente do cenário político que vive a saúde pública. (...), em cada gestão uma se sobressai sobre as outras, então o Cerest vai se

chegando – quando fazemos uma proposta, por exemplo, para uma vigilância ambiental e se não sai nada, vamos para a vigilância sanitária – o importante é fazer ações conjuntas (VT4).

O inverso não é observado, ou seja, enquanto o Cerest se ampara na relação intrassetorial como um fator essencial ao desenvolvimento de suas ações, os demais setores não têm uma ação proativa na busca dessa relação, ou mesmo nem conseguem identificar a necessidade de uma abordagem intrassetorial tendo Cerest como área fundamental para incluir nas discussões, planejamento ou intervenções.

Considero [a relação com as demais vigilâncias] muito tímida, muito introspectiva, é coisa pontual. Não consigo ver, nos outros departamentos, o pensar no Cerest, isso é o que mais me incomoda. O Cerest é pouco chamado, pouco lembrado. Acho que tem dois lados: ele tem que se fazer sentir falta e se fazer importante (G2).

De forma geral, a carência de recursos humanos foi apontada como um dos fatores responsáveis pela dificuldade de articulação no sentido de prover uma agenda de trabalho pautada em ações conjuntas.

O maior problema é a escassez de recursos humanos pra composição das equipes e desenvolvimento satisfatório das atividades, é um fator complicador, além disso, boa parte dos trabalhadores tem contrato de quatro horas o que deixa as equipes mais reduzidas ainda (VA1).

O Cerest Tefé tem uma relação muito boa com a vigilância. O Cerest Manaus, apesar de trabalhar junto com a vigilância, existe uma dificuldade muito grande sob a alegação de que faltam profissionais. O Cerest estadual fez parceria envolvendo todo mundo para atuar no ramo da construção civil (...), nós temos que buscar estratégias para envolver o pessoal da vigilância porque as reclamações vão ser sempre essas: deficiência de técnico, deficiência de várias coisas (G3).

Outro problema identificado diz respeito ao nível de organização das secretarias:

Na área de vigilância, a maioria dos Municípios padece (...) em razão do baixo nível de organização dos Municípios que por tabela geram um baixo nível de engajamento e alta rotatividade dos profissionais, que gera uma baixa qualificação e outras coisas relacionadas (VA1).

Temos que ver como um arranjo todo, como as vigilâncias estão funcionando a nível central e de secretarias. Acaba que estamos todos juntos num espaço físico, porém trabalhando de uma forma isolada e é difícil desmistificar isso. (VS2).

E, finalmente, a inserção do Cerest na organização estrutural.

Eu penso que o Cerest deveria estar dentro da vigilância em saúde. Não consigo vê-lo como um órgão de vigilância do trabalhador fora, porque quando foi concebida a própria vigilância em saúde, era para agregar tudo aquilo que estivesse relacionado e a vigilância do trabalhador é uma vigilância em saúde, então deveria agregar (VS1).

A dificuldade de engendrar uma ação intrassetorial é escamoteada e emerge como consequência de um problema estrutural que, em princípio, seria a causa do insucesso e cuja

solução, segundo algumas falas, seria a inserção do Cerest na mesma estrutura da vigilância em saúde. No entanto, a própria experiência entre as vigilâncias ambiental, sanitária e epidemiológica, que estão, historicamente, no mesmo departamento ou fundação, conforme o caso, revelam que não houve articulação intrassetorial entre as mesmas. Portanto, a tendência é que não seria diferente com a Visat. Dessa forma, essa inserção não se caracteriza como a principal dificuldade, nem como a solução para as ações intrassetoriais.

A vigilância em saúde do trabalhador tem uma grande responsabilidade, juntamente com outras instâncias de proteção ao trabalhador, porque a saúde sozinha não tem como atuar em todas as dificuldades relacionadas à saúde do trabalhador. Precisa, de fato, ter um suporte, ter o apoio, ter o acolhimento das outras instâncias que estão envolvidas em relação ao trabalhador, que é a justiça, no caso o MPT, a questão do respaldo de benefícios com o MPS, porque os trabalhadores adoecem, precisam se afastar, precisam ser retirados daquele espaço de trabalho, (...) Então, a vigilância tem essa responsabilidade de identificar, de discutir e de apontar alternativas junto com as outras instâncias para tentar minimizar os problemas de saúde (VT3).

A articulação com órgãos e instituições fora do setor da saúde, propriamente dito, fundamentados nas mesmas bases conceituais da atenção integral à saúde do trabalhador, no seu objeto de intervenção e na amplitude de sua ação, encontrou reverberação nos atores entrevistados.

A parceria é fundamental, especialmente para suprir eventual falha legislativa que não preveja multas a serem aplicadas pelos Cerest. Como agentes públicos que são, os fatos narrados pelos servidores do Cerest gozam de fé pública, ou seja, o que eles dizem é reputado como verdadeiro, e esse atributo é muito importante para convencer os juízes quando uma indenização é postulada na justiça. Acredito que todo e qualquer relatório de ação fiscal do Cerest deva ser enviado ao MPT e ao MTE como forma de provocar a atuação desses órgãos (P1).

Na visão do procurador fica clara a importância reconhecida do Cerest e seus técnicos como parceiros na implementação de medidas coercitivas, porém o MPT tem acionado o Cerest em casos de denúncia e, sempre que possível, acompanhando as inspeções.

Na verdade, a gente não tem um trabalho intersetorial de forma direta. Tem uma parceria. Por exemplo: o MPT emite determinações oficiais, então não existe aquela coisa 'ah, vamos trabalhar junto pra fazer isso' (VE1).

No Amazonas é possível resgatar várias experiências exitosas de parceria com o MPT como, por exemplo, o projeto que resultou numa ação intersetorial nos currais dos bois Caprichoso e Garantido em Parintins. Esse projeto que revolucionou a relação de trabalho nas agremiações folclóricas, tanto no que concerne às condições de trabalho, quanto em relação ao próprio contrato pela despreciação do vínculo. Iniciativas importantes e que geraram resultados irreversíveis pelas conquistas que resultaram no reconhecimento dos artesãos por si próprios como trabalhadores.

Começou também outra ação que tinha relevância significância, o Fórum de Saúde do Trabalhador em que o Cerest participava ativamente. O MPT, por uma determinação do Procurador aproximou esse grupo de forma mais frequente e mais coordenada, havia reuniões mensais no Cerest, houve uma mudança inclusive de procurador, mas o outro permaneceu com a mesma valorização dessa questão (...). Então isso foi um momento bem significativo em tudo na área da saúde do trabalhador (...), mas eles vão mudando de cargo, e os outros não dão o mesmo foco, até porque são tantas questões a serem trabalhadas... (I1).

A exemplo do próprio setor saúde, a rotatividade dos profissionais vai modificando as ações propostas de acordo com visão de mundo, o contexto, as prioridades das pessoas que ocupam os cargos ou funções e essas mudanças ora aproximam ora distanciam a ação intersetorial. Dessa forma, as relações são entre pessoas e não entre instituições.

O Cerest tem que ser composto (...) por uma equipe múltipla, que teria que atuar e manter esse intercâmbio com as instituições ligadas à saúde do trabalhador pra que pudesse ser visualizado o melhor possível, pra que o trabalhador pudesse enxergar suas necessidades e direitos (...) algumas vezes a Cinthia me liga, ou o Israel, dizendo que está com um problema: ‘você pode verificar como é que está o benefício’ e eu acessava no sistema: ‘o benefício foi acessado ou foi negado, por quê?’ E orientava o trabalhador. Mantínhamos um contato, tínhamos esse vínculo por causa do Fórum de Saúde do Trabalhador, isso era positivo, era mais um espaço que foi se criando e hoje já não existe mais (I1).

Ao referir-se à parceria com outros setores, o MPT foi o mais referido e relatado nas experiências já vivenciadas pelo Cerest, em relação ao desenvolvimento das ações Visat.

É com razoável sucesso e algumas dificuldades expressivas, a exemplo de todas as outras vigilâncias, que padece de uma força de trabalho reduzida, padece de articulação intersetorial, assim como as outras vigilâncias também, a impressão que eu tenho é que isso tem a ver com nossa reduzida força de trabalho, como a gente não tem muita gente, então você não pode ter uma agenda muito pródiga, de reunião, de conversa, que é o que constrói a articulação e constrói a integração. Ninguém integra sem reunir bastante, sem conversar bastante, sem trocar informação, isso demanda tempo, e demanda mão de obra, e mão de obra engajada, mão de obra com uma boa percepção dos problemas (VA1).

Embora seja identificado o caráter pontual das ações, as falas são destituídas de críticas negativas. E o motivo para as dificuldades em relação à maior perenidade das ações conjuntas também foi associado à carência de recursos humanos, à carência de recursos humanos qualificados, à carência de recursos humanos comprometidos com o ideal da Visat.

Outro fator expressivo que se caracteriza como fundamental para dar capilaridade às ações de Visat é a rede do SUS. A articulação com a rede de saúde desafia os Cerest quanto à organização de uma articulação intrassetorial que acompanhe a lógica de organização em rede, numa perspectiva de que a mesma assuma de forma transversal as ações.

Essa apropriação das ações de Visat por parte da rede de saúde e dos profissionais que nela se inserem, tem como objetivo perseguir o princípio da integralidade da atenção. Nesse sentido, a rede teria que ter capacidade instalada para oferecer a população trabalhadora agilidade na identificação dos casos, precocidade na intervenção e consistência na informação, enquanto organização dos serviços e proteção da saúde, por meio de investigação e intervenção nos ambientes e processos de trabalho com fins de prevenção e promoção da saúde e tratamento adequado.

A política de saúde no Brasil agora tem trabalhado em redes, tudo em redes, então se existe a rede da urgência e emergência, naturalmente a saúde do trabalhador vai estar inserida no meio, assim como a saúde da mulher, da criança entre outros. Então certamente está tudo interligado (C1).

Para Ribeiro (2013) a necessidade de articulação da saúde do trabalhador com outros segmentos dos serviços de saúde foi classificada como imperiosa. A autora propõe uma estruturação das atividades de Visat, a partir de uma lógica por complexidade, num exercício de imputar à Visat uma proposta de organização coerente com a hierarquização da rede do SUS, aumentando a possibilidade de agregação da Visat à rotina dos serviços¹²⁹.

Nós iniciamos um trabalho na atenção básica há dois anos e observamos que houve um avanço. A Renast começou com um viés, parecia que era algo fora do SUS, mas as novas portarias corrigiram isso, tem até um evento com o nome de Alinhamento da Saúde do Trabalhador com a Atenção Básica, então (...) a ideia é tentar fazer essa relação mais próxima porque o pilar da saúde é a atenção básica (G3).

A PNSTT tem como princípio a transversalidade da ação, portanto a Visat deve ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS. De tal forma, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária, principalmente por esta ser considerada como ordenadora da rede de atenção à saúde do SUS.

A atenção básica é matriz organizadora de serviço que vai ter a saúde do trabalhador como um dos pilares para cuidar, como uma das coordenações básicas, essenciais e operativas do bem-estar em saúde (...), a saúde do trabalhador é tratada em segundo plano porque temos uma ampla necessidade de estabelecer uma atenção básica de qualidade formadora e ordenadora da matriz das redes pra que a gente possa colocar a saúde do trabalhador como um dos pilares a serem atendidos (G1).

O gestor traz uma visão consciente sobre a proposta de rede hierarquizada do SUS por níveis de complexidade, reconhecendo a atenção primária à saúde como eixo estruturante e prioridade de investimento para organização dos sistemas locais, explicitando uma ideia de ordem sequencial para a implantação das ações o que é incoerente com a proposta de organização de rede do SUS, principalmente, porque a atenção básica se estrutura a partir das

ações que se desenvolvem num movimento sinérgico de organização e ação.

Ainda com base na política nacional há a determinação de observância da diretriz organizativa da descentralização, a partir da qual os municípios são reconhecidos como instâncias efetivas de desenvolvimento das ações de Visat e que, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, deve considerar a organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão.

É preciso transformar, sobretudo, os polos regionais do PDR em estruturas onde a gente possa encaminhar pacientes, (...) que tenham um acompanhamento qualitativo de ida e volta. (...) precisaria fazer uma política que abranja todos os municípios da mesma forma, estimulando os profissionais, dando possibilidades de insumo e capacitação para que essas metas possam ser alcançadas (G1).

No Amazonas houve um grande investimento político-organizacional para discussão e implantação do PDR, aprovado pelas instâncias colegiadas (Figura 4). No entanto, essa regionalização ainda não se consolidou como uma prática efetiva nem na oferta de serviços, nem na apropriação da população para usar os serviços nessa lógica de regionalização.

As características geográficas do Amazonas, a dimensão dos municípios, os sistemas de transporte de alto custo, baixa qualidade e frequência irregular têm se caracterizado como fatores de difícil enfrentamento para efetivação das regiões de saúde como instâncias resolutivas.

Inicialmente o Ministério da Saúde priorizou algumas áreas como a saúde da mulher, do adolescente e outras. Já a do trabalhador demorou quase quinze anos pra sair do papel e a gente até entende as prioridades, mas isso refletiu nos municípios. Tem município que nem conhecem a saúde do trabalhador (G3).

A rede sentinela em saúde do trabalhador, instituída pela Portaria nº 2.728/2009 e que a PNSTT não faz referência à sua existência, provavelmente de forma intencional, pois determina a incorporação das ações de Visat pela rede de saúde do SUS que não tem no desenho estrutura compatível com a proposta de rede sentinela. No entanto, o estado investiu bastante na organização dessas estruturas, embora sem alcançar os resultados esperados.

A gente tem algumas unidades sentinelas, mas que pouco resultado deu, apesar de tantas capacitações que foram feitas, tantas instruções que foram feitas. A nova estrutura pensa em trabalhar mais com a estratégia da Saúde da Família, (...) e criar vínculos. Eu acredito que possa melhorar muito isso (...), essas ações podem fluir de melhor forma (VE2).

Segundo a Portaria nº 104/2011, a notificação dos agravos à saúde do trabalhador é obrigatória para unidades da rede sentinela. A PNSTT determinou ao nível municipal a competência de implantar na rede de saúde, pública e privada, a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho, assim como o registro desses dados nos sistemas de

informação em saúde e a sistematização, processamento e análise.

O estado do Amazonas para evitar qualquer descompasso na interpretação da norma, publicou a Portaria estadual nº 583/2013 determinando a notificação compulsória para todas as unidades da rede de saúde. Apesar do cuidado, os dados do Sinan ainda são considerados subnotificados, denunciando o descumprimento de uma determinação legal por parte da rede de saúde.

A partir do momento em que é compulsória precisa ser realmente realizada, e a gente consegue ainda que façam alguma notificação. Já as unidades sentinela têm essa resistência em realizar a notificação. E por vários fatores: o profissional diz não estar preparado, não tem aquela rotina de fazer o preenchimento da notificação, medo de ser responsabilizado ou até processado pelas empresas pela associação da doença com trabalho, entre outros fatores (VE1).

Evidentemente, a notificação compulsória é apenas uma das atribuições da rede no que concerne às ações de Visat, aliás, uma das mais básicas e que, no Amazonas, é responsabilidade de todas as unidades da rede pública e privada e dos profissionais de saúde, independente do nível de complexidade e da categoria profissional. Nesse sentido, a notificação tem se caracterizado como um indicador sensível para acompanhamento da adesão das unidades de saúde às ações de saúde do trabalhador.

Temos um problema de subnotificação não é só com a saúde do trabalhador, mas com todo o sistema de vigilância. As pessoas não estão preparadas para identificar casos. O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – Cosems – tem traçado algumas estratégias para nivelar todas as secretarias de saúde em relação ao aporte técnico e metodológico e no desenvolvimento da gestão para superar o que vem acontecendo, existem estratégias de treinamento, de educação continuada, mas o grande fluxo de profissionais, a alta rotatividade, faz com que esse esforço vá por águas abaixo (G1).

É unânime entre os atores que a rede não está preparada para atender a complexidade das demandas inerentes aos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

A respeito de que agravo e de que problemas poderiam considerar a rede de atenção à saúde como afiada pra dar conta? No geral eu diria que não está, quanto mais pra tratar de coisas tão específicas como a saúde do trabalhador. Vamos tomar por base uma atividade que é a questão do agrotóxico: Você detecta um conjunto de trabalhadores da agricultura que fazem uso de agrotóxico de modo abusivo e descuidado. Aí você faz a seguinte pergunta: quantos desses trabalhadores que estão nessa situação ambiental têm na rede de atenção os cuidados de saúde adequados de acordo com o tipo de exposição detectada? Não têm. Então, na minha avaliação, a rede de saúde hoje é despreparada e desfavorável à implementação dos cuidados de atenção à saúde do trabalhador (VA1).

O problema da não identificação dos agravos à saúde do trabalhador pelo corpo técnico das unidades de saúde é contextualizado na experiência do sindicalista.

Às vezes chega algum acidentado e eles não perguntam se é trabalhador. Nem todo mundo está qualificado para desenvolver as ações de saúde do trabalhador. Eu visito

as unidades de saúde e uma vez vi uns cartazes do Cerest sobre LER e eu perguntei da atendente, mas ela não sabia o que era! Ela é funcionária! (...). Então o que está faltando ainda é qualificação (...) acho que os postos de saúde e a rede de atendimento têm que conhecer um pouquinho melhor (...) o negócio era para ser muito bonito, mas não é (S1).

Os técnicos do Cerest identificaram esse fato como um problema mais complexo cuja abordagem não se resume à qualificação técnica ou organizacional.

Acho que é uma questão política em relação ao gestor da unidade. Em muitos deles a gente percebe a falta de interesse sob a alegação de deficiência, principalmente, de recursos humanos. Então essas duas coisas na unidade acabam interferindo (...). Alguns não querem mesmo assumir mais essa responsabilidade e, ao mesmo tempo, os servidores já estão sobrecarregados e não têm condição de fazer, pode até identificar um acidente de trabalho, mas na hora de pôr no papel, aí vêm as complicações (...) é um conjunto de coisas, não é um fator só que acaba atrapalhando (VT3).

A qualificação dos profissionais foi apontada como a principal estratégia para melhorar a adesão da rede às ações de Visat.

O Cerest precisa criar estratégias para fomentar no próprio SUS, porque a gente fez visitas e em alguns locais eles não sabem nem o que é saúde do trabalhador. Os próprios gestores não sabem a importância da saúde do trabalhador (...), então acho que o estado precisa procurar uma maneira de divulgação (VT1).

