

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas
pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil”***

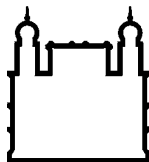
por

Terezinha Reis de Souza Maciel

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez

Rio de Janeiro, maio de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas
pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil”***

apresentada por

Terezinha Reis de Souza Maciel

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Rosangela Gaze

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado

Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez – Orientador

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M152 Maciel, Terezinha Reis de Souza

Análise das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador
realizadas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil. /
Terezinha Reis de Souza Maciel. -- 2014.

xv, 72 f. : tab. ; graf.

Orientador: Minayo Gomez, Carlos

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Vigilância em Saúde do
Trabalhador. 3. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. 4.
Gestão em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11

DEDICATÓRIA

*À minha Mãe e ao meu Pai.
Irmãs, irmãos, sobrinhas e
sobrinhos essa família tão
amada que se faz sempre
presente em todos os
momentos da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo à Deus! Sempre o meu refúgio! O qual a minha fé é absoluta!

Aos meus Pais por terem sido instrumento para a minha existência, pelos ensinamentos de fé, sendo exemplos de dedicação, simplicidade e amor incondicional ao ser humano independente de qualquer coisa.

Ao meu orientador quem me incentivou para superação dos obstáculos e dificuldades já enfrentadas na minha trajetória na Saúde do Trabalhador e para a concretização desta nova etapa.

Aos profissionais da CGSAT que sempre compartilharam comigo seus conhecimentos, saberes e experiências.

Ao Ministério da Saúde por ter me proporcionado esta oportunidade singular de realização desse mestrado que muito vem contribuindo para o meu aperfeiçoamento profissional.

Aos meus colegas e, agora, amigos de Mestrado que juntos dividimos angústias, sofrimentos, alegrias, satisfações e crescimento no decorrer do curso, e que construímos uma pequena rede para o aprofundamento do conhecimento.

Agradeço especialmente àqueles mais próximos que compartilhamos anseios para que juntos pudéssemos a cada momento superar os obstáculos, à Olga Rios, Jader Rosário, Cinthia Viviane, Magna Leite, Gisele Akemi, Manoela Novais e Roque Veiga.

E, principalmente, aos Coordenadores e Técnicos dos CEREST que, com muita boa vontade, se dispuseram a participar e que entenderam a importância da participação para a elaboração deste trabalho.

Assim com respeito e carinho o meu muito obrigada!

***...a importância de GRANDES conquistas só vale à pena quando sabemos ser
PEQUENOS para alcançá-las.***

Terezinha Reis

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar um diagnóstico propositivo da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da Região Centro-Oeste do país acerca do desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, tendo como referência as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Foi realizado levantamento e análise das informações contidas no inventário de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde, nos planos estaduais de saúde e nos relatórios de gestão dos CEREST nos últimos anos. Em seguida, foi desenvolvida pesquisa de cunho qualitativo com equipes e técnicos dos CEREST da Região, através de entrevistas semiestruturadas sob roteiro orientador constituído por vários itens considerados esclarecedores para identificar avanços, dificuldades e necessidades para atuação dos CEREST. Para a interpretação do material dessas entrevistas foi adotada a análise temática. Principais questões analisadas: tipos de programas desenvolvidos; integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; articulação intersetorial; análises realizadas de diversas fontes de informação; participação do controle social na preparação, acompanhamento e avaliação dos impactos das ações de vigilância de processos e ambientes. A análise da situação desses Centros em relação às práticas de vigilância foram categorizadas como: avanços conseguidos, como o aumento do número de notificação dos acidentes de trabalho, ações de vigilância, dificuldades encontradas e diversos tipos de necessidades de apoio, tais como dificuldades organizacionais e manutenção do papel do CEREST na rede. Estes resultados poderão subsidiar a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde no exercício de sua função de assessoria técnica aos CEREST e de coordenador das ações de Saúde do Trabalhador em articulação com os três níveis de gestão do SUS, federal, estadual e municipal.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, Vigilância em Saúde do Trabalhador, RENAST.

ABSTRACT

The aim of this study was to conduct a diagnosis of propositional action of Reference Centres for Occupational Health of the Region Midwest of the country about the development of the Surveillance in Occupational Health, with reference to the guidelines of the National Occupational Health and worker. Survey and analysis of the information contained in the inventory of the health workers of the Ministry of Health, the state health plans and management reports of CEREST in recent years was performed. Then we developed qualitative research with teams and technicians CEREST the Region, semi-structured interviews in guiding roadmap consists of several items considered enlightening to identify progress, difficulties and needs for performance of CEREST. For the interpretation of the material from these interviews was adopted thematic analysis. Key issues examined: types of programs developed; integration with other components of the Health Surveillance and Primary Health Care; intersectoral coordination; analyzes of various sources of information; participation of social control in the preparation, monitoring and evaluation of the impacts of surveillance of processes and environments. The situation analysis of these centers in relation to surveillance practices were categorized as: advances achieved, as the increased number of accidents at work, surveillance activities, difficulties and various types of support needs, such as organizational difficulties and CEREST role of maintaining the network. These results may support the General Coordination of Health Ministry of Health Worker in the exercise of its function to CEREST technical advisory and coordinating the actions of Occupational Health in conjunction with the three tiers of NHS management, federal, state and municipal.