A gente está tentando fazer com que esta rede enxergue o que é saúde do trabalhador. Para nós, enquanto centro de referência foi difícil de alcançar esse olhar 'nós somos parte integrante da vigilância em saúde'(...). E mais, tem muitas coisas imbricadas aí nesse meio, questões políticas, questões de problemas mesmo de recursos humanos, questões de vontade do próprio trabalhador. O trabalhador não enxerga isso, ele não enxerga que isso seja um problema que ele precisa registrar, que ele precisa notificar. Seja com o que ele está atendendo, seja com o colega dele ou consigo mesmo (VT3).

Os problemas estruturais da rede de atenção à saúde são tão complexos quanto à incorporação da Visat como rotina dos serviços e qualquer proposta de avanço. Nesse sentido deve considerar esses fatores apresentados no texto que discutem a organização da rede de atenção no Amazonas. No entanto, a baixa cobertura da população pela rede de atenção básica impossibilita qualquer perspectiva de organização da saúde do trabalhador no âmbito dessa rede.

Eu vejo que ainda há competência do Cerest de fazer as intervenções da vigilância. A atenção primária tem grande responsabilidade, até mais do que outras unidades, por estar mais próximo do trabalhador, ela deveria reconhecer dentro do território quais são os ambientes e processos de trabalho que existem e se eles são prejudiciais ou não, não só para o trabalhador, mas para a comunidade, por que aí tem como você fazer intervenção, mesmo sem a notificação da doença. O problema é que Manaus não tem 100% de cobertura, isso gera toda uma dificuldade, tem locais que não têm unidade básica de saúde (GF5).

A lógica do grupo é que o Cerest permanecerá acumulando as funções do desenvolvimento das ações de Visat, pois está fora de sua governabilidade intervir sobre problemas relacionados à cobertura populacional pela estratégia de saúde da família, embora essa seja prioridade do sistema de saúde nacional, e reconhecidamente, uma preocupação dos gestores municipais.

No entanto, a inserção das ações de saúde do trabalhador nessa rede não tem o mesmo *status* de prioridade, portanto enfrenta enormes obstáculos pela limitada importância desta área na estrutura ministerial, o que repercute nos demais entes federados. Esse cenário aliado a interesses políticos, dissociados do interesse na proteção da saúde do trabalhador tem um grande impacto na constituição, nas atribuições e na autonomia dos Cerest¹²⁶.

O reconhecimento do trabalho intra e intersetorial como necessário ao melhor desenvolvimento das vigilâncias não tem se revertido em movimentos plenos nos municípios, permanecendo um cenário de fragmentação dos serviços. O estudo sobre a situação e tendências da Visat, no Brasil, apresentou como resultado que a intrasetorialidade foi o maior entrave a ser superado na área da saúde dos trabalhadores¹³⁰. Nesse sentido é muito oportuno maior investimento para divulgar a política de saúde do trabalhador e imprimir mais atitude na gestão pública coerente com sua missão, como forma de resgatar o compromisso com a essência do exercício da proteção à saúde, colocando-a como prioridade.

Ética como fundamento para a construção coletiva das ações de Visat

Finalmente, a nona pergunta foi relacionada à categoria de análise ética como fundamento para a construção coletiva das ações de Visat, buscando, nas falas, o reconhecimento do controle social e da participação dos trabalhadores em todas as etapas do processo de vigilância como fator essencial para o enfrentamento das forças hegemônicas, amparadas no caráter ideológico de defesa dos interesses dos trabalhadores quanto à proteção da saúde.

O entendimento de ética como um pressuposto da Visat, e no qual se ampara a compreensão aqui considerada, está relacionado a um compromisso que direciona as ações e serviços de saúde de forma coerente com os princípios do conceito Visat estabelecido, principalmente no que diz respeito à preservação do trabalhador como sujeito e na defesa da sua dignidade e do seu direito à voz de forma reconhecida e valorizada, transformando o agir em Visat num espaço de compartilhamento de saberes, transcendendo ao mero cumprimento de normas consolidadas.

A incorporação do controle social e da participação dos trabalhadores em espaços, antes considerados essencialmente de competência técnica, consiste na recuperação da ética das relações entre o poder público e o próprio público¹²⁹. A busca por uma vigilância capaz de abarcar diversos níveis de responsabilidade e diversas esferas do poder encontrou na ética e no controle social, segundo seus princípios no campo da saúde, fundamentos para organização e poderes simbólicos para o enfrentamento das forças hegemônicas e introduzir maior equilíbrio no campo.

A Visat, mediante seu compromisso com o fortalecimento do saber empírico por meio da participação dos trabalhadores, enquanto agentes potenciais de conhecimento e defesa dos interesses para a proteção da saúde busca restabelecer no campo das relações saúde-trabalho, o propósito de assegurar valores humanos historicamente relativizados mediante os interesses econômicos^{124; 129}.

Nesse sentido, buscamos apreender como esse princípio tem se caracterizado como uma prioridade no campo, como os atores que têm responsabilidade de implementação da Visat interpretam esse princípio como fundamental para o avanço das ações de proteção à saúde e redução de morbimortalidade e que dificuldades identificam na sua operacionalização.

Apesar de ser um termo de amplo domínio no campo da saúde, o controle social não foi compreendido por alguns técnicos que se reportaram aos cuidados pessoais com os trabalhadores, como alimentação adequada, ingestão de líquidos durante o trabalho, obesidade, ou ainda, o controle dos trabalhadores por meio de suas chefias imediatas, reportando a um conceito cujo sentido é inverso ao postulado pelo SUS.

Para os técnicos do Cerest a construção de um trabalho conjunto na perspectiva da participação dos trabalhadores e do controle social foi rapidamente interpretada como uma ação prioritária, o que se caracteriza como uma apropriação não só esperada como fundamental ao exercício da qualquer ação no âmbito da saúde do trabalhador.

A gente não conhece tudo, conhece bem aquilo que faz. Então, quem melhor do que o próprio trabalhador para detectar alguns focos que podem ser mudados? O trabalhador é quem pode dizer como trabalha, de que forma, porque que faz desse jeito e isso é importante saber. Eu tenho toda uma normatização, tenho toda uma regrinha para executar o trabalho, mas eu não executo de acordo com esta regra, eu executo de outra forma. (...) A gente olha e parece que está tudo bem, mas quem trabalha ali é que sabe (VT2).

A referência sobre a participação do trabalhador traz em seu conteúdo a referência ao objeto da Visat, a investigação e inspeções nos ambientes com fins de modificar os ambientes

e processos de trabalho, cujo personagem que detém a práxis é o trabalhador. Outra característica fortemente associada às ações de controle social foi a Cist, as falas revelam um reconhecimento do seu papel como instância do controle social, mesmo quando identificam suas limitações para o desempenho das suas atribuições no campo da saúde do trabalhador.

Aqui no conselho de saúde nós temos a Cist. Antes eles se reuniam no Cerest, mas as coisas não andavam correndo bem, não tinha quórum nas reuniões e nós puxamos para o conselho porque é uma comissão vinculada aos conselhos de saúde. Então agora que eles estão se reunindo aqui, eu vejo muitas discussões e algumas ações sobre a questão da conscientização dos trabalhadores (C1).

De forma geral as referências ao controle social como princípio e estratégia factível do SUS para o acompanhamento das ações de saúde, o identificou como frágil e desmobilizado, mas como segmento fundamental que precisa de investimento para resgatar seu papel essencial na organização das ações de saúde.

Penso que o controle social padece hoje do mesmo mal, das mesmas debilidades próprias da participação dos trabalhadores, falta informação ou falta de uma mobilização que eu não sei de quem deveria partir, mas acho que da nossa parte caberia uma dose razoável de responsabilidade nessa história de incentivar a participação do controle social (...) que fica muito prejudicada, particularmente nos municípios pequenos, na medida em que a população é muito dependente do poder público, do gestor municipal, e aí você cria uma população ou um segmento social fortemente dependente, encabrestado ao poder executivo municipal, penso que isso é uma dificuldade de ser superada (VA1).

A referência a respeito da legitimidade dos conselheiros no interior do Amazonas tem relação com o fato de que, na grande maioria dos municípios, a geração de emprego formal está associada ao poder público sendo o segundo ramo de atividade econômica com maior número de pessoal ocupado, depois da indústria.

Essa peculiaridade do interior amazonense deixa vulnerável um dos principais objetivos do controle social que é o enfrentamento de formas autoritárias na gestão das políticas de saúde e garantir transparência das práticas governamentais no território sob sua competência. Porém, foram identificados outros problemas de difícil enfrentamento quanto ao desempenho do controle social.

Eu acho que o controle social é muito importante, mas penso que hoje há uma dificuldade enorme do próprio trabalhador se engajar e preencher esse espaço que é dele. Não sei onde está a falha, se é em relação à falta de mobilização dos trabalhadores ou falta de organização e conhecimento de causa sobre as facilidades de acesso aos fóruns de discussão. Não sei exatamente o que é, mas qualifico como uma participação bastante incipiente. Acho importante, mas acho que a gente precisa conhecer melhor os fatores que estão impedindo os trabalhadores de se interessarem por isso, se mobilizarem mais e participarem dos fóruns apropriados (VA1).

Segundo alguns autores, a desmobilização dos trabalhadores tem raízes profundas

nas mudanças no mundo do trabalho, que, segundo a lógica do capitalismo moderno, inclusive no âmbito das políticas públicas em decorrência de incentivos ao crescimento econômico do país, teve como resultado a deterioração das relações de trabalho e o agravamento de riscos à saúde^{95; 124}.

Os efeitos nocivos da hegemonia do modelo empresarial tiveram como um de seus resultados a desestabilização e o enfraquecimento dos coletivos de trabalho, consequentemente a desvalorização da experiência e do saber dos trabalhadores, bases sobre a qual se amparam as propostas de controle social na saúde e as ações de Visat¹²⁴.

Esse cenário contribuiu para um baixo nível de mobilização das organizações de classe, o que repercutiu nas estruturas de controle social no campo da saúde, onde a representação dos trabalhadores tornou-se pouco efetiva para garantir aos conselhos a força necessária para a priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador e o enfrentamento do poder hegemônico⁹³.

A chamada para si sobre a responsabilidade de desenvolver estratégias para fortalecer a Cist, foi o que motivou o Cerest a induzir mudanças na estrutura organizacional, que passou a funcionar no mesmo espaço físico do conselho de saúde, com fins de dar maior legitimidade aos membros e capacidade operativa amparadas no conselho de saúde e independente do Cerest, principal órgão cujas ações deve acompanhar.

A gente contribuiu na Cist, como as reuniões passaram a ser feitas no conselho de saúde eu achei um bom caminho. A Cist serve mais como fiscalizadora do Cerest, mas aqui no estado ela funciona mais como parceiro. (...) A gente trabalha mais com (...) as datas 28 de abril dia mundial em memória das vítimas de acidentes, dia 27 de julho dia nacional da prevenção de acidentes, dia do técnico de segurança. A gente também faz algum seminário, esse é o nosso trabalho de divulgação. Não fazemos tudo o que diz o regimento da Cist porque é muita coisa (S1).

A diversidade de tarefas atribuídas à Cist como sua competência, todas relacionadas ao acompanhamento das ações de saúde do trabalhador quanto ao plano, destinação de recursos e prestação de contas, incorpora nesse bojo uma série de pequenas outras atividades para sua implementação efetiva e reconhecimento dessa instância do controle social. Nesse sentido, existe uma relação de reciprocidade entre o Cerest e a Cist para potencializar aVisat.

Conheci o Cerest em 2009 (...), já militava no movimento sindical antes de conhecer o Cerest, faltava divulgação para a massa trabalhadora, aí a gente entrou e compôs o quadro da Cist, participávamos das reuniões (...) recebi críticas lá em Brasília porque elogiei o trabalho do Cerest e eu falei – você não participa, você só é crítico. E eu tenho essa parceria (S1).

A Cist sempre tenho acompanhado e hoje eu acho que está sendo feito um bom trabalho e a tendência é cada vez melhorar. Agora todo evento que tem a programação, a gente se dividiu... Tem inclusive agora outro para o dia vinte e sete de julho. Está tudo programado, a gente vai fazer umas visitas aí... na Panair, nos

hospitais, na arena. Antes tinha esse trabalho, mas não era bem organizado, era mais dificultoso: uns iam, outros não iam, faltava, e agora (...) (S3).

Embora as falas façam referência a um *upgrade* no desempenho da Cist, ainda há críticas quanto a sua ação, por não conseguir, de fato, participar da política de saúde de trabalhador, atuando no que foi identificado como: questões mais relacionadas ao movimento sindical.

O controle social tem que ter uma atuação mais efetiva, (...) a Cist, o Cerest, o conselho de saúde (...) tem muitas ações que são necessárias fazer mais efetivamente, porque às vezes só faz algum movimento, alguma campanha nos dias específicos – dia mundial em memorial às vítimas de acidente de trabalho, dia x, campanha x - isso é muito pouco (S2).

Essa limitação foi associada às prioridades características do movimento sindical.

Todo sindicato não é só a segurança não, todo sindicato devia ter esse papel preventivista, você pode olhar as convenções coletivas (...) vai ver lá qual o direito do trabalhador, é reajuste 7%, cesta básica, mas a gente não vê alguma coisa voltada à saúde do trabalhador (S1).

Essa vertente é identificada pelos próprios representantes dos sindicatos representados na Cist. Os técnicos do Cerest também referem à atuação limitada da Cist, mesmo quando se trata de participar das inspeções de rotina do Cerest.

Essa é uma situação que, enquanto organização dos trabalhadores eu não vejo ocorrer. Quando a gente precisa de algum trabalhador do nosso lado para conhecer isso, para trabalhar junto, a gente consegue, mas não através da Cist, consegue através de sindicato, (...) mas o que precisamos é ter um agrupamento organizado que se chama Cist, e isso eu não vejo (VT2).

O desenvolvimento das ações de Visat traz no seu bojo o compromisso de intervir nos ambientes e processos e trabalhos, modificando-os com fins de proteção da saúde dos trabalhadores. Sob esse compromisso, a legislação prevê a participação dos trabalhadores como condição indispensável, característica identificada pela literatura como diferencial entre as ações de Visat em relação às demais vigilâncias. No entanto, a inserção do trabalhador como parte da equipe de vigilância em saúde encontra resistência por parte dos técnicos.

Isso não é o foco, não seria o foco porque não existe tanta normatização (...). Da vigilância em saúde do trabalhador isso é cobrado (...). Agora como é que o trabalhador vai participar disso? (...) Quando se vai fazer uma inspeção numa indústria ou o que for se cobra os mapas de risco dos ambientes, visando à saúde do trabalhador. E por aí vai, (...) Cobrança de participação do trabalhador nas ações de vigilância ainda não amadureceu, porque, muitas vezes, a política sai, mas carece de normatizações (VS1).

Trabalhamos por demanda de denúncias, além disso, na nossa prática é comum o fiscal estar passando no corredor, aí a senhora da limpeza que está varrendo tem sede de falar coisas que afetam sua saúde, mas ela é impedida de dizer ou não quer que a vejam, tem vergonha, enfim as pessoas se inibem de falar o que as está

infligindo em relação à saúde do trabalhador. Pode ser até uma falha nossa, no mecanismo que usamos para fiscalizar. Porque chego com meu roteiro e eu observo muito mais do que pergunto. Mas isso se deve também a outro lado da nossa experiência, que ao chegar o relatório fiscal para o regulado e ele vir observações que fugiram daquilo que o fiscal poderia estar somente observando, com certeza é demitido. (...) no próprio roteiro nos limitamos àquilo que chamamos de evidências (VS2).

A situação de fragilidade das equipes de inspeção foi identificada e descrita pelo procurador ao se referir ao Cerest, embora seja uma situação comum também às equipes das demais vigilâncias, inclusive a sanitária.

Penso que o contexto não é favorável porque existe forte ingerência política ainda no setor estadual. Exemplifico: quando se pretende fiscalizar normas de saúde em empresas públicas ou órgãos públicos estaduais, há uma paralisação por parte do Cerest, que, ao fim e ao cabo, não procede à fiscalização. Creio haver também uma relação de empresas do setor que não são fiscalizadas por que são protegidas do grupo político/eleitoral que exerce o Governo. (...) A ausência de autonomia e independência dos Cerest é fator extremamente preocupante. Enquanto estes órgãos não forem blindados e desvinculados de secretarias municipais e estaduais de saúde/trabalho, creio que não poderemos falar ainda em contexto favorável. No entanto, essa pode ser também uma avaliação apressada, porque no MTE, por exemplo, (...) de onde vim, não havia qualquer tipo de ingerência político/eleitoral, mas culturalmente adotava-se a postura de conciliar com o infrator, abrindo mão de penalidades e interdições (P1).

No campo da saúde do trabalhador a constituição das equipes intra e intersetoriais têm como um de seus fundamentos o enfrentamento de interesses hegemônicos que não guardam relação com a proteção da saúde. Esse tem se caracterizado como um dos grandes desafios para uma atuação eficiente e eficaz do controle social.

Ainda em relação às formas de participação do trabalhador nas ações Visat, para o procurador foi caracterizada como essencial, no entanto exemplifica as formas como deve se dar essa participação, não incluindo o trabalhador como elemento da equipe de inspeção.

É essencial, porque ninguém melhor que o próprio trabalhador para avaliar seu processo produtivo e a inter-relação com os agravos à sua saúde. É possível, por meio das audiências públicas, comunicação integrada com os sindicatos, entrevista com os trabalhadores durante as fiscalizações, acesso às atas da Cipa etc. Por parte do MTE isso é razoavelmente realizado. Por parte do MPT não sei dizer se isso ocorre de forma hegemônica (P1)

O representante da vigilância epidemiológica faz uma barafunda sobre a participação dos trabalhadores nas ações de Visat e a participação do Cerest nas mobilizações em prol da saúde dos trabalhadores.

A gente tem esse assento lá na Cist, mas as deliberações são coisas de movimento sindical. A Cist é apoiadora de muitas atividades que são efetivas, mas a gente sempre coloca essa questão da governabilidade, do nosso papel. A gente pode dar todo o suporte necessário, as informações necessárias, mas a vigilância jamais pode fazer uma mobilização social na porta de uma empresa, como estado propriamente

dito. Então, tem as grandes mobilizações, infelizmente, mais política do que em prol da saúde. A gente fica dentro das fábricas, dentro das empresas. Porta de empresas jamais (E1).

A participação dos trabalhadores enquanto elemento integrante da equipe de inspeção tem se constituído como uma dificuldade na articulação das equipes intra e intersetoriais, transformando o Cerest numa voz dissonante na busca da valorização da participação dos trabalhadores por meio do movimento sindical organizado, incluindo esses como elementos da equipe de inspeção de Visat. Há resistência tanto por parte da vigilância sanitária quanto do MPT. Quando houve participação não houve aproximação, foi um estar junto que não pode se caracterizar como um fazer junto. Em outras situações nem mesmo foi possível a participação dos sindicatos enquanto membros da equipe de inspeção.

Outras formas de participação dos trabalhadores, mais relacionada às atribuições da Cist, enquanto instância do controle social foi relatada pelo gestor também, identificando limitações na atuação quanto ao apoio e até mesmo fiscalização de atividades que seriam de interesse para a Cist e para os próprios trabalhadores.

Nós tínhamos a proposta de treinamento do controle social, esse curso foi abortado e seria bem interessante porque o objetivo não era abordar membro de conselho, nem da Cist, mas o próprio trabalhador e não conseguimos realizar. Seria uma forma de inserir o próprio trabalhador no controle social (...). Ficamos com pé atrás devido à falta de interesse (...) reclamaram, mas não foram atrás para resolver (G3).

A experiência do Cerest na realização das inspeções com equipes intersetoriais também tem utilizado a metodologia de entrevistas semi-estruturadas como forma de participação dos trabalhadores.

Na rotina das inspeções fazemos entrevista com os trabalhadores e descobrimos muito nas entrevistas. A administração diz que não tem ninguém afastado do trabalho e que não tem CAT, o trabalhador diz – na semana passada alguém caiu – é o trabalhador que realmente fala muitas coisas pra gente. Eu penso que a entrevista é fundamental para análise de qualquer ambiente num processo de trabalho. A fala do trabalhador desvela muita coisa, a gente até prepara para cada local de trabalho um roteiro de perguntas (T4).

A complexidade da participação dos trabalhadores não se encerra no enfrentamento das regras e normas das rotinas de trabalho das diversas instituições. Na verdade, o procedimento de entrevistas com os trabalhadores durante as inspeções representa um dos fatores mais complexos quando se busca a participação dos trabalhadores pelo componente subjetivo de compreensão da situação dos trabalhadores, para compreensão do seu silêncio, acolhimento da sua fala ou de seu silêncio sem constrangimentos ou exposições, porque, de fato, existem retaliações até mesmo para os trabalhadores que se aproximam muito do

sindicato.

A participação do trabalhador é importantíssima porque ele é que sabe, ele tem maior conhecimento do ambiente e no que pode melhorar. Então se há uma vigilância no ambiente de trabalho é ele quem pode identificar. Isso aqui está me causando ou pode causar uma doença ocupacional. Mas o trabalhador fica meio com certo medo, até mesmo com a gente do sindicato quando chega ao local de trabalho, ele fica com medo de ter algum relacionamento. (...) Há essa intimidação, quando quer expressar, mas tem que ficar calado. (...) Tem muitos trabalhadores que eles não falam por que se falar a verdade vão ser demitidos, então é esse medo (S2).

O técnico de segurança do trabalho fica entre a cruz e a espada, porque ele não tem estabilidade, se ele começa a fazer muita coisa o empregador, pra calar a boca dele demite (...). É muito bonito o que ensinam, mas quando a gente fica aqui a coisa é outra, existe muito mal empregador, o técnico tenta fazer, (...) mas ele é calado porque também é um trabalhador que precisa de sua sobrevivência (S1).

Os problemas dos trabalhadores menos organizados com mais instabilidade de emprego precisam fazer parte das pautas das diversas instâncias do controle social⁹¹ como forma de fortalecer a possibilidade de sua contribuição. De fato, a determinação legal de participação dos trabalhadores foi expressa como de grande importância por todos os atores, também foram apontadas variadas formas de participação, porém sempre com a identificação de fatores que limitam ou dificultam a ação. Nesse sentido, é preciso resgatar o compromisso ético para o avanço de alguns desses problemas identificados, tanto no que se refere à participação dos profissionais de saúde quanto à participação dos sindicatos e dos próprios trabalhadores.

A Cist ela é composta por pessoas do movimento sindical e eu cansei de ver reuniões aqui que só estava o presidente e a secretaria, então por aí você tira que o trabalho é árduo, (...) se aquele não vem, manda outro, e a gente tem conseguido um quórum razoável para poder fazer essas ações, mas é complicado (...) a Cist não é remunerada, se fosse, eu queria ver se alguém faltava alguma reunião (...) agora diz: vocês vão receber 1.500 por sessão, eu quero é ver se não tinha tapa para participar (S1).

Enquanto o representante do sindicato fez referência à necessidade de um comportamento ético por parte dos participantes ironizando e exemplificando com uma situação fictícia a falta de ideologia por parte dos membros da Cist, para o gestor municipal o compromisso ético e ideológico é suplantado pela necessidade de cumprimento das metas que são cobradas de forma mais imediata.

Nós, gestores, nos colocamos à disposição do Estado e da municipalidade para que todas as políticas de saúde existentes possam ser consolidadas, o que não dá é pra que a gente tome a frente de tudo, precisamos que as comissões funcionem, porque é de interesse do conselho que todas as políticas sejam executadas (...) precisamos correr muito para que a gente alcance algumas metas (...) principalmente porque hoje só tratamos com respeito aquilo que vai nos punir e o que não nos pune a gente tem tratado como segundo plano. (...) o que a gente precisa realmente é colocar pra funcionar, existe vontade, existem técnicas, existe capacitação, existe dinheiro, não

sei o que está faltando (G1).

Já foi citado anteriormente e aqui retomamos a necessidade do desenvolvimento de indicadores de saúde que tenham capacidade de monitoramento e avaliação da qualidade de vida e saúde dos trabalhadores, portanto, traduzam a missão principal da Visat, o compromisso com a proteção da saúde dos trabalhadores. A inserção desses indicadores de processo e de resultados como metas pactuadas no COAP a ser alcançada pelos gestores e sua equipe de saúde, portanto monitorada, avaliada e cobrada, indubitavelmente contribuirá para elevar a saúde do trabalhador à categoria de prioridade no âmbito municipal.

A pedagogia para implementação da Visat num sistema capitalista passa, necessariamente, pela imposição de perdas financeiras (...) ainda que ocorra indiretamente por intermédio de outros órgãos - pouco importa. (...) Se é certo que as empresas desconsideram a pessoa do trabalhador e, conseqüentemente, sua saúde e vida, pelo fato de que medidas básicas demandam gasto de dinheiro, o panorama somente tende a mudar se houver inversão dessa lógica, ou seja, se for mais caro descumprir a lei do que economizar em detrimento da saúde dos trabalhadores (P1).

A metodologia sugerida pelo procurador pode ter utilidade também para o gestor, ou seja, trabalhar com linguagens de simples compreensão nos respectivos campos de entendimento, para o capitalista o lucro, para o gestor o cumprimento de metas. A efetividade da comunicação pode aumentar as possibilidades de atingir os resultados almejados, no caso, a priorização da saúde do trabalhador.

A questão é que na inspeção de vigilância isso tudo sempre foi muito voltado para a questão do produto, esquecendo a pessoa que está ali manipulando aquele produto. Eu acho que precisa de uma mudança de base nisso daí, e deixar de entender o trabalho apenas como essa questão jurídica, apenas como recebimento, de possibilidade compra e troca de dinheiro. Precisa ser encarado como um fator de saúde. Porque só assim é que a gente pode desenvolver mais ações. A gente não tem essa força por causa de como é entendido. A gente vê que tem um monte de desempregado. Então todo mundo quer um trabalho, não interessa de que forma é o trabalho. Porque com o trabalho você compra alimento, você compra vestuário. Você aceita qualquer tipo de trabalho, em qualquer situação, em qualquer horário porque é o trabalho que te dá possibilidade de ter qualidade de vida, mas o trabalho também retira essa qualidade de vida. Só que o benefício parece que é muito maior do que o prejuízo. Só quando o prejuízo se torna uma doença, que impede a pessoa de continuar trabalhando é que passa a não valer a mais à pena, mas já é tarde (T2).

Segundo Minayo e Vasconcellos (2009), os próprios trabalhadores não visualizam como o setor da saúde pode contribuir para a proteção da saúde do ponto de vista da prevenção e da promoção, suas demandas se concentram em nível da assistência e dos benefícios acidentários da previdência social⁹³.

As consequências deletérias à saúde são associadas a fatalidades e não ao trabalho, este é identificado com uma visão positiva e não como prejudicial à saúde¹³¹. Para os

trabalhadores da saúde a desconstrução dessa lógica se constitui em mais um desafio necessário ao processo de implementação da Visat que possa contar com a participação ativa dos trabalhadores.

O reconhecimento do saber empírico dos trabalhadores como fator essencial às ações de Visat é consenso entre os atores, às formas de participação, não. Na política nacional a participação do trabalhador como agente da ação é condição imprescindível e inegociável. E é exatamente neste princípio que está o maior ponto de dissenso entre a equipe técnica do Cerest e os demais segmentos, quanto à organização das intervenções conjuntas, comprometendo o desenvolvimento harmônico nas inspeções e investigações com equipes intra e intersetoriais.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendíamos que dois pontos fundamentais seduzissem o olhar dos que se debruçaram sobre essa tese e conseguiram chegar neste ponto – o Amazonas e a Visat – e quais os fatores que no primeiro influenciam o desenvolvimento do segundo.

O Amazonas, um estado da região norte do Brasil, detentor de características geográficas que o constituiu como patrimônio da humanidade e que, somadas aos aspectos culturais e de desenvolvimento econômico, conferem-lhe especificidades que influenciam todos os segmentos de serviços de saúde e trabalho.

No campo da saúde, a relação entre esses dois elementos – saúde e trabalho –, estão muito relacionados a outros dois – doença e produção – todos, objeto de interesse dos segmentos que têm como missão interferir nesse processo com fins de proteção da saúde. A Visat tem essa missão que, no cenário amazônico, se efetiva no desafio cotidiano de fazer vigilância sob fluxos e contrastes específicos da região que condicionam os esforços para estruturar uma rede que se pretende integrada.

No Brasil, as ações de Visat têm como marco a Constituição Federal, que determinou a saúde e o trabalho como direitos sociais de cidadania, e a Lei nº 8.080/90 que definiu a saúde do trabalhador como competência das políticas públicas de saúde a ser desenvolvida por meio de ações de vigilância em saúde. O percurso histórico desde a LOS e os dias atuais foi marcado pela criação da Renast e a recente publicação da PNSTT, fatores fundamentais para as reflexões contidas nesta tese.

Na escolha do título – Análise conjuntural da vigilância em saúde do trabalhador no Amazonas – buscávamos visualizar as transformações pelas quais estava passando a estruturação do campo da saúde do trabalhador, mediante a necessidade de avançar na implementação da Visat no estado e como essas mudanças repercutiam no desenvolvimento das ações.

Considerando o lugar de fala da autora e sua inserção no campo da saúde do trabalhador no âmbito do Cerest, procuramos compreender que fatores conjunturais exerciam influência sobre o desenvolvimento das ações e serviços de Visat a partir dos pressupostos do campo da saúde do trabalhador. Com esse intuito procuramos dar significado às especificidades amazônicas como fatores que influenciam a lógica organizacional das atividades produtivas, culturais e populacionais, consequentemente, também no processo saúde-doença.

A política econômica nacional e internacional contribuiu para a condução do

Amazonas em direção a um modelo econômico com base na zona de livre comércio e introduziu uma lógica de desenvolvimento com base na industrialização, deixando em segundo plano sua tradição extrativa. Hoje o Pólo Industrial de Manaus, principal atividade em termos de empregabilidade no estado, mobiliza uma rede e outros segmentos de atividades econômicas, gerando empregos diretos e indiretos.

A análise do perfil epidemiológico demonstrou que esse exercício se configurou como uma tentativa. De fato, apresentamos como principal desfecho a explicitação de uma fragmentação expressiva da informação em vários bancos de dados que não se complementam, ao contrário, superpõem-se, dificultando análises detalhadas e consistentes. Esse cenário aponta a necessidade de maior investimento numa diretriz, já referida na PNSST, que trata da estruturação de uma rede integrada de informação em saúde do trabalhador, o que pode ser iniciado pela Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, criada pela mesma política, colocando essa diretriz como prioridade.

A rede de atenção à saúde no estado, considerada como um dos fatores fundamentais e conjuntural para o desenvolvimento da Visat, caracterizada pela oferta de serviços de atenção primária de baixa cobertura populacional, principalmente em Manaus, conseqüentemente, com uma multiplicidade de modelos organizativos que comprometem a organização da atenção integral à saúde e os fluxos de uma rede hierarquizada. De tal forma, compromete também o desenvolvimento das ações de Visat que não pode ser analisada desvinculada dessa realidade complexa.

A rede sentinela de saúde do trabalhador não conseguiu se estruturar como tal e, ao longo do tempo, comprometeu o desenvolvimento de linhas de cuidado dos agravos à saúde do trabalhador. O atual Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Amazonas ainda padece de problemas estruturais significativos, portanto, a regionalização da rede não está operacionalmente consolidada e apresenta dificuldades relacionadas às características sócio-demográficas do Amazonas e suas conseqüências sobre os setores de transporte, comunicação e fixação de mão de obra qualificada, entre outros.

Ao situar o objeto da pesquisa no campo da saúde do trabalhador, tomamos por base uma linha histórica sobre a consolidação do campo no Brasil a partir da evolução das normas que regulamentam o campo e os pressupostos que delimitam o caráter operacional das ações. Na teoria geral dos campos de Bourdieu fundamentamos a compreensão da saúde do trabalhador como um campo estruturado com domínio e forças inerentes e de acordo com posição e interesses próprios que contribuem ou dificultam a transformação da ação para

implementação da Visat.

Na revisão da literatura sobre Visat identificamos avanços, limites, possibilidades e impasses. Nesse intento, a discussão sobre o conceito de Visat, sua amplitude e inserção no campo da saúde coletiva como um componente da vigilância em saúde apontou a dificuldades de contemplar seus pressupostos mediante a complexidade de sua abordagem com vistas à transformação dos processos de trabalho e o desenvolvimento das ações de investigação para intervenção nos ambientes de trabalho com fins de proteção da saúde dos trabalhadores.

A análise das LOM demonstrou que essas leis não são de fácil acesso, portanto, o compelindo o exercício da cidadania a uma abstração para a maioria dos cidadãos e, esse fato em si, já representou um aspecto conjuntural que dificulta a ação pública e defesa da proteção da saúde, considerando que o desconhecimento da lei cerceia a possibilidade de exigência dos direitos. Nessa análise observamos que as leis orgânicas municipais são antigas, a maioria anterior à LOS, em seus textos apresentaram uma tendência a se limitar a uma reprodução do texto constitucional e, em alguns casos, explicitaram equívocos graves por meio de textos que priorizou a atenção curativa, contrariando os princípios do SUS.

Quanto à saúde do trabalhador houve referências vagas, sempre associadas a outras áreas do conhecimento como a vigilância epidemiológica, sanitária ou a questões ambientais, onde se incluíam também os ambientes de trabalho. Apenas cinco municípios se referiram textualmente aos serviços de vigilância em saúde do trabalhador como sendo de sua competência.

De forma geral, a lei em que se encontra melhor respaldo para fundamentar a operacionalização das ações de Visat é o Código de Saúde do Estado, que prevê a criação do serviço de vigilância em saúde no qual está textualmente incluída a vigilância em saúde do trabalhador.

A pesquisa de campo, fundamentada numa análise compreensiva sobre o desenvolvimento da Visat, teve quatro categorias de análise priorizadas, sempre relacionadas à Visat: conceito, institucionalidade do Cerest, capilaridade das ações e ética como fundamento para a construção coletiva das ações.

A primeira categoria de análise, o conceito de Visat, apresentou um domínio dos atores sobre a Visat como um componente da vigilância em saúde, comportando a proteção à saúde do trabalhador como prioridade e tendo as intervenções nos ambientes de trabalho como atividade inerente ao seu espectro de ação. Apesar desse aparente domínio, observamos contradições em relação ao seu campo de ação e competências, que geravam dúvidas e

inseririam restrições às suas ações, direcionando as práticas para uma abordagem com base na saúde ocupacional e na medicina do trabalho.

Na análise com base na segunda categoria, a institucionalidade do Cerest, considerando este como locus privilegiado de fomento às ações de Visat, encontramos como principais problemas a diversidade de inserção do Cerest na estrutura organizacional das secretarias de saúde e a falta de investimento, nesse caso, sem que houvesse associação à indisponibilidade de recursos financeiros.

A dualidade de políticas não foi identificada como problema, mas sim, a falta de tradição do estado na elaboração de normas que contemple as especificidades locais. De forma geral, apesar do reconhecimento do aparato legal como um fator positivo para o desenvolvimento das ações, este não foi suficiente para elevar a saúde do trabalhador a um status de prioridade no âmbito do estado ou estimular uma ação pró-ativa nas instituições e parceiros.

A relação comunicativa entre os gestores e técnicos demonstrou que interpretações contraditórias sobre o mesmo fato se constituiu como ponto de atrito entre esses dois atores. Em relação aos gestores observamos uma preocupação com o cumprimento de metas, relativizando o compromisso com ações que não têm indicadores no COAP, mas fundamentais para impletação da proteção à saúde do trabalhador.

Nesse sentido seria necessário investir no desenvolvimento de indicadores de saúde com capacidade para avaliar as condições de vida e saúde dos trabalhadores e não apenas a oferta de serviços, assim como os inserir nos contratos ou pactos de gestão como metas a serem cumpridas em todos os níveis de gestão da rede de saúde. Além disso, há a necessidade de que as vigilâncias priorizem as análises de saúde do trabalhador como rotina dos serviços para acompanhamento de monitoramento dos indicadores pactuados.

A análise da terceira categoria, capilaridade das ações de Visat, demonstrou que os atores reconheceram o Cerest como referência para as ações de saúde do trabalhador e o identificaram como responsável pelo desenvolvimento das ações de Visat, dificultando a difusão das ações na rede de atenção e comprometendo a efetivação da Visat como responsabilidade da rede como um todo.

A ação intra e intersetorial foram identificadas como necessária e, embora os diversos seguimentos apontem sua importância, não a reconheceram como sua atribuição, ao contrário, colocaram-se como parceiros do Cerest, a quem de fato caberia a execução das ações. A diferença que parece sutil e que de fato é expressiva, mas ainda não percebida nem

apropriada pelos demais setores da rede de atenção à saúde, é que as ações de Visat devem ser totalmente incorporadas à rotina de trabalho dos serviços de saúde, de forma harmônica, cotidiana, processual e sistemática num contexto de atenção integral e universal, princípios do SUS e da própria Visat.

A carência de recursos humanos foi apontada como principal fator responsável pela dificuldade de articulação no sentido de prover uma agenda de trabalho pautada em ações conjuntas. Outros fatores, também relacionados aos recursos humanos, foram à rotatividade dos profissionais e a mudança frequente de gestão em decorrência dos períodos eleitorais, numa clara referência de que as relações se consolidam entre as pessoas que ocupam os cargos e não entre as instituições, assim, a visão de mundo, o contexto, as prioridades mudam com as pessoas e essas mudanças ora aproximam ora distanciam a ação intersetorial.

A principal expressão que evidencia a dificuldade de articulação com os demais segmentos da rede de atenção do SUS foi à baixa notificação dos agravos relacionados ao trabalho, atividade considerada simples e que demonstra o quanto a rede do SUS não está preparada para atender a complexidade das demandas inerentes aos problemas de saúde relacionados ao trabalho. A qualificação dos profissionais foi apontada como a principal estratégia para resolver esse impasse e melhorar a adesão dos profissionais da rede às ações de Visat.

A última categoria de análise, ética como fundamento para a construção coletiva das ações de Visat, tem nas falas subsídios que denunciam a falta de conhecimento por parte de alguns técnicos do significado do termo controle social no âmbito da saúde. Os técnicos da vigilância em saúde do trabalhador demonstraram maior aproximação com o tema, principalmente no que se refere à participação do trabalhador, não apenas como informante ou denunciante, mas como membro do conjunto de sujeitos que têm responsabilidades com o desenvolvimento das ações de Visat.

O movimento do controle social foi identificado como frágil e desmobilizado, mas também como fundamental, tanto no que concerne a importância da participação dos trabalhadores quanto na busca de estratégias para valorização do saber operário. No entanto, nesse quesito, houve reconhecimento do domínio dos trabalhadores sobre o processo de trabalho no qual está inserido, mas também foi identificada resistência à participação dos mesmos enquanto membros das equipes de inspeção, e mais especificamente no que se refere à participação de representantes do movimento organizado, mesmo quando se tratou de representantes da Cist. Outras formas de participação dos trabalhadores, tais como: denúncias,

entrevistas no momento das inspeções, entre outras, foi acolhido sem reservas.

Houve unanimidade, inclusive entre os próprios membros da Cist, trabalhadores ligados ao movimento sindical, quanto a uma atuação limitada, considerando que se trata de segmento com responsabilidades quanto à fiscalização das ações de Visat, atuando no que foi identificado como questões mais relacionadas ao movimento sindical.

Observamos que há fragilidade das equipes de inspeção em decorrência dessa e outras limitações na sua composição, o que dificulta o equilíbrio de forças no campo das relações saúde e trabalho. Pois a participação dos trabalhadores, enquanto elemento integrante da equipe de inspeção, tem se constituído como uma dificuldade na articulação das equipes intra e intersetoriais, transformando o Cerest numa voz dissonante na busca da valorização da participação dos trabalhadores por meio do movimento sindical organizado, incluindo esse como elemento da equipe de inspeção de Visat.

Para o enfrentamento dessas questões com vistas à valorização das ações protetivas foi apontado à necessidade de utilização de metodologias que usem a mesma lógica que direciona a tomada de decisão, ou seja, trabalhar com linguagens de simples compreensão nos respectivos campos de entendimento, para o capitalista o lucro, para o gestor o cumprimento de metas. Assim para o ramo empregatício deve custar mais caro desobedecer às regras que economizar colocando em risco a qualidade de vida e de trabalho para os trabalhadores. Para o gestor, incluir metas que conduzam a execução de ações de Visat e a melhoria das condições de trabalho. Ao cumprir as metas, consequentemente, alcançar os objetivos da saúde do trabalhador quanto à proteção da saúde.

O reconhecimento do saber empírico dos trabalhadores como fator essencial às ações de Visat é consenso entre os atores, às formas de participação não. Na política nacional a participação do trabalhador como agente da ação é condição imprescindível e inegociável. E é exatamente neste princípio que está o maior ponto de dissenso entre a equipe técnica do Cerest e os demais segmentos, quanto à organização das intervenções conjuntas, comprometendo o desenvolvimento harmônico nas inspeções e investigações com equipes intra e intersetoriais.

O Cerest não se enucleia no papel de articulador, ao contrário dos demais segmentos, reconhece claramente que essa seria sua principal função na rede de saúde, mas contrariando essa visão, assume a execução das ações de Visat na busca de expertise, para no futuro, assumir as responsabilidades inerentes a um centro de referência. Essa expectativa do Cerest é explicitada e interpretada a partir da ideia recorrente e compartilhada de estar no começo,

revelando um compromisso com algo maior que seria assumir esse papel de centro de inteligência em saúde do trabalhador no âmbito de território sob sua competência.

O reconhecimento do trabalho intra e intersetorial como necessário ao melhor desenvolvimento das vigilâncias não tem se revertido em movimentos plenos nos municípios, permanecendo um cenário de fragmentação dos serviços. Nesse sentido, é muito oportuno maior investimento para divulgar a política de saúde do trabalhador e imprimir mais atitude na gestão pública coerente com sua missão, como forma de resgatar o compromisso com a essência do exercício da proteção à saúde, colocando-a, de fato, como prioridade.

APÊNDICES

Apêndice A – Artigo Publicado na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

(Artigo original)

Morbimortalidade relacionada ao trabalho no estado do Amazonas, Brasil, 2000-2011 .

Morbidity and mortality related to work in the Amazonas State, Brazil, 2000-2011

Evangeline Maria Cardoso

Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, Manaus-AM, Brasil

Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus-AM, Brasil

Título resumido: *Morbimortalidade relacionada ao trabalho no Amazonas*

Endereço para correspondência:

Rua 7, nº 4, Conjunto dos Secretários, Bairro Adrianópolis, Manaus-AM, Brasil. CEP: 69057-750

E-mail: evacardoso@yahoo.com.br

* Este manuscrito foi baseado na tese de Doutorado em Saúde Pública de Evangeline Maria Cardoso, apresentada junto à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.

Resumo

Objetivo: descrever a ocorrência e a mortalidade por acidentes de trabalho e avaliar a qualidade dessas informações no estado do Amazonas, Brasil. Método: estudo descritivo, sobre dados do sistema de informações do Anuário Estatístico da Previdência (AEPS), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referentes ao período 2000-2011; calculou-se a ocorrência, a mortalidade, a letalidade e o indicador de anos potenciais de vida perdidos (APVP). Resultado: no AEPS, foram contabilizados 56.365 acidentes, 371 deles fatais, com redução da mortalidade e letalidade no período; o Sinan registrou 1.542 agravos; e o SIM, 567 óbitos relacionados ao trabalho, 70% deles por causas externas, sendo a informação sobre sua relação com o trabalho ignorada; foram estimados 21.291,50 APVP por acidentes de trabalho. Conclusão: observou-se grave fragmentação das informações, subnotificação de registros e baixa adesão dos profissionais à notificação compulsória, dificultando a análise epidemiológica.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Epidemiologia Descritiva; Anos Potenciais de Vida Perdidos; Acidentes de Trabalho.

Abstract

Objectives: To describe the incidence and mortality from accidents at work and assess the quality of information in the state of Amazonas. Methods: A descriptive study, with data for the period 2000-2011, the Information Systems of Social Security (AEPS), Information Systems on Diseases of Compulsory Declaration (Sinan) and Mortality Information System (SIM). We calculated incidence, mortality, lethality, and Indicator Potential Years of Life Lost (APVP). Results: The AEPS 56,365 accidents were recorded, with 371 fatal, with reduced mortality and lethality between 2000 and 2011. The Sinan, recorded 1,542 injuries

and SIM 567 work-related deaths. In SIM, 70% of deaths from external causes, the information about the relationship to work was ignored. 22,888.33 APVP were estimated by accidents. Conclusion: There was a serious fragmentation of information, records and underreporting of poor adherence to the compulsory notification of professionals, making it difficult to epidemiological analysis

Keywords: Occupational Health; Epidemiology, Descriptive; Potential Years of Life Lost; Accidents, Occupational.

Introdução

A Organização das Nações Unidas (ONU) estimou em 317 milhões o número de acidentes de trabalho no mundo e em 321 mil as mortes relacionadas a esse tipo de acidente, para o ano de 2013.¹ O Brasil acompanha essa tendência, com mais de 700 mil casos a cada ano, sujeitando seus trabalhadores aos mais variados riscos nos ambientes e processos de trabalho, cujas consequências são acidentes com lesão, mutilação e mortes.²

A economia do Amazonas foi impulsionada, principalmente, pela exportação da borracha. A concorrência estrangeira, entretanto, gerou uma redução de preços até culminar em um período de estagnação econômica no estado, cuja conclusão encontra-se na implantação da Zona Franca de Manaus e seus três polos econômicos: comercial, agropecuário e industrial.³ O polo industrial, caracterizado como o eixo estruturante da economia do Amazonas, é um dos mais modernos da América Latina com aproximadamente 600 indústrias de alta tecnologia distribuídas em 36.602 unidades locais de produção, onde trabalham 631.706 indivíduos.^{4,5}

Em 2011, o Amazonas foi cenário de 9.593 agravos relacionados ao trabalho, que resultaram em 156 trabalhadores com incapacidade permanente e 41 óbitos. Para o mesmo ano, no Brasil como um todo, foram registrados 730.585 acidentes, gerando 611.576 afastamentos do trabalho, dos quais 14.811 por incapacidade permanente e 2.884 por morte.⁶

Ainda em 2011, os custos sociais da previdência no Brasil ultrapassaram R\$ 323 milhões somente em benefícios acidentários, sendo que aproximadamente 13 milhões foram destinados a financiar aposentadorias por invalidez decorrentes de agravos relacionados ao trabalho.⁶

Aos custos previdenciários somam-se os custos do sistema de saúde, cuja rede acolhe e presta serviços de atenção à saúde para expressiva parte dos trabalhadores acidentados, independentemente de sua cobertura por planos de saúde privados.⁷ Acrescentam-se, ainda, os custos às empresas causados pela ausência do trabalhador qualificado e pela perda de produtividade nos dias de afastamento.

É incontestável o impacto dos acidentes de trabalho sobre a sociedade, a economia e o processo de produção de riquezas do país, o sistema de saúde e o previdenciário e, principalmente, sobre os trabalhadores e suas famílias, tanto no aspecto físico como no plano psicológico.⁸ Segundo Santana e colaboradores,⁹ em moeda corrente, o valor correspondente aos custos com acidentes de trabalho pode variar entre 4 e 10% do produto interno bruto (PIB). Todavia, não há como estabelecer valoração à perda da capacidade laboral pelo trabalhador ou à perda do provedor pela família.

Para a mudança e regulação dos processos de trabalho, as diretrizes da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), estabelecidas pelo Ministério da Saúde, determinam, como base para o caráter proponente de suas ações, a realização de análises epidemiológicas que pressupõem conhecimentos sistematizados sobre adoecimento, riscos e vulnerabilidades.¹⁰

Uma vez que se trata de eventos previsíveis e evitáveis, os acidentes de trabalho resultam de ações ineficazes sobre seus determinantes, ou mesmo da omissão das políticas públicas voltadas a sua prevenção.^{11,12} Para categorizar esses agravos e sua prevenção como objetos de máxima prioridade, é preciso dimensionar sua magnitude sob uma perspectiva coletiva e

compreender seu comportamento epidemiológico. Torna-se necessário gerar conhecimentos sobre a realidade que envolvam sua ocorrência, possibilitando prognósticos que indiquem áreas prioritárias de investimento e acompanhamento.¹³

A análise dos dados de morbidade e mortalidade relacionados ao trabalho permite estimar o potencial de gravidade desses eventos e identificar os riscos a que estão submetidos os trabalhadores de um determinado ramo de atividade ou ocupação.¹⁴ Este estudo teve por objetivo analisar os acidentes de trabalho e a morbimortalidade por esses agravos, e avaliar a qualidade dessas informações no estado do Amazonas, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, realizado com dados secundários relativos aos acidentes de trabalho ocorridos no estado do Amazonas no período de 2000 a 2011. Para este último ano, as informações encontram-se disponíveis na maioria das bases.

Como parte de uma pesquisa mais ampla sobre a vigilância a esses agravos, buscou-se sistematizar as informações acerca dos acidentes de trabalho e subsidiar as ações a serem implementadas pelo Comitê de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho da área metropolitana de Manaus, capital do estado. O Comitê, criado no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2013, caracteriza-se como um espaço de articulação, compartilhamento das informações e atuação conjunta na investigação dos acidentes, contribuindo para otimizar recursos e gerar conhecimento para a gestão da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Amazonas.

As fontes consultadas foram os sistemas de informações do Ministério da Previdência Social e do Ministério da Saúde: no primeiro, mais especificamente, a base de dados do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS); e no segundo ministério citado, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ambos frequentemente utilizados em estudos sobre a VISAT.^{12,15,16}

A população do estudo refere-se a aproximadamente 3,5 milhões de habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2010, distribuídos em 62 municípios do estado do Amazonas, localizado na região Norte do país, com uma extensão territorial de 1.559.159,148 km² e densidade demográfica de 2,2 habitantes/km². Manaus-AM concentra 60% da população do Estado e tornou-se a sexta cidade mais rica do país.¹⁷

No Brasil, estudos sobre agravos relacionados ao trabalho, invariavelmente, recorrem ao sistema de informações da Previdência Social como fonte de consulta,^{9,18,19} pois sua natureza securitária, em que o próprio trabalhador tem interesse em informar o agravo que o acometeu para pleitear benefícios previdenciários, aumenta sua capacidade de detecção dos casos.

Publicado no sítio eletrônico do Ministério da Previdência Social a cada ano, o AEPS oferece acesso a sua base de dados, possibilitando a análise dos acidentes de trabalho típicos, de trajeto e fatais que acometeram os trabalhadores contribuintes do regime geral da Previdência Pública. A partir de 2007, a identificação pelo sistema de fortes associações entre determinados agravos e atividades laborais específicas permitiram a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) e o estabelecimento de relação causal entre o trabalho e/ou atividade econômica e o agravo, independentemente da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), documento-base para a concessão de benefícios. Dessa forma, foi possível a concessão de benefícios com base no NTEP, para os casos que passaram a ser registrados no sistema de informações como acidentes de trabalho sem CAT. No entanto, a base de dados não permite estratificar os dados referentes aos acidentes, doença profissional ou doença do trabalho, impossibilitando a utilização dessa fonte de dados para o presente estudo.

O Sinan, desenvolvido no início da década de 1990 com a finalidade de fornecer informações para análise do perfil de morbidade, tem como instrumento de coleta um formulário

específico, para preenchimento com dados epidemiológicos.²⁰ Todavia em 2013, o acesso aos dados registrados no Sinan só é possível por meio de relatórios de saída do próprio sistema. Os dados analisados a partir desse sistema tiveram como base a frequência de agravos de notificação compulsória registrados e o número de municípios e unidades notificantes no Amazonas.

Para análise dos óbitos por acidentes de trabalho, foram utilizados dados do SIM. Foi calculada a frequência dos óbitos por acidentes segundo sua relação com o trabalho e a proporção dos óbitos cuja relação com o trabalho constava como ignorada.

Também foi calculado o indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), utilizado em estudos epidemiológicos e calculado com base na idade esperada para a ocorrência do óbito e na quantidade de anos que se deixaria de viver a partir desse óbito. O indicador de APVP permite dimensionar a carga dos riscos do trabalho sobre a população ao incorporar, em seu cálculo, uma ponderação que se eleva de modo inversamente proporcional à idade da morte.^{20,21}

Essa estimativa foi calculada com base na seguinte fórmula:

$$APVP_i = \sum m_i \times a_i$$

Como m_i , foi considerado o total de óbitos na idade i , cuja relação com o trabalho foi identificada como positiva no SIM. O valor de a_i corresponde à expectativa de vida para a idade i no respectivo ano do óbito, segundo a tábua completa de mortalidade para os sexos masculino e feminino, divulgada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁵ O somatório dessa multiplicação corresponde ao total de anos de vida perdidos para todas as idades, em cada ano do estudo.²¹

Anualmente, o IBGE divulga a tábua completa de mortalidade para o total da população brasileira, referente ao ano anterior. Nas tábuas completas de mortalidade, é divulgada a expectativa de vida para cada idade X . Os cálculos provêm de uma projeção dos níveis de mortalidade com base nas seguintes variáveis: probabilidade de morte entre as idades exatas X e $X+N$; número de sobreviventes à idade X ; número de óbitos ocorridos entre as idades X e $X+N$; número de pessoas-anos vividos entre as idades X e $X+N$; e número de pessoas-anos vividos a partir da idade X .⁵

No cálculo dos indicadores com base no sistema do Ministério da Previdência Social, na incidência dos acidentes típicos e de trajeto e da mortalidade a eles relacionada, tanto no Amazonas como no total do Brasil, o denominador que expressa a população exposta foi considerado como o total de trabalhadores segurados do sistema nacional da previdência, posto que esse sistema não comporta informações sobre trabalhadores não segurados. Também foi calculado o coeficiente de letalidade para o Amazonas e o conjunto do Brasil.

O projeto do estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 07427812.3.0000.5240 – Parecer nº 141.067 (emitido em 17 de novembro de 2012).

Resultados

Entre 2000 e 2011, o sistema previdenciário registrou 56.365 acidentes no Amazonas, sendo 48.593 típicos, 7.401 de trajeto e 371 fatais. A incidência dos acidentes típicos apresentou um valor mínimo de incidência de 7,6/1000 trabalhadores contribuintes em 2001, e um valor máximo de incidência em 2008: 10,7/1000. Porém, ao longo da década estudada, essa incidência manteve-se nos mesmos patamares, com pequena variação no período. Já para os acidentes de trajeto, observou-se crescimento discreto (Tabela 1).

A mortalidade teve um comportamento instável no Amazonas, algumas vezes acima e outras abaixo da média nacional, embora tenha-se observado uma redução à metade, de 1,1 para 0,6 óbitos por 1000 trabalhadores entre 2000 e 2011. O coeficiente de letalidade também se

reduziu de maneira gradativa, ao longo do período, ainda que mais acentuado quando comparado ao da mortalidade. Ou seja, a mortalidade e a letalidade seguiram o comportamento de redução observado em nível nacional (Figura 1).

Os dados do Sinan sobre agravos relacionados ao trabalho demonstraram que no Amazonas, entre 2007 e 2011, houve crescimento do número de registros por agravo notificado, por município e por unidade notificadora.

O ano de 2007 foi o primeiro com informações de notificação compulsória em saúde do trabalhador. Em 2011, os dados apresentados foram oito vezes maiores, constatando-se que, em média, o número de notificações dobrou a cada ano. Em 2011, foram registrados 1.542 agravos relacionados ao trabalho; destes, 927 representaram acidentes graves, eventos com maior número de notificações desde 2009 (Tabela 2).

No SIM, foram registrados 20.423 óbitos por causas externas no Amazonas, sendo 567 relacionados ao trabalho e 14.305 ignorados. Ou seja, 70% dos óbitos por causas externas tinham a relação com o trabalho ignorada. Os APVP, calculados com base apenas nos óbitos cuja relação com o trabalho estava confirmada no SIM, apontaram 2.170 anos potenciais de vida perdidos em 2011 e 21.291 APVP na década dos anos 2000 (Tabela 3).

Discussão

No estado do Amazonas, a partir dos dados disponíveis no banco do AEPS para o período de 2000 a 2011, observa-se redução na mortalidade e na letalidade por acidentes de trabalho fatais. De acordo com o SIM, na maioria dos óbitos por causas externas, a informação sobre a relação com o trabalho era ignorada. Foram estimados 22.888,33 APVP por acidentes de trabalho. Uma grave fragmentação das informações, a subnotificação de registros e a baixa adesão dos profissionais à notificação compulsória dificultaram a análise dos dados disponíveis.

O crescimento do emprego formal no estado do Amazonas¹⁵ teve por consequência o aumento do número de contribuintes para o regime geral da Previdência, denominador do cálculo da incidência que, no caso do AEPS, corresponde à população exposta. Não obstante, ao substituir o denominador desse contingente de contribuintes pela população economicamente ativa, verificasse um crescimento da incidência: enquanto o número de acidentes aumentou 2,95 vezes entre 2000 e 2011, o crescimento da população economicamente ativa foi de 1,67 vezes, passando de 870 mil para 1.455 mil pessoas (valores aproximados). Essa comparação evidencia, de fato, um crescimento da incidência dos acidentes entre os trabalhadores.

Até 2005, a incidência de acidentes típicos manteve-se abaixo da média brasileira. A partir de 2006, essas taxas foram superiores à média do conjunto do país, ou seja, enquanto se observou redução no nível nacional, no estado do Amazonas, no final da década de 2000, houve um crescimento e retorno da incidência desses acidentes a patamares anteriores. A incidência dos acidentes de trajeto apresentou aumento proporcional em nível nacional e estadual, com o Amazonas mantendo proporções abaixo da média nacional durante o período analisado.

Estudo referente ao período de 1980 a 1994 apresentou uma tendência de crescimento da letalidade para todas as macrorregiões do Brasil.²² O presente estudo, focado no período de 2000 a 2011, contrariamente, observou redução dessa letalidade.

Pesquisas anteriores relacionaram a redução proporcional dos acidentes de trabalho à sonegação da notificação por parte das empresas,^{12,22} enfatizando que outros fatores devem ter influenciado essa tendência. A economia do país e os padrões de emprego transformaram-se substancialmente, com deslocamento da força de trabalho do setor secundário para o terciário, contribuindo para a conformação desse cenário.^{11,22} Esse fenômeno também foi observado no Amazonas, principalmente no comércio e na construção civil, setores com crescimento em

ritmo acelerado face à dinamicidade imposta pelo Polo Industrial de Manaus (PIM) e a um crescimento urbano desordenado.⁴

Os dados analisados apontam um aumento significativo da quantidade de notificações no Sinan. A partir dessa constatação, depreende-se que houve investimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador do Amazonas no sentido de melhorar a detecção dos casos pela rede de atenção. Apesar da perspectiva otimista, ainda é notável a falta de adesão das unidades de saúde à notificação: de 1.901 unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas 86 procederam algum registro no Sinan, percentual em torno de 4,5% do total.

O investimento em capacitações não conseguiu reverter o discreto número de unidades notificantes, indicando a possibilidade de desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre os agravos de notificação compulsória, situação verificada em outras regiões do país.²³

Quanto aos municípios, 33 – ou 51,6% de um total de 62 – notificaram ao Sinan algum agravo relacionado ao trabalho. Evidentemente, se esse percentual é maior que o percentual de unidades notificadoras, não se pode considerar um bom desempenho, uma vez que o Pacto de Gestão Estadual havia estabelecido, como meta, 75% de municípios notificantes desses eventos.

A inclusão da notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho como um indicador de avaliação do Pacto de Gestão revelou-se uma medida acertada do Ministério da Saúde para despertar, nos atores envolvidos, o interesse em melhorar esse indicador e, consequentemente, reduzir a subnotificação. Segundo Chagas, Salim e Servo,¹⁶ a pactuação entre as três esferas de governo contribuiu para o incremento no número de notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Embora o número de acidentes graves notificados no Sinan venha aumentando significativamente, ainda é bastante acanhado frente aos registros do AEPS, que, em 2011, apresentou uma frequência de acidentes 7,16 vezes maior, mesmo que pautada exclusivamente em dados de trabalhadores segurados pelo sistema nacional de seguridade social.

Entre 2007 e 2009, a contribuição das notificações do Amazonas não passou de 4% do total de notificações no Sinan. Enquanto em nível nacional, o número de notificações de acidentes fatais, câncer, perda auditiva ou pneumoconiose relacionados ao trabalho foi proporcionalmente menor em relação aos demais agravos de notificação compulsória,¹⁶ o Amazonas não registrou quaisquer desses eventos até 2011.

Os dados do SIM permitiram constatar uma frequência de óbitos por acidente de trabalho maior que no sistema previdenciário, embora insignificante no universo de trabalhadores que cada sistema representa. O maior problema está relacionado ao alto percentual de declarações de óbito (DO) sem informação, principalmente quanto à identificação da relação do acidente com o trabalho.¹⁶

Enquanto no Amazonas, a incompletude da DO ocorreu em aproximadamente 70% dos óbitos registrados, estudo de Santana, Nobre e Waldvogel²⁴ revelou os seguintes dados: em Belo Horizonte-MG, 98% das declarações de óbito estavam com o campo identificador da relação do óbito com o trabalho em branco; na Bahia, eram 97,3%; e em todo o país, 99,7% das DO ressentiam-se dessa informação. Trata-se de achados capazes de refletir na subestimação das taxas de mortalidade por acidentes de trabalho.

Com base apenas nos óbitos registrados no SIM como relacionados ao trabalho, foi possível calcular uma perda de 22.888 anos de vida ao longo da década analisada. É importante destacar que, devido à subestimação do número de óbitos, esse indicador também se encontra subestimado. Santana e colabs.²¹ calcularam uma perda de 1.380 anos de vida decorrente de

mortalidade relacionada ao trabalho, no estado da Bahia; no mesmo ano, o Amazonas registrou a mesma perda em 1.317 anos.

Embora sugira a possibilidade de um cenário semelhante, a situação do Amazonas, proporcionalmente, caracteriza-se bem mais grave: enquanto a população ocupada pela economia baiana ultrapassa dois milhões e meio, no Amazonas, essa população é de aproximadamente 650 mil.⁵

As causas externas foram a terceira causa de mortalidade geral no período. Na faixa etária dos 10 aos 65 anos, entretanto, elas passam a ser a principal causa de mortalidade, indicando a possibilidade de os acidentes de trabalho contribuírem de forma significativa para essas mortes. A dimensão dessa relação, contudo, não pode ser determinada, haja vista o alto percentual de óbitos por causas externas cuja DO foi preenchida de forma incompleta.

A DO é um documento de caráter jurídico-legal, elaborado e implementado pelo Ministério da Saúde juntamente com um rigoroso sistema de controle da distribuição e recolhimento do respectivo formulário-modelo, do qual uma das cópias é utilizada como fonte de dados para o Sistema de Informações sobre Mortalidade, o SIM. A regularidade da informação é incentivada pelo bloqueio financeiro de recursos de vigilância em saúde, no caso de descontinuidade do lançamento dos dados no sistema, de maneira que o SIM alcança uma cobertura superior a 90% dos óbitos no país.²⁵ Contudo, o alto percentual de declarações com inadequado preenchimento do campo identificador da relação do óbito com o trabalho,^{15,21,26} tanto no que se refere à incompletude quanto à qualidade da informação, é considerável e compromete a consistência do SIM.^{19,26}

Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), para um sistema de informações cuja fonte se baseia no preenchimento de documentos, a informação ignorada – campos em branco e códigos especificados como ‘ignorado’ – caracteriza incompletude. Para tanto, o Cepal adota a seguinte classificação de qualidade da informação: excelente é o nível de informação de um sistema no qual há um máximo de 5% de informações incompletas; bom, quando essa proporção é de 5 a 10%; regular, se ela é de 10 a 20%; ruim, de 20 a 50%; e muito ruim é o sistema com mais de 50% de incompletude em suas informações.²⁷

Na base de dados do SIM, a frequência de óbitos por causas externas cuja relação com trabalho consta como ignorada, contabiliza óbitos nos quais foi de fato registrado o código atribuído à informação ignorada, somados aos óbitos cuja DO não teve esse campo preenchido. Esse excesso de registro ignorado decorre da desconsideração da obrigatoriedade legal do preenchimento correto e completo da DO, fato mencionado em estudos anteriores.^{6,15,18,21,28,29} Assim demonstra-se, não obstante o investimento em tecnologia e qualificação, que o SIM ainda apresenta problemas de confiabilidade e consistência,²¹ dificultando estudos e pesquisas sobre mortalidade no trabalho.

A redução das taxas de acidente de trabalho depende fundamentalmente da identificação desses acidentes como resultantes de fatores relacionados ao trabalho, que os ocasionaram ou contribuíram para sua ocorrência.¹⁴ A identificação dessa relação definirá o agir vigilante, o estudo das causas e a priorização do *locus* de ação, possibilitando maior ou menor efetividade na proteção da vida e da saúde dos trabalhadores.

De forma geral, foi possível constatar a fragmentação das informações sobre adoecimento e morte no trabalho e a subnotificação dos registros, dificultando a construção sistemática e contextual de um panorama sobre a ocorrência desses eventos. Essa dificuldade acarreta outra: a geração de conhecimento capaz de direcionar as ações de vigilância da saúde do trabalhador e, conseqüentemente, melhorar a atuação na proteção da saúde dos trabalhadores e na prevenção de acidentes.

As informações disponibilizadas pelo Ministério da Previdência Social são de fácil acesso. Porém, elas não incluem registros sobre a grande massa de trabalhadores vinculados a

regimes próprios de previdência, como militares, servidores públicos, trabalhadores autônomos e em situação de trabalho informal,^{12,14,18,22,28} fato que se caracteriza como uma limitação quando se pretende analisar o conjunto de agravos relacionados ao trabalho.

Além disso, a dificuldade de agregar dados subjetivos não permite o processamento de informações necessárias a interpretações e análises epidemiológicas, tais como (i) situação geradora, (ii) especificação do local, (iii) agente causador, (iv) diagnóstico provável e (v) descrição da natureza da lesão.^{15,16}

Quanto aos acidentes fatais presentes no Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS –, são detectados exclusivamente os casos em que foram concedidas pensões por morte, acrescidos de alguns que, eventualmente, exigiram a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT –, gerando subnotificação quando o óbito é imediato e não há reclamação por benefícios.

Outra dificuldade está relacionada ao fato de a base de dados *online* disponibilizar apenas o total de óbitos registrados, impedindo análises detalhadas sobre causas, locais de ocorrência, categorias profissionais e outras informações fundamentais para intervenções de alcance preventivo.^{18,28}

A notável subnotificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan – impossibilita qualquer diagnóstico situacional da Vigilância em Saúde do Trabalhador com base nesse sistema. Melhorar sua consistência quanto à detecção dos agravos relacionados ao trabalho deve ser uma prioridade. Embora trate-se de uma determinação legal de notificação compulsória, seu cumprimento tem-se caracterizado como um grande desafio. Segundo Chagas, Salim e Servo,¹⁶ o sub-registro está relacionado à dificuldade de se estabelecer a relação do agravo com o trabalho, assim como ao distanciamento dos serviços de diagnóstico e tratamento das instâncias de vigilância.

Além do grande investimento em capacitações, uma das estratégias do estado do Amazonas para contribuir com a reversão desse quadro foi a universalização da notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho, superando a limitação imposta pela Portaria MS/GN nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Esta portaria ministerial define a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo o território nacional mas, em seu Anexo 3, determina a obrigatoriedade da notificação dos agravos relacionados ao trabalho apenas às unidades da rede sentinela em saúde do trabalhador. Sugere-se uma reavaliação dessa orientação, uma vez que ela contribui – significativamente – para a subnotificação quando restringe o universo da população-origem da informação aos usuários da rede sentinela, excluindo do sistema dados sobre grande parte dos trabalhadores cujo problema de saúde tenha resolutividade em outros níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.

Também seria de fundamental importância melhorar a divulgação e o acesso aos dados do Sinan por meio de tabulações *online*, a exemplo de outros sistemas de informações do Ministério da Saúde.¹⁶ Tal iniciativa estenderia e facilitaria ações tempestivas e oportunas de vigilância, via descentralização da capacidade de identificação e análise dos dados.

As limitações apontadas não descaracterizam a importância essencial desses sistemas de informações. Ao contrário, são dificuldades que tornam evidente o quanto eles são fundamentais, pela capacidade de alertar sobre as situações de maior gravidade em um cenário todavia desconhecido. Os números disponibilizados por sistemas de informações bem administrados têm a capacidade de revelar a dimensão trágica, de invisibilidade e de injustiça social do ambiente de trabalho, traduzida em mortes e traumas perfeitamente evitáveis.^{7,9,30}

São incontestáveis os avanços do setor da Saúde quanto à qualidade de suas informações. Contudo, uma melhor atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador carece de dados mais consistentes a embasar suas ações. Segundo Fachinni e colabs.,¹⁵ a materialização de um sistema de informações mais eficaz sobre a situação de saúde dos trabalhadores depende da

superação de significativos desafios teóricos, instrumentais e operacionais, tanto na produção quanto no gerenciamento e utilização dessas informações.

É fundamental e urgente o envolvimento dos entes federados, gestores, diretores de unidades de saúde e profissionais de saúde de todos os níveis de complexidade, bem como seu reconhecimento da importância de incorporar, em suas atividades de rotina, procedimentos para identificação e registro dos agravos relacionados ao trabalho.

No caso do estado do Amazonas, o Comitê de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho da área metropolitana de Manaus-AM tem, diante de si, o imenso desafio e a incontestável necessidade da investigação dos acidentes como alternativa para reduzir as inconsistências observadas. A superação dessa carência de informação deve ser considerada pelo setor público da Saúde como uma prioridade, para uma aproximação mais acurada do perfil de adoecimento e morte da população, permitindo uma gestão mais eficaz na proteção da saúde dos trabalhadores.

No campo da Vigilância em Saúde, as informações geradas sobre os agravos são o óbvio ponto de partida para a elaboração de planos de ações preventivas. Fatores relacionados à qualidade das informações, os fluxos que as alimentam e os sistemas com que são administradas necessitam de consistência, segurança e acessibilidade.²¹ Estas características são condições indispensáveis para que os sistemas de informações cumpram sua função como fonte de consulta sistemática, análise e conhecimento capazes de subsidiar a tomada de decisão, a proposição e operacionalização de intervenções transformadoras dos processos e ambientes de trabalho, no sentido de uma maior proteção à saúde e melhor qualidade de vida para os trabalhadores do estado do Amazonas e do Brasil.²¹

Agradecimentos

A Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz –, e a Cinthia Vivianne de Carvalho, coordenadora do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – Cerest/AM –, pelo apoio à elaboração e finalização deste artigo. E a Paulo Gomes, técnico do Cerest/AM, pela presteza na disponibilização dos dados utilizados.

Referências

- Organização Internacional do Trabalho. OIT: um trabalhador morre a cada 15 segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. Organização das Nações Unidas no Brasil. [Acessado em 15 jun 2013]. Disponível em <http://www.onu.org.br/>
- Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador Acidente de Trabalho. [Acessado em 14 de jul 2013]. Disponível em <http://www.brasil.br/saude/2012/04/acidentes-de-trabalho>
- Michiles A. O quintal da minha casa. Estudos Avançados. 2005; 19(53):275-93.
- Seráfico J. A Zona Franca de Manaus e o capitalismo no Brasil. Estudos Avançados. 2008; 19(54):99-113.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. [Acessado em 07 set 2013]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php2013e>
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/defaulttab.shtm>
- Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. [Acessado em 07 set 2013]. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>
- Santana VS, Araújo GR, Espírito-Santo JS, Araújo-Filho JB, Iriart J. A utilização de serviços de saúde por acidentados de trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2007; 32(115):135-43.

- Moulin MGB, Minayo-Gomez C. Pedras sobre vidas: vítimas e viúvas na indústria de mármore em Itaoca (ES). *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1361-9.
- Santana VS, Araújo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40(6):1004-12.
- Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS. [Acessado em 06 jul 2013]. Disponível em <http://www.renastonline.org/recursos/diretrizes-implantacaovigilancia-saude-trabalhador-sus>
- Cordeiro R, Vilela RAG, Medeiros MAT, Gonçalves CGO, Bragantini CA, Varolla AJ, et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(5):1574-83.
- Iwamoto HH, Camargo FC, Tavares LC, Miranzi SSC. Acidentes de trabalho fatais e a qualidade das informações de seus registros em Uberaba, em Minas Gerais e no Brasil, 1997 a 2006. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2011; 36(124):208-15.
- Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):817-27.
- Correa PL, Assunção AÁ. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003; 12(4):203-12.
- Facchini LA, Nobre LCdC, Faria NMX, Fassa AG, Thumé E, Tomasi E, et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):857-67.
- Chagas AMR, Salim CA, Servo LMS. Saúde e segurança no trabalho no Brasil: Aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. [Acessado em 5 mar 2013]. Disponível em <http://www.sintepar.com.br/LivroSaudeWeb.pdf>
- Governo do Estado do Amazonas. Criando oportunidades. O Amazonas. Economia. [Acessado em 6 jul 2013] Disponível em <http://www.amazonas.am.gov.br/oamazonas/economia/>
- Lucca SR, Mendes R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. *Revista de Saúde Pública*. 1993; 27(3):168-76.
- Borsoi ICF. Acidente de trabalho, morte e fatalismo. *Psicologia e Sociedade*. 2005; 17(1):21-8.
- Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de Saúde. In: Medronho RA (editor). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2006. p.33-55
- Santana VS, Araújo-Filho JB, Silva M, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A, Nobre LCC. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(11):2643-52.
- Wünsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15(1):41-51
- Souza SPO, Mascarenhas MDM, Silva MCB, Almeida RA. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia de saúde da família no Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil - 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012; 21(3):465-74.
- Santana V, Nobre L, Waldvogel BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):841-55.
- Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante. 3edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 38p. [Acessado em 6 jul 2013] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitooo.pdf

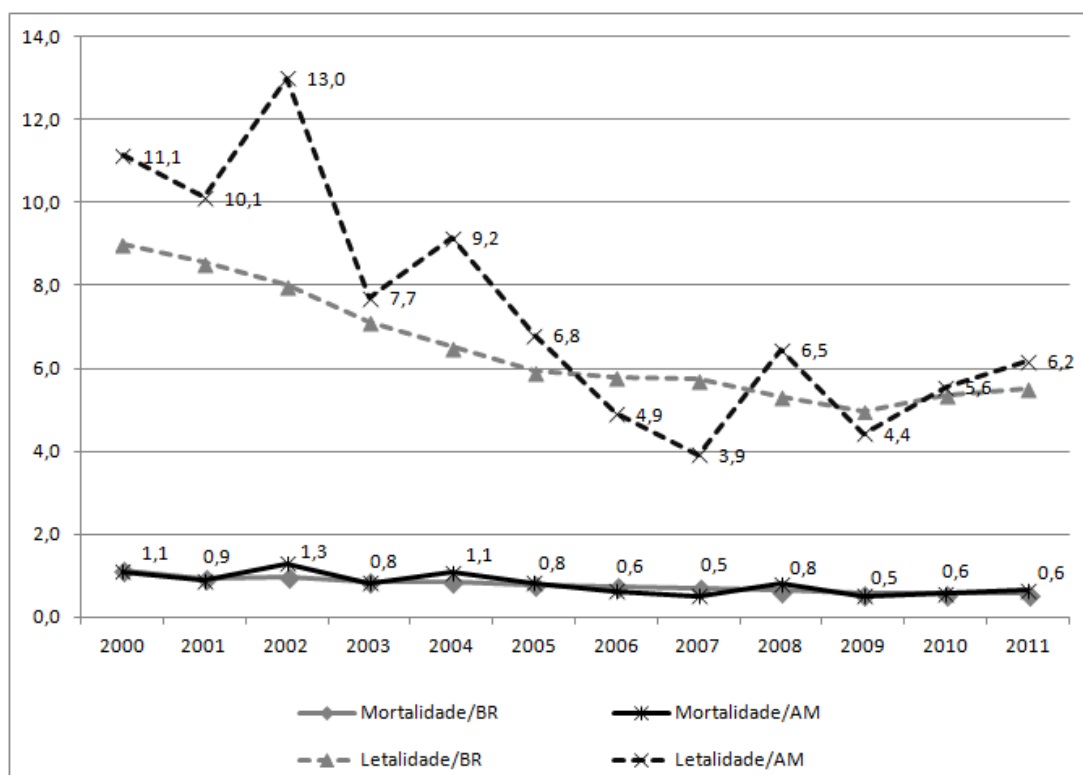
- Waldvogel BC. Vidas roubadas no exercício do trabalho. São Paulo em Perspectiva. 1999; 13(3):126-36.
- Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22(3):673-81.
- Waldvogel BC. A população trabalhadora paulista e os acidentes do trabalho fatais. São Paulo em Perspectiva. 2003; 17(2):42-53.
- Hennington EA, Cordeiro R, Moreira Filho DC. Trabalho, violência e morte em Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos Saúde Pública. 2004; 20(2):610-7.
- Vasconcellos LCF, Oliveira MHB. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam; 2011.

Tabela 1 - Frequência e incidência de acidentes de trabalho típicos, de trajeto e fatais no estado do Amazonas e no conjunto do país. Brasil, 2000 a 2011

Período	AMAZONAS				BRASIL			
	Frequência				Incidência ^a		Incidência ^a	
	Típico	Trajeto	Óbito	Total	Típicos	Trajeto	Típicos	Trajeto
2000	2.001	243	25	2.269	8,8	1,1	11,2	1,4
2001	1.992	281	23	2.296	7,6	1,1	9,5	1,3
2002	2.443	324	36	2.803	8,7	1,2	10,5	1,5
2003	2.714	400	24	3.138	9,2	1,4	10,4	1,6
2004	3.497	437	36	3.970	10,3	1,3	11,3	1,8
2005	4.252	598	33	4.883	10,7	1,5	11,1	1,9
2006	4.732	764	27	5.523	11,0	1,8	10,9	2,0
2007	5.316	806	24	6.146	11,3	1,7	10,4	2,0
2008	5.676	835	42	6.553	10,7	1,6	10,1	2,0
2009	5.323	775	27	6.125	9,9	1,4	9,4	2,0
2010	5.043	900	33	5.976	8,6	1,5	8,6	2,0
2011	5.604	1.038	41	6.683	8,7	1,6	8,2	1,9
TOTAL	48.593	7.401	371	56.365				

a) Cálculo por 1000 trabalhadores contribuintes

Fonte: Ministério da Previdência Social, Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS/MPS) – não inclui os acidentes sem a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)



a) Cálculo por 10 mil trabalhadores segurados

b) Cálculo por 1000 acidentes registrados

Fonte: Ministério da Previdência Social, Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS/MPS)

Figura 1 - Mortalidade^a e letalidade^b dos acidentes de trabalho no estado do Amazonas e no conjunto do país. Brasil, 2000 a 2011

Tabela 2 - Características das notificações de agravos relacionados ao trabalho no estado do Amazonas. Brasil, 2007 a 2011

Características das notificações ao Sinan ^a	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Unidades notificadoras	15	13	42	54	86	—
Municípios notificantes	9	10	22	24	33	—
Agravos notificados	194	185	308	843	1.542	3.072
Acidente com material biológico	160	153	77	109	149	648
Acidente de trabalho grave	11	16	208	529	927	1.691
Intoxicação exógena	23	15	12	166	330	546
Lesão por esforço repetitivo/ Doença osteomuscular relacionada ao trabalho	—	1	9	34	103	147
Transtorno mental	—	—	2	1	25	28
Dermatose	—	—	—	3	5	8
Pneumoconiose	—	—	—	—	2	2
Perda auditiva induzida por ruído	—	—	—	1	1	2

a) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 3 - Frequência de óbitos por causas externas e anos potenciais de vida perdidos por acidente de trabalho no estado do Amazonas. Brasil, 2000 a 2011

Período	Acidente de trabalho			Proporção de informação ignorada	População economicamente ativa	APVP ^a
	Sim	Não	Ignorado			
2000	32	777	543	40,16	870	1.123,20
2001	35	829	391	31,16	810	1.316,88
2002	41	342	966	71,61	840	1.536,61
2003	11	139	1.239	89,20	889	400,24
2004	64	360	1.052	71,27	1.283	2.489,39
2005	55	446	1.016	66,97	1.366	2.019,86
2006	47	232	1.392	83,30	1.370	1.655,60
2007	52	349	1.280	76,15	1.325	1.911,70
2008	64	448	1.436	73,72	1.398	2.346,40
2009	55	405	1.531	76,90	1.495	2.211,77
2010	57	556	1.640	72,47	1.323	2.109,07
2011	54	668	1.819	71,59	1.455	2.170,74
TOTAL	567	5.551	14.305	70,04	—	21.291,50

* APVP: anos potenciais de vida perdidos

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Nota: cálculos com base nas tábuas de vida do IBGE

Apêndice B – Dados geográficos e econômicos segundo os municípios e sub-regiões do Amazonas, Brasil, 2010.

(continua)

Município	área (Km ²)	população (censo 2010)	hab(Km ²)	Distância de Manaus em linha reta (Km)	Distância de Manaus via fluvial (Km)	IDH	PIB (per capta)	PIB a preços correntes (R\$1.000)
Amazonas	1.559.159,1	3.483.985	2,2			0,67	17.173,3	59.779.291,8
1ª Sub-região - Alto Solimões								
Tabatinga	3.224,9	52.272	16,2	1.108	1.563	0,62	4.441,0	232.173,0
Amaturá	4.758,7	9.467	2,0	909	1251	0,56	4.449,3	42.966,0
Atalaia do Norte	76.351,7	15.153	0,2	1138	1623	0,45	4.313,0	65.337,0
Bejamin Constant	8.793,4	33.411	3,8	1121	1575	0,75	4.278,8	142.872,0
São Paulo de Olivença	19.745,9	31.422	1,6	985	1345	0,52	4.130,4	129.803,0
Santo Antônio do Içá	12.307,2	24.481	2,0	880	1195	0,49	4.042,0	98.977,0
Tonanatins	6.432,7	17.079	2,7	865	1164	0,55	4.878,1	83.201,0
2ª Sub-região - Jutai/Juruá/Solimões								
Tefé	23.704,5	61.453	2,6	523	631	0,64	6.024,6	369.906,0
Alvarães	5.911,8	14.088	2,4	531	644	0,53	4.473,5	62.987,0
Japurá	55.791,8	7.326	0,1	744	919	0,52	5.113,5	37.272,0
Fonte Boa	12.110,9	22.817	1,9	678	880	0,53	5.445,7	123.394,0
Jutai	69.551,8	17.992	0,3	751	1001	0,52	4.924,0	88.455,0
Maraã	16.910,4	17.528	1,0	534	796	0,50	4.796,9	83.294,0
Juruá	19.400,7	10.802	0,6	674	994	0,52	4.547,7	49.215,0
Uarini	10.246,2	11.891	1,2	565	687	0,53	8.632,1	102.774,0
3ª Sub-região – Purús								
Lábrea	68.233,8	37.701	0,6	702	1495	0,53	7.458,2	280.236,0
Boca do Acre	21.951,3	30.632	1,4	1028	2322	0,59	5.818,0	173.841,0
Canutama	29.819,7	12.738	0,4	619	1274	0,53	4.785,9	60.910,0
Pauini	41.610,1	18.166	0,4	923	2068	0,50	5.350,7	97.131,0
Tapauá	89.325,2	19.077	0,2	449	769	0,50	5.576,8	106.389,0
4ª Sub-região - Rio Juruá								
Eirunepé	15.011,8	30.665	2,0	1160	2417	0,56	4.317,7	132.407,0
Carauari	25.767,7	25.774	1,0	788	1411	0,55	4.712,6	121.115,0
Envira	7.449,3	16.338	2,2	1208	2621	0,51	5.805,6	94.794,0
Ipixuna	12.044,7	22.254	1,8	1367	2936	0,48	4.362,2	96.837,0
Itamarati	25.275,9	8.038	0,3	985	1930	0,48	6.426,4	52.668,0
Guajará	7.578,9	13.974	1,8	1476	3171	0,53	4.388,4	71.762,0
5ª Sub-região - Rio Madeira								
Manicoré	48.282,7	47.017	1,0	332	616	0,58	7.731,8	363.478,0
Apuí	54.240,0	18.007	0,3	453	772	0,64	8.855,1	159.914,0
Borba	44.251,8	34.961	0,8	151	322	0,56	4.960,9	170.912,0
Humaitá	33.071,8	44.227	1,3	590	965	0,61	5.696,3	251.340,0
Novo Aripuanã	41.187,9	21.451	0,5	227	469	0,55	4.853,8	103.818,0

Apêndice B – Dados geográficos e econômicos segundo os municípios e sub-regiões do Amazonas, Brasil, 2010.

(Continuação)

Município	área (Km ²)	população (censo 2010)	hab(Km ²)	Distância de Manaus em linha reta (Km)	Distância de Manaus via fluvial (Km)	IDH	PIB (per capta)	PIB a preços correntes (R\$1.000)
Sub-região - Alto Rio Negro								
Barcelos	122.476,1	25.718	0,2	399	454	0,50	3.934,8	101.184,0
Santa Isabel do Rio Negro	62.846,4	18.146	0,3	630	737	0,48	4.112,1	74.565,0
São Gabriel da Cachoeira	109.183,4	37.896	0,3	852	1001	0,61	4.722,1	176.134,0
7ª Sub-região - Rio Negro-Solimões								
Manacapuru	7.330,1	85.142	11,6	68	86	0,61	7.330,7	624.168,0
Anamã	2.453,9	10.214	4,2	165	190	0,59	4.968,4	50.643,0
Anorí	5.795,3	16.317	2,8	195	234	0,56	4.488,1	73.107,0
Autazes	7.599,4	32.135	4,2	113	324	0,58	6.254,4	199.365,0
Berurí	17.250,7	15.486	0,9	173	231	0,51	6.800,5	105.408,0
Caapiranga	9.456,6	10.975	1,2	134	170	0,57	5.517,2	60.187,0
Careiro	6.091,6	32.734	5,4	88	168	0,56	4.988,4	162.776,0
Careiro da Várzea	2.631,1	23.930	9,1	25	32	0,57	7.183,9	172.147,0
Coarí	57.921,9	75.965	1,3	363	421	0,59	18.132,6	1.376.424,0
Codajás	18.711,6	23.206	1,2	240	285	0,56	5.673,4	131.163,0
Irاندوبا	2.214,3	40.781	18,4	27	39	0,61	7.955,6	324.071,0
Manaquirí	3.975,8	22.801	5,7	60	79	0,60	5.359,5	1.222.233,0
Manaus	11.401,1	1.802.014	158,1	----	----	0,74	26.961,2	48.598.153,0
Novo Airão	37.771,4	14.723	0,4	115	125	0,57	4.750,3	70.210,0
Rio Preto da Eva	5.813,2	25.719	4,4	57	----	0,61	8.652,5	222.871,0
8ª Sub-- Médio Amazonas								
Itacoatirara	8.892,0	86.839	9,8	176	211	0,64	11.055,2	955.695,0
Itapiranga	4.231,2	8.211	1,9	227	284	0,65	6.661,1	54.621,0
Maués	39.989,9	52.236	1,3	276	698	0,59	5.305,9	275.095,0
Nova Olinda do Norte	5.608,6	30.696	5,5	135	236	0,56	4.922,4	151.419,0
Presidente Figueiredo	25.422,3	27.175	1,1	117	----	0,65	15.808,3	428.738,0
Silves	3.748,8	8.444	2,3	204	381	0,63	7.062,3	59.641,0
Urucurituba	2.906,7	17.838	6,1	208	248	0,59	4.805,4	85.205,0
9ª Sub-região- Baixo Amazonas								
Parintins	5.952,4	102.033	17,1	369	475	0,66	6.617,4	675.415,0
Barreirinha	5.750,6	27.355	4,8	331	552	0,57	4.344,2	118.862,0
Boa Vista dos Ramos	2.586,9	14.979	5,8	271	623	0,57	4.052,9	60.473,0
Nhamundá	14.105,6	18.278	1,3	383	660	0,59	3.952,3	72.239,0
São Sebastião do Uatumã	10.741,1	10.705	1,0	247	329	0,58	4.665,7	49.867,0
Urucará	27.904,3	17.094	0,6	261	344	0,62	6.348,1	108.038,0

Fonte: IBGE

Apêndice C – Quadro de recursos humanos dos Cerest do Amazonas segundo a categoria profissional e qualificação

Profissão	Cerest Manaus	Cerest Tefé	Cerest Estadual	Total	Qualificação
Assistente Social			2	2	1 especialista em saúde do trabalhador 1 mestranda em vigilância em saúde do trabalhador
Engenheira de Segurança do Trabalho	1			1	Mestranda em Engenharia de Produção
Fisioterapeuta	1	1	2	4	2 especialistas as em saúde do trabalhador 1 mestre em Saúde Pública com linha de pesquisa em saúde do trabalhador
Médico do Trabalho	1	1	3	5	4 especialista em medicina do trabalho
Otorrino			1	1	
Socióloga	2			2	1 especialista em saúde do trabalhador 1 especialista em Administração municipal
Enfermeira		1	1	2	enfermeira do trabalho
Psicólogo		1	1	2	1 Doutoranda em meio ambiente com linha de pesquisa em Saúde do trabalhador
Epidemiologista			1	1	Doutoranda em Saúde Pública com linha de pesquisa em saúde do trabalhador
Fonoaudiólogo	1		1	2	Especialista em saúde do trabalhador
Administrador			1	1	Especialista em saúde do trabalhador e epidemiologia
Técnico de Segurança do Trabalho		1		1	Licenciatura plena em História com especialização em gestão pública
Técnica de Enfermagem		1		1	
Assistente em Saúde	1			1	
Estagiários/Bolsista			11	11	8 do Programa de Educação pelo Trabalho – PET/Vigilância em Saúde Pesquisa em saúde do trabalhador
Recepcionista		1		1	
Motorista			1	1	
Auxiliar de serviços gerais		1	2	3	
Total	8	8	27	43	

Apêndice D – Roteiro de Entrevista Individual

- 1 - Você pode falar um pouco sobre o que entende por vigilância em saúde do trabalhador
(qual a ideia que tem sobre...)?
- 2 - Na sua posição de.....como vê a conjuntura atual para o desenvolvimento das ações de VISAT no estado do Amazonas? (anotar os problemas e explorar perguntando o que poderia mudar e como)

EXPLANAR SOBRE O PERFIL DE MORBIMORTALIDADE / 2011

EXPLANAR SOBRE O PERÍO DE MORTIMORTALIDADE / 2011				
EGRAVOS (AEPS)				
	Total de agravos	P/ Dia	Obtos	P/ Mês
BRASIL	711.164	1948	2884	240,33
AMAZONAS	9368	26	41	3,42
SINAN (AmazonaS)				
	Total	Percentual		
Eventos	1542			
Acidentes	927			
Doenças	615			
Óbitos	0 (54 no SIM)			
Municípios	33	53,2		
Unidades	86	4,5		
OBS: 71,59% dos óbitos por causas externas tem a relação com o trabalho ignorada				
Anos de vida de vida perdidos em 2011 - 2227,62 (confirmados)				

- 3 - Mediante esse cenário qual o papel desta instituição quanto a proteção saúde dos trabalhadores?
 - Em que medida esse papel tem se cumprido?
 - Poderia ser diferente?
 - Por que não tem?
- 4 - Qual o papel da Visat num processo de desenvolvimento de ações contínuas e sistematizadas?
- 5 - Qual o papel do Cerest nesse contexto?
 - Poderia ser diferente
 - Por que não faz

- 6 - Como se dá a relação entre o Cerest e as demais vigilâncias (epidemiológica, sanitária e ambiental)?
- 7 - Como a parceria com outras instituições pode contribuir para o desenvolvimento das ações de visat?
- 8 - Atualmente, a organização da rede de atenção à saúde no Amazonas pode ser considerado como um contexto favorável ao desenvolvimento das ações de Visat? (Citar que apenas 5% das unidades aderiram a notificação revelando uma falta de adesão das unidades e profissionais - *O que ou como pode melhorar?*)
- 9 - A política nacional diz que a Visat deve privilegiar a participação dos trabalhadores em todas as etapas de ação? Como você analisa essa diretriz?
- É importante? (O que é importante?)
 - É possível?
 - Como?
 - Tem sido feito?
 - Como a Cist e ou controle social se insere nesse processo?
- 10 - Retomando a questão conjuntural pode fazer uma fala final reafirmando introduzindo novos componentes a partir da conversa que tivemos?

Apêndice E – Roteiro de Entrevista do Grupo Focal

- 1 - Qual é o papel do Cerest na Visat?
- 2 - Cerest dá conta das atividades descritas de forma sistemática? Então vocês conseguem fazer ações sistemáticas?tem um planejamento?tem um cronograma de atividades?
- 3 - Na opinião de vocês existem dificuldades para operacionalização das ações de VISAT no Amazonas?
 - Quais
 - Como enfrentá-las
- 4 - Como se dá a participação dos trabalhadores nas ações de VISAT?
- 5 - Como se dá a articulação intersetorial (vigilâncias) e interinstitucional (outros órgãos)?
- 6 - A rede de atenção à saúde é importante nesse processo de implementação das ações de VISAT? Como se insere as ações nessa rede?
- 7 - Quais os mecanismos utilizados para viabilizar a atenção integral a saúde do trabalhador (modificar o processo de trabalho para proteção da saúde dos trabalhadores e identificação dos agravos)
- 8 - Existe aparato jurídico legal para a consolidação da política de saúde do trabalhador no Estado? Como é usado no dia a dia? Qual a participação do Cerest nessa produção (leis e políticas estaduais)?
- 9 - Quais os avanços na Visat desde a criação do Cerest no Amazonas?

Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Instituto de Pesquisa Leonidas e Maria Deanne



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações que se seguem estão sendo fornecidas para esclarecer quanto a sua participação voluntária na pesquisa: “Análise Situacional da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Estado do Amazonas”, que tem como objetivo descrever e analisar as características e atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT no Estado do Amazonas. Pretende-se investigar o desenvolvimento da VISAT a luz da Política Nacional de Saúde do Trabalhador que propõe o desenvolvimento da atenção integral por meio do fortalecimento da VISAT e sua integração com os demais segmentos que atuam no campo de conhecimento do trabalho e produção.

A trajetória metodológica de cunho qualitativo será desenvolvida por meio de três eixos principais: crítica da literatura legal, política e científica sobre saúde do trabalhador, pesquisa de dados secundários e pesquisa de campo por meio de entrevistas semiestruturadas. Para as entrevistas será feito contato pessoal com gestores, trabalhadores, conselheiros e sindicalistas, para análise das ações desenvolvidas, tais como: programação do trabalho, informações sistematizadas, dados de morbidade e mortalidade, nível de articulação com as instâncias do SUS, demandas dos trabalhadores e suas organizações, resultados obtidos nas ações, dificuldades e necessidades operacionais de apoio técnico, envolvimento do controle social.

A metodologia proposta possibilitará, por meio da história oral e análise documental, resgatar o processo histórico de implantação e implementação da VISAT no Amazonas, viabilizando elaboração de propostas e estratégias para sua implementação e, consequentemente, contribuindo para implementação das ações de proteção à saúde do trabalhador no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador no Estado. Dessa forma, não há desconforto de qualquer natureza para os voluntários e os riscos são mínimos, pois os procedimentos se restringem a realização da entrevista.

Em qualquer etapa do estudo, o voluntário terá acesso a pesquisadora (contato abaixo) para esclarecimentos eventuais. A participação é voluntária e poderá se retirar da pesquisa em qualquer momento que desejar. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a dos demais participantes, portanto não há probabilidade de identificação individual dos mesmos. Também não há despesas pessoais para o participante nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Dessa forma, Eu,,
RG nº, acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li descrevendo o estudo. Compreendi quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos e garantias de confidencialidade. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo pessoal.

Manaus, _____ de _____ de _____

Título: Análise situacional da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Amazonas

Pesquisador: Evangeline Maria Cardoso

Instituição de Origem: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz

Contato: (92)3236-5015 e mail evacardoso@yahoo.com.br

Data: ____/____/____

Pesquisador: _____

ANEXOS

Anexo 1 – População indígena, estimativa da população geral, número de equipes de saúde da família e população coberta segundo os municípios do Amazonas, Brasil.

(Continua)

Municípios	População indígena* (Censo 2010)	Estimativa da população 2013*	Nº Equipes**	Nº Pessoas**	Cobertura populacional**
Brasil	821.501	201.032.714	34.679	114.249.252	56,83
Amazonas	167.122	3.807.921	555	1.728.974	45,40
Alvarães	1.016	15.166	3	10.058	66,32
Amaturá	3.316	10.436	1	4.401	42,17
Anamã	52	11.636	4	7.322	62,93
Anori	421	18.351	6	10.162	55,38
Apuí	71	19.860	4	10.254	51,63
Atalaia do Norte	6.176	17.174	2	5.803	33,79
Autazes	7.348	35.554	13	27.880	78,42
Barcelos	5.238	27.110	1	2.811	10,37
Barreirinha	2.775	29.737	4	11.346	38,15
Benjamin Constant	9.746	37.564	4	16.057	42,75
Beruri*	463	17.332	3	11.250	64,91
Boa Vista do Ramos	43	16.820	2	6.070	36,09
Boca do Acre	917	32.792	6	22.780	69,47
Borba	4.051	38.073	6	21.453	56,35
Caapiranga	----	12.004	5	10.189	84,88
Canutama	120	14.754	4	6.928	46,96
Carauari	317	27.405	3	13.313	48,58
Careiro	288	35.431	7	18.560	52,38
Careiro da Várzea	567	26.722	5	18.220	68,18
Coari	469	81.325	12	43.740	53,78
Codajás	----	25.696	1	4.209	16,38
Eirunepé	879	33.127	8	26.894	81,18
Envira	770	18.051	3	11.250	62,32
Fonte Boa*	884	21.859	4	13.704	62,69
Guajará	13	15.291	4	10.472	68,48
Humaitá	1.820	49.137	8	32.466	66,07
Ipixuna	1.580	25.362	4	8.734	34,44
Iranduba	53	44.503	18	47.636	107,04
Itacoatiara	323	94.278	25	79.227	84,04
Itamarati*	1.028	8.232	2	7.500	91,11
Itapiranga	7	8.774	4	8.986	102,42
Japurá	1.314	6.083	4	5.370	88,28
Juruá	514	12.408	2	7.151	57,63
Jutaí	2.956	17.376	3	6.385	36,75
Lábrea	3.699	41.600	8	28.055	67,44

Fonte: * IBGE **Siab. Competência Julho/2013

Anexo 1 – população indígena, estimativa da população, número de equipes de saúde da família e população coberta segundo os municípios do Amazonas, 2013.

(Continuação)

Municípios	População indígena* (Censo 2010)	Estimativa da população 2013*	Nº Equipes**	Nº Pessoas**	Cobertura populacional**
Manacapuru	340	91.795	20	70.342	76,63
Manaquiri	977	26.530	3	6.578	24,79
Maraã	984	18.310	1	3.740	20,43
Manaus	4.406	1.982.177	180	625.479	31,56
Manicoré	2.888	51.331	8	25.254	49,20
Maués	6.757	57.663	11	39.642	68,75
Nhamundá	754	19.792	5	13.737	69,41
Nova Olinda do Norte	932	33.829	5	15.186	44,89
Novo Airão	967	16.719	3	11.355	67,92
Novo Aripuanã	255	23.486	4	10.880	46,33
Parintins	735	109.225	23	73.047	66,88
Pauini	2.376	19.149	1	3.205	16,74
Presidente Figueiredo	440	30.978	9	24.894	80,36
Rio Preto da Eva	427	28.999	11	17.268	59,55
Santa Isabel do Rio Negro	12.060	20.986	3	5.743	27,37
Santo Antônio do Içá	6.875	24.327	3	6.324	26,00
São Gabriel da Cachoeira	29.157	41.575	7	19.732	47,46
São Paulo de Olivença	15.067	34.963	5	12.596	36,03
São Sebastião do Uatumã	----	12.115	4	7.986	65,92
Silves	52	8.946	4	8.870	99,15
Tabatinga	14.974	58.314	8	27.123	46,51
Tapauá	1.783	18.383	6	16.078	87,46
Tefé	959	62.885	13	43.232	68,75
Tonantins	3.053	18.162	7	18.395	101,28
Uarini	489	12.801	4	11.295	88,24
Urucará	153	17.367	7	12.897	74,26
Urucurituba	18	20.091	7	21.460	106,81

Fonte: * IBGE **Siab. Competência Julho/2013

Anexo 2 – Número de empresas e outras organizações segundo a classificação nacional de atividades econômicas por ano de fundação, Amazonas, Brasil.

Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0)	Ano de fundação														
	Total	Até 1966	67 a 70	71 a 80	81 a 90	91 a 95	96 a 00	01 a 03	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	32554	108	147	973	3559	3447	5969	3915	1326	1593	1631	2002	2350	2751	2783
G Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	16059	62	59	448	1865	1862	2875	1880	665	780	780	926	1158	1333	1366
S Outras atividades de serviços	3189	7	33	143	268	222	786	422	129	174	147	196	137	309	216
C Indústrias de transformação	2383	16	21	92	304	292	444	271	107	114	121	151	154	145	151
N Atividades administrativas e serviços complementares	1857	1	2	35	185	188	283	243	78	90	110	132	171	173	166
I Alojamento e alimentação	1576	2	1	30	197	189	265	171	57	79	98	100	108	134	145
F Construção	1504	1	5	19	147	149	257	174	51	75	77	113	125	159	188
H Transporte, armazenagem e correio	1358	6	3	26	141	104	205	179	72	64	67	90	121	117	163
M Atividades profissionais, científicas e técnicas.	1226	2	1	26	114	120	163	161	45	53	71	90	120	127	133
P Educação	856	1	2	11	65	79	333	88	26	24	30	44	50	48	55
Q Saúde humana e serviços sociais	853	-	5	30	69	90	108	134	28	53	52	71	67	72	74
J Informação e comunicação	442	4	3	9	41	32	76	48	14	23	25	36	37	53	41
R Artes, cultura, esporte e recreação.	314	-	2	16	44	33	39	33	22	25	14	12	29	14	31
O Administração pública, defesa e seguridade social	236	2	2	62	48	31	27	23	3	4	5	2	17	3	7
K Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados.	180	1	2	4	14	17	37	33	8	7	8	12	11	15	11
A Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura.	177	-	-	11	22	21	28	19	7	3	11	13	13	16	13
L Atividades imobiliárias	140	3	2	8	17	10	16	12	5	6	6	6	16	19	14
E Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação.	103	-	3	2	9	5	20	14	6	9	6	6	9	9	5
B Indústrias extrativas	43	-	1	1	9	2	3	7	3	4	2	2	2	4	3
D Eletricidade e gás	19	-	-	-	-	1	3	2	-	5	1	-	5	1	1
U Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	3	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-

FONTE: Tabela 993 Cadastro Geral de Empresas IBGE

Anexo3 – Empresas e outras organizações, pessoal ocupado e pessoal ocupado e assalariado segundo a classificação nacional de atividades econômicas, Amazonas, Brasil.

	Número de empresas e outras organizações (Unidades)					Pessoal ocupado total (Pessoas)					Pessoal ocupado assalariado (Pessoas)				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
G Comércio; reparação de veículos e motocicletas	12644	13020	14118	14862	16059	74174	82086	88893	92555	100776	59915	66054	71708	74547	81442
S Outras atividades de serviços	2570	2631	2737	2750	3189	10266	10478	11243	13206	14932	8251	8705	9159	10940	11376
C Indústrias de transformação	2043	2127	2187	2262	2383	118735	121900	127650	125807	134291	116107	119011	124628	122731	131182
N Atividades administrativas e serviços complementares	1295	1412	1559	1615	1857	28541	31735	32469	44345	52927	26912	29828	30445	42271	50573
I Alojamento e alimentação	1217	1323	1335	1424	1576	11975	14051	14965	16500	16505	10541	12411	13331	14790	14588
F Construção	906	959	1104	1286	1540	16148	20642	24216	25253	26335	14829	19252	22605	23467	24206
H Transporte, armazenagem e correio	856	924	1016	1131	1358	23291	23239	21388	21505	26724	22099	21842	19889	19871	24750
M Atividades profissionais, científicas e técnicas	739	803	951	1041	1226	3779	8200	5743	5478	6058	2733	7019	4386	3995	4303
P Educação	607	727	777	815	856	14114	15458	44699	46946	60640	13570	14839	44048	46314	59954
Q Saúde humana e serviços sociais	626	683	730	782	853	10323	10762	11443	11447	20379	9319	9654	10252	10054	18953
J Informação e comunicação	353	346	350	380	442	3586	4020	3872	4719	5268	3110	3562	3422	4217	4654
R Artes, cultura, esporte e recreação	280	277	276	269	314	1550	1536	1681	1909	1673	1239	1203	1380	1625	1379
O Administração pública, defesa e seguridade social	188	180	204	222	236	140924	146030	160402	164628	116678	140900	146030	160400	164624	116673
K Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	203	197	190	199	180	1139	1365	1024	1219	1234	801	1032	661	836	911
A Agricultura, pecuária, florestal, pesca e aquicultura	149	146	215	217	177	705	830	870	716	1.037	501	621	609	490	805
L Atividades imobiliárias	75	79	86	105	140	482	487	543	671	897	343	345	390	490	650
E Água, esgoto, gestão de resíduos e descontaminação	63	68	86	82	103	2973	3143	3186	3176	3584	2906	3068	3085	3084	3473
B Indústrias extrativas	21	24	30	35	43	60	119	123	946	1.227	35	55	80	905	1164
D Eletricidade e gás	13	15	14	12	19	2109	2394	3646	2543	2581	2083	2376	3622	2532	2560
U Organismos internacionais e instituições extraterritoriais	4	3	3	3	3	11	9	9	9	11	7	7	7	7	7
T Serviços domésticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: Tabela 987 Cadastro Geral de Empresas IBGE

Anexo 4 – Indicadores industriais de empresas incentivadas pela Suframa do Setor Industrial da Zona Franca de Manaus segundo setor produtivo no ano de 2010, Manaus, Amazonas.

(continua)

SETOR	Subsetor	Empresas	Empresas certificadas (ISO)	Mão de obra empregada	Faturamento US\$	% do faturamento do PIB	Principais produtos
Material eletroeletrônico e comunicação		121	54	42684	15,73 bilhões	44.78	Televisores com tela de LCD, Celulares, Compact Disc.
Polo de transporte (duas rodas e naval)		38	17	20456	7,81 bilhões	20.08	Motocicletas, Bicicletas, Motonetas, Esteiras, Peças e componentes, embarcações
Químico farmacêutico		28	8	2053	4,20 bilhões	11.97	Solda em barra, Fluxo para solda, Ceras, Detergentes, Amaciantes, Saneantes, Oxigênio e Hidrogênio, Preparações para elaboração de bebidas e para uso fotográfico
Metalurgia		41	19	6840	2,46 bilhões	7.01	Estrutura de alumínio, Artefatos de ferro e aço, Calhas e telhas metálicas
Materiais plásticos		74	25	10080	2,46 bilhões	7.01	Tubos, sacos, bolsas, garrafas, garrafões, frascos, copos, pratos entre outros.
	Relojoeiro	9	3	1803	506,44 milhões	1.44	
Mecânico	Outras em presas	26	13	8037	2,46 bilhões	7.01	Condicionador de ar, motor para refrigeração etc.
	Total mecânico	35	16	9840	3,96 bilhões	8.45	

Fonte: Suframa

Anexo 4 – Indicadores industriais de empresas incentivadas pela Suframa do Setor Industrial da Zona Franca de Manaus segundo setor produtivo no ano de 2010, Manaus, Amazonas.

(Continuação)

SETOR	Subsetor	Empresas	Empresas certificadas (ISO)	Mão de obra empregada	Faturamento US\$	% do faturamento do PIM	Principais produtos
	Mineral não metálico	5		800	202,21 milhões	0.58	Areia reciclada, Vidro temperado, cimento etc
	Papel e papelão	14	5	2103	185,76 milhões	0.53	Cartas de jogar, embalagens, papel higiênico, toalha e lenço etc
	Produtos alimentícios	3		690	67,58 milhões	1.19	Cereais, Bolachas, Biscoitos, sorvetes, iogurtes, farinha de trigo
	Editoração gráfica	10	3	673	36,58 milhões	0.10	Impressos, catálogos comerciais, capas de cd etc
	Construções	2			67,59 milhões	0.19	Artefatos de cimento, argamassas.
Outros	Mobiliário	5	1	382	35,57 milhões	0.10	Artefatos de espuma, poltronas, colchão, travesseiros, etc
	Madereiro	5		752	17,82 milhões	0.05	Folhas de madeira, madeira compensada etc
	Vestuário	1		580	17,56 milhões	0.05	Confecções em geral
	Têxtil	1		451	12,52 milhões	0.04	Fios, tecido e sacos de juta.
	Derivados da borracha	3	1	9	2,19 milhões	0.01	Peças, cortiça e espuma de borracha.
	Bebidas não alcoólicas	23	6	1694	238,66 milhões	0.68	Refrigerantes, água, preparados para bebida.
	Polo Ótico	1	1	523	152,41 milhões	0.43	Lentes
	Polo Fotográfico	2	2	673	36,58 milhões	0.10	Filme, papel fotográfico, microfilme
Diversos	Polo de Isqueiros, canetas e barbeadores escartáveis	5	4	3379	675,20 milhões	1.92	Caneta esferográfica, lápis, pedra para isqueiro, aparelho de barbear
	outra empresas	5					Lixas, seringas, artigos para festa de natal etc

Fonte: Suframa

Anexo 5 - Estabelecimentos de saúde do Amazonas segundo a tipologia e esfera administrativa

Descrição	Amazonas	Manaus		Esfera Administrativa		
		Número	Percentual de unidades na capital	Federal	Estadual	Municipal
Centro de apoio a saúde da família	2					2
Centro de atenção psicossocial	22	3	13,6		1	21
Centro de parto normal – isolado	1					1
Centro de saúde/unidade básica	463	234	50,5	1	14	448
Clinica/centro de especialidade	26	6	23,1		4	22
Hospital especializado	11	11	100,0		10	1
Hospital geral	66	20	30,3	4	53	9
Laboratório central de saúde pública	4	1	25		1	3
Policlínica	21	21	100,0	1	10	10
Posto de saúde	171	18	10,5	10	1	160
Pronto atendimento	8	8	100,0		8	
Pronto socorro especializado	3	3	100,0		3	
Pronto socorro geral	3	3	100,0		3	
Unidade de apoio diagnóstico e terapia	17	17	100,0		1	16
Unidade de atenção à saúde indígena	41	3	7,3	22		19
Unidade de vigilância em saúde	34	2	5,9		1	33
Unidade mista	5				3	2
Unidade móvel de nível pre-hospitalar	47	46	97,9			47
Unidade móvel fluvial	4	1	25,0			4
Unidade móvel terrestre	8	6	75,0			8
Total	957	497	51,9			

Fonte: Cnes

Anexo 6 - Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador do Amazonas

PROTOCOLO CLÍNICO	UNIDADE SENTINELA
Câncer Relacionado ao Trabalho	Fundação CECON
Acidentes com exposição a material biológico	Fundação HEMOAM
	Fundação Instituto de Medicina Tropical
Dermatoses ocupacionais	Fundação Alfredo da Mata
Lesões por Esforço Repetitivo - LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao trabalho – DORT	Fundação Adriano Jorge
	Policlínica Codajás
	Policlínica Gilberto Mestrinho
	Hospital Universitário Getúlio Vargas
Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR	Policlínica Codajás
	Policlínica Gilberto Mestrinho
	Hospital Universitário Getúlio Vargas
Acidentes de trabalho fatal e acidentes de trabalho com mutilações	Fundação Adriano Jorge
	Hospital Universitário Getúlio Vargas
	Hospital e Pronto Socorro Platão Araújo
	Pronto Socorro João Lúcio
	Pronto Socorro 28 de Agosto
Acidente de trabalho com crianças e adolescentes	Pronto Socorro da Criança Zona Sul
	Pronto Socorro da Criança Zona Leste
	Pronto Socorro da Criança Zona Oeste
Transtorno mental relacionado ao trabalho	Centro Psiquiátrico Silvério Tundis
	Policlínica João dos Santos Braga
	Policlínica Zeno Lanzini
	Policlínica Codajás
	Policlínica Gilberto Mestrinho
	Policlínica Dr. José Lins
Intoxicação exógena	Pronto Socorro João Lúcio
	Pronto Socorro 28 de Agosto
	Hospital e Pronto Socorro Platão Araújo
	Hospital Universitário Getúlio Vargas
Pneumoconiose	Policlínica Cardoso Fontes

Fonte: Portaria GSUSAM nº 538/2013

Referências

- 1 TOCANTINS, L. O Rio Comanda a Vida: Uma interpretação da Amazônia. Rio de Janeiro: Distribuidora Record de Serviços de Imprensa S.A., 1988. 284 p.
- 2 BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: DOU nº 191-A de 5.10.1988.
- 3 _____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília:DOU de 20.9.1990.
- 4 HOLANDA, ABD. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 4a ed. Curitiba: Editora Positivo, 2009. 2272 p.
- 5 ROUQUAYROL, MZ; FILHO, NDA. Epidemiologia e Saúde. 7 ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda, 1994. 527 p.
- 6 GAZE, R.; PEREZ, MDA. Vigilância Epidemiológica. In Epidemiologia; Medronho, RA et al. São Paulo: Exditora Atheneu, 2006. 493 p.
- 7 BRASIL; Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. . Brasília: DOU de 17.6.2003.
- 8 _____.Portaria nº 3.120 de 1ºde julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Brasília: DOU de 02.07.98 1998.
- 9 PINHEIRO, TMM. Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: A vigilância do conflito e o conflito da vigilância. 1996. 189 p. Tese (Doutor em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, 1996.
- 10 BRASIL; Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DOU de 29.06.2011.
- 11 _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU 24.10.2011.
- 12 _____. Presidência da República. Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília: DOU 08.11.2011.

- 13 _____; Ministério da Saúde. Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília DOU 24.08.2012
- 14 _____. Diretrizes para implantação da vigilância em saúde do trabalhador. Disponível em: <http://www.renastonline.org/recursos/diretrizes-implanta%C3%A7%C3%A3o-vigil%C3%A2ncia-sa%C3%BAde-trabalhador-sus>, Acesso em 27.11.2013.
- 15 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php> 2013. Acesso em 14.12.2013.
- 16 BRASIL. Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos – INPE. Clima da Amazonia. Disponível em <http://climanalise.cptec.inpe.br/~rclimanl/boletim/cliesp10a/fish.html>. Acesso em 12 de fevereiro de 2014.
- 17 _____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. Disponível em <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>. Acesso em 14 de fevereiro de 2014.
- 18 SERÁFICO, JÁ. Zona Franca de Manaus e o capitalismo no brasileiro. Estud. av, São Paulo, v. 19, n. 54, p. 99-113, 2005.
- 19 VIANA, AN. O estado do Amazonas no processo de desenvolvimento regional. 2009. 63 p. Monografia (Especialista em Planejamento Governamental e Gestão Pública) – Escola Superior de Ciências Sociais, UEA, Amazonas, 2009.
- 20 MICHILES, A. O quintal da minha casa. Estud. av, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 275-293, 2005.
- 21 MANAUS. Prefeitura Municipal de Manaus. Manaus: Nossa cidade - breve histórico. Disponível em: www.manaus.am.gov.br. Acesso em 25 de nov. 2012.
- 22 RIVAS, AFF; MOTA, JA; MACHADO, J AC. Instrumentos econômicos para a proteção da Amazônia: a experiência do Pólo Industrial de Manaus. 1 ed. Curitiba: Editora CRV, Instituto Piatam, 2009. 208 p.
- 23 SUFRAMA. Modelo Zona Franca - O que é o Projeto ZFM?. Manaus: Disponível em http://www.suframa.gov.br/zfm_o_que_e_o_projeto_zfm.cfm. Acesso em: 17.11.2012.
- 24 FREITAS, MCS. Metamorfoses da Amazônia. Tese de doutorado. 1997. 189 p. Tese (Doutor em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, São Paulo 1997.
- 25 AMAZONAS; Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. Plano de Apoio às Pequenas e Microempresas do Amazonas. Disponível em: <http://www.seplan.am.gov.br/pagina.php?cod=253> Acesso em: 30.08.2012
- 26 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tabela 2 - Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto a preços correntes e participações percentuais relativa e acumulada, segundo os municípios e as

- respectivas Unidades da Federação - 2009. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 11.10.2012.
- 27 AMAZONAS. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. Panorama Sócio Econômico do Amazonas - Oportunidade de Investimento e Negócios. Disponível em: www.seplan.am.gov.br. Acesso em: 14.09.2011.
- 28 _____; _____. Análise da Balança Comercial do Estado do Amazonas Junho/2012. Disponível em: www.seplan.am.gov.br. Acesso em: 14.11.2012.
- 29 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. OIT:um trabalhador morre a cada 15 segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. Disponível em: <http://www.onu.org.br/oit-um-trabalhador-morre-a-cada-15-segundos-por-acidentes-ou-doencas-relacionadas-ao-trabalho/>. Acesso em 12.05.2013
- 30 BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador: Acidentes de trabalho. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-trabalhador/acidentes-de-trabalho>. Acesso em 12.05.2013
- 31 DIAS, EC.; HOEFEL, MDG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.
- 32 LACAZ, FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl.2, p. 7-19, 1997.
- 33 SANTANA, VS; ARAÚJO-FILHO, JB; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, PR et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. Rev. saúde pública, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006.
- 34 LUCCA, SRD; MENDES, R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1979-1989. Rev. saúde pública, v. 27, n. 3, p. 168-176, 1993.
- 35 MACHADO, JMH.; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl.1, p. 74-87, 1994.
- 36 SANTANA, V; NOBRE, L; WALDVOGEL, BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.
- 37 BORSOI, ICF. Acidente de trabalho, morte e fatalismo. Psicol. soc, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 21-28, 2005.
- 38 BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-trabalhador/acidentes-de-trabalho>. Acesso em 12.5.2013
- 39 IWAMOTO, HH; CAMARGO, FC; TAVARES,LC et al. Acidentes de trabalho fatais e a qualidade das informações de seus registros em Uberaba, em Minas Gerais e no Brasil, 1997 a 2006. Rev. bras. saúde ocup, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 208-215, 2011.

- 40 CORREA, PL; ASSUNÇÃO, AÁ. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. *Epidemiol. serv. saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p. 203-212, 2003.
- 41 CHAGAS, AMR; SALIM, CA; SERVO, LMS. Saúde e segurança no trabalho no Brasil: Aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: IPEA, 2011. 396p.
- 42 WALDVOGEL, BCA. População trabalhadora paulista e os acidentes do trabalho fatais. *São Paulo perspect*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 42-53, 2003.
- 43 _____. Vidas roubadas no exercício do trabalho. *São Paulo perspect*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 126-136, 1999.
- 44 FACCHINI, LA; NOBRE, LCC; FARIA, NMX et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.
- 45 LAGUARDIA, J; DOMINGUES, CMA; CARVALHO, C et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiol. serv. saúde*, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-146, 2004.
- 46 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. DOU de 26.01.2011.
- 47 SANTANA, VS; ARAÚJO-FILHO, JB; SILVA, M et al. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2643-2652, 2007.
- 48 BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de óbito: Documento necessário e importante. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Série A 2009. 54 p.
- 49 OLIVEIRA, PAB; MENDES, JM. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. saúde pública*, Rio da Janeiro, v. 13, n. supl.2, p. 73-83, 1997.
- 50 PEPE, CCCA. Estratégias para superar a desinformação: um estudo sobre os acidentes de trabalho fatais no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.
- 51 SANTANA, VS; ARAÚJO, GR; ESPÍRITO-SANTO, JS ET AL. A utilização de serviços de saúde por acidentados de trabalho. *Rev. bras. saúde ocup*, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 135-143, 2007.

- 52 MOULIN, MDGB; MINAYO-GOMEZ, C. Pedras sobre vidas: vítimas e viúvas na indústria de mármore em Itaoca (ES). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1361-1369, 2008.
- 53 CORDEIRO, R; VILELA, RAG; MEDEIROS, MAT et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública*, Riode Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1574-1583, 2005.
- 54 MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.
- 55 LEÃO, LHC; VASCONCELLOS, LCDF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v.20, n. 1, p. 85-100, 2011.
- 56 TEXEIRA, SMF; OLVERNEY, AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007. 204p.
- 57 GRAN BRETANA, M. D. S. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington 1964.
- 58 HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl.2, p. 331-336, 2004.
- 59 LIMA, JDC; RIVERA, FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 323-336, 2010.
- 60 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington 2010.
- 61 LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, 2011.
- 62 SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n. 6 , p. 2753-2762, 2011.
- 63 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- 64 BRASIL. Rede de Atenção à Saúde. Brasília, Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1468. Acesso em 16.08.2013.
- 65 KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

- ⁶⁶ BRASIL; Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DOU de 23.02.2006.
- ⁶⁷ SERRA, CG; RODRIGUES, PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 n. Supl. 3, p. 3579-3586, 2010.
- ⁶⁸ BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 21 de abril de 2013.
- ⁶⁹ _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em saúde: parte 1*. Brasília: Conass, Livro.5, 2011. 320 p.
- ⁷⁰ _____. Assitência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília. Livro 04, 2011. 233p.
- ⁷¹ _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: DOU de 31.12.2010.
- ⁷² MENDES, R.; DIAS, EC. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pulb*, São Paulo, v.25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- ⁷³ LACAZ, FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007
- ⁷⁴ BRASIL. Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DOU de 20.09.2002.
- ⁷⁵ _____. Portaria MS nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Brasília, DOU de 12.11.2009.
- ⁷⁶ CECILIO, LCO; ANDREAZZA, R; CARAPINHEIRO, G et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.
- ⁷⁷ BRASIL. Portaria nº 653 de 19 de setembro de 2006. Habilita os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest para realizar os procedimentos previstos na Portaria GM/MS nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005: Brasília 2006.
- ⁷⁸ _____. Portaria nº 48 de 31 de dezembro de 2007. Habilitar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), para realizar os procedimentos previstos na Portaria nº. 2.437/GM/MS, de 07 de dezembro de 2005: Brasília 2007.
- ⁷⁹ AMAZONAS. Portaria Susam nº 583 de 15 de abril de 2013. Intitui a rede sentinela em saúde do trabalhador no estado do Amazonas 2013.

- 80 MACHADO, JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, 2005.
- 81 VASCONCELLOS, LCF; OLIVEIRA, MHB. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Editora Educam, Rio de Janeiro, 2011. 600 p.
- 82 MINAYO-GOMEZ, CM.; LACAZ, FAC. Os autores respondem. Ciênc. saúde coletiva, v. 10, n. 4, p. 814-815, 2005.
- 83 VASCONCELLOS, LCF. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado. Tese (Doutor em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.
- 84 _____.; Ministério da Saúde. Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2 ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2005. 380 p.
- 85 THIRY-CHERQUES, HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Ver. Adm Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006.
- 86 ARAÚJO, FM; ALVES, EM.; CRUZ, MP. Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu: Revista Perspectiva da Ciência e Tecnologia, v.1, n.1, p. 31-40, 2009.
- 87 BOURDIEU, P. Razões Práticas. Sobre a teoria da ação. 9 ed. Editora Papirus, São Paulo, 2008.40p.
- 88 AUGUSTO, LGS. O pragmatismo e o utilitarismo não resolveram, e agora? Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro:, v. 10, n. 4, p. 808-815, 2005.
- 86 BRASIL; Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120 de 1 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Brasília: D.O.U. 02.07.1998.
- 89 _____.; _____. Portaria nº 3.908 de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DOU 31.10.1998.
- 90 _____.; _____. Portaria GM nº 777 de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília DOU, 29.08.2004.
- 91 _____.; _____. Portaria n 1.125 de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília, DOU de 07.07.2005.
- 92 _____.; _____. Portaria nº 2.437 de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília, DOU de 08.12.2005.

- 93 MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, LCF. Controle Social na Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/Ensp/Fiocruz, 2009. 192 p.
- 94 BRASIL; Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília: DOU de 22.12.2009.
- 95 _____;_____. Portarianoº 1.378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, DOU de 10.07.2013.
- 96 MACHADO, JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl.2, p. 33-45, 1997.
- 97 WUNSCH-FILHO, V; SETTIMI, MM; FERREIRA,CS et al. Sistema de Informação para a Ação: Subsídios para a atuação prática dos programas de saúde dos trabalhadores a nível local. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 136-148, 1993.
- 98 VASCONCELLOS, LCF; MACHADO, JMH. Capítulo II:Vigilância em saúde do Trabalhador. In Minayo-Gomes, C; Vasconcellos, LCF (Org.). Controle Social na Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/Ensp/Fiocruz, 2009. 192p.
- 99 CORREA, MJM.; PINHEIRO, TMM.; MERLO, ÁMC. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013. 388p.
- 100 MACHADO, JMH. Vigilância em Saúde do Trabalhador: Conceitos e Pressupostos. In: COOPMED (Ed.). In Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas. Corrêa MJM, Pinheiro TMM, Merlo ARC. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013. p.388.
- 101 SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. Cad. saúde pública, v. 12, n. 4, p. 489-95, 1996.
- 102 VASCONCELLOS, LCF; ALMEIDA, CVB; GUEDES, DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. Trab. educ. saúde, v. 7, n. 3, p. 445-462, 2009.
- 103 BOURDIEU, P. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A, 1989. 313 p.
- 104 SHIRAISHI NETO, J. O campo jurídico em Pierre Bourdieu: a produção de uma verdade a partir da noção de propriedade privada nos manuais de Direito. Revista Sequência. n. 56, p. 83-100, 2008.
- 105 SANTOS, MA. Uma leitura do campo jurídico em Bourdieu. Águia: Revista Científica da fundação Educacional do Nordeste Mineiro, Teófilo Otoni. Disponível em http://www.fenord.com.br/revistafenord/revista_topicos/Umaleituradocampojuridicopag86.pdf. Acesso em 12.12.2013.

- 106 LACAZ, FAC. Conhecimentos, práticas em trabalho-saúde e as abordagens da medicina social e da medicina do trabalho no Brasil: final do século XIX até os anos 1950-60. Cad. psicol. soc. trab, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 93-103, 2007.
- 107 MINAYO-GOMES, C; MACHADO, JMH; PENA, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 54º p.
- 108 BRASIL;Ministério do trabalho e Emprego. Portaria n 3.214 de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR do Capítulo V, Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativos a segurança e medicina do trabalho. Brasília, DOU de 06.06.1978.
- 109 AMAZONAS;Governo do Estado. Constituição do Estado do Amazonas. Promulgada em 5 de outubro de 1989.
- 110 BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DOU 28.12.1990.
- 111 AMAZONAS. Governo do Estado. Lei Complementar 70, de 03 de dezembro de 2009. Insitui no âmbito do Amazonas o Código de Saúde e dá outras providências.
- 112 OLIVEIRA, MMD. Como fazer pesquisa qualitativa. 3 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010. 232 p.
- 113 SOUZA, HJ. Como se faz uma análise de conjuntura. 3ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1985. 52 p.
- 114 MINAYO, MCS; DESLANDES, SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. 3 reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 380 p.
- 115 GADAMER, HG. Verdade e Método. 3a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- 116 MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento. 12 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 407p.
- 117 AZEVEDO, MAD. Informação e Interpretação: uma leitura teórico-metodológica. Perspectiva em Ciência da Informação, Belo Horizonte, v. 9, n.2, p. 122-133, 2004.
- 118 CARDOSO, MF; SANTOS, ACB; ALLOUFA, JML. Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. XXXVII Encontro da ENPAD, 2013.
- 119 BOMFIM, LA. Grupos Focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.
- 120 GATTI, BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 80 p

- ¹²¹ BARBOUR, R. Grupos Focais. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009. 216 p.
- ¹²² POUPART, J. et al. A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010. 464 p.
- ¹²³ NOBRE, LCC. A política do possível ou a política da utopia? Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 186 – 194, 2013.
- ¹²⁴ COSTA, D; LACAZ, FAC; JACKSON-FILHO, JM et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.
- ¹²⁵ VASCONCELLOS, LCF. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo. v. 38, n. 128, p.179-182 p., 2013.
- ¹²⁶ CHIAVEGATTO, CV.; ALGRANTI, E. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,, São Paulo, v.38, n.127, p. 25-27, 2013.
- ¹²⁷ MINAYO-GÓMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 21-25, 2013.
- ¹²⁸ FIGARO, R. Atividade de comunicação e de trabalho. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 107-146, 2008.
- ¹²⁹ RIBEIRO, FSN. Metodologia Progressiva e Integrada de Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde - Teorias e Práticas. CORREA MJM, PINHEIRO TMM, MERLO ARC. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2013. 395 p.
- ¹³⁰ LACAZ, FAC.; MACHADO, JMH.; PORTO, MFS. Relatório final do projeto estudos da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717150425.pdf>. Acesso em 02.02.2002.