Keywords: Reference Centres for Occupational Health, Occupational Health Surveillance, RENAST.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Percentual dos CEREST/C.O. realizando Inspeção no Local de Trabalho. Pesquisa de Campo, 2013.	36
FIGURA 2:	Percentual do Indutor para as iniciativas de ações de VISAT dos CEREST C.O. Pesquisa de Campo, 2013.	41

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Habilitações dos CEREST.	21
QUADRO 2: Cobertura dos CEREST na Região Centro-Oeste do Brasil.	25

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Percentual dos CEREST realizando Notificação de Agravos Relacionados à Saúde do Trabalhador.....	31
TABELA 2:	Percentual dos CEREST realizando análise de informação para perfil produtivo, dados demográficos, dados de mortalidade e dados de morbidade.....	34
TABELA 3:	Percentual do Indutor para a iniciativa de ações de VISAT CEREST/C.O./2º Inventário, 2010-201.....	39
TABELA 4:	Percentual do Indutor para a iniciativa de ações de VISAT/ CEREST Brasil/2º Inventário, 2010-2011.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

CEREST - Centro(s) de Referência em Saúde do Trabalhador

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CIOPS – Centro Integrado de Operações de Segurança

C.O. – Centro-Oeste

CGSAT – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

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

DSAST – Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

DORT – Distúrbios Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GEST. – Gestor

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MPS – Ministério da Previdência Social

MPT – Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PAS – Plano Estadual de Saúde

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PEA - População Economicamente Ativa

PIB – Produto Interno Bruto

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNST- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PST's – Programas de Saúde do Trabalhador

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SABI - Sistema de Administração dos Benefícios por Incapacidade

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SINAN – Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação

SAIB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUB- Sistema Único de Benefícios

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TÉCN. – Técnico

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPITULO 1. O OBJETO DE ESTUDO	16
1.1. A VISAT na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST.....	20
CAPITULO 2. OS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO CENTRO-OESTE	23
CAPITULO 3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA VISAT EM CEREST DA REGIÃO CENTRO-OESTE	28
3.1. Capacidade dos CEREST para atender as necessidades de saúde dos trabalhadores na sua área de abrangência, levando em conta o perfil produtivo mapeado na região.....	28
3.2. Sistemas de informação utilizados pelos CEREST sobre agravos à saúde dos trabalhadores da região.....	30
3.3. Atuação do CEREST junto aos trabalhadores inseridos nas principais atividades econômicas da Região.....	33
3.4. Processos de vigilância implementados pelo CEREST.....	34
3.5. Fragilidades existentes nos CEREST para atuação na VISAT.....	36
3.6. Níveis de atuação em parceria com a Atenção Básica de Saúde e as demais instâncias de vigilância para desenvolvimento das ações.....	38
3.7. Relações intra e interssetoriais estabelecidas para implementação das ações de VISAT.....	39
3.8. Diversos tipos de apoio necessários para que os técnicos de CEREST desenvolvam ações efetivas de VISAT.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS.....	53

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória de imersão na Saúde Pública começa com a formação acadêmica inicial em Educação Física e em seguida em Fisioterapia, mas já fazendo parte e inserida no campo da Saúde do Trabalhador. Assim o pilar do meu olhar para a saúde do trabalhador foi construído na vivência do cotidiano profissional.

Ao longo dos últimos doze anos atuei na Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em diversas frentes de Gestão de planejamento, com acompanhamento da execução financeira de projetos, convênios e implementação e implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST. Essa experiência acumulada me propicia uma visão da problemática nacional da área de saúde do trabalhador e particularmente do processo de implantação e desenvolvimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast, um grande passo para a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em que a prioridade dessa Política é a implantação de ações de vigilância em saúde em todos os níveis de gestão.

Dessa forma este trabalho trata de ações de vigilância em saúde do trabalhador na RENAST, especificamente nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST na região Centro-Oeste do Brasil. Aprofundando na busca por compreender o trabalho dos CEREST voltados para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT, sendo assim, gerou-me um movimento interior relacionado à minha vivência profissional junto ao cuidado e atenção à saúde no contexto de propiciar com esse trabalho uma melhor atuação no campo da saúde do trabalhador, trazendo-me indagações e estímulos para problematizar as ações desses Centros em relação às práticas de vigilância: os avanços conseguidos, as dificuldades encontradas e os diversos tipos de necessidades de apoio.

O que considerei de mais importante nesta Dissertação foi à oportunidade de me aproximar da realidade e vivência dos CEREST, participar ativamente da fase exploratória com sua dimensão técnica e científica, quando estive presente em suas realidades e quando reuni a documentação necessária para meu estudo. Vale ressaltar

que o levantamento das condições de trabalho por meio do questionário (Anexo 1) foi uma estratégia de sucesso, mobilização e sensibilização dos profissionais dos CEREST na participação da pesquisa.

CAPÍTULO 1

O OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo visou realizar um diagnóstico propositivo da atuação dos CEREST da Região Centro-Oeste, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento das ações planejadas e executadas de Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT. Tem-se por referência as diretrizes definidas para conduzir essas ações na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNST.

A finalidade desse diagnóstico foi identificar o estágio em que se encontram esses Centros na implementação da VISAT, os avanços conseguidos, as dificuldades existentes e os diversos tipos de necessidades de apoio. Os resultados obtidos poderão subsidiar a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador - CGSAT no exercício de sua função de assessoria técnica aos CEREST e de coordenar as ações de Saúde do Trabalhador em articulação com as três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal). Sob essa ótica, poderá adotar os procedimentos e encaminhamentos oportunos a questões próprias de sua esfera de competência, como é a melhoria na implementação das ações da VISAT nos CEREST focalizados neste estudo.

Nesse sentido, cabe mencionar inclusive que entre as prioridades e ações estratégicas do Ministério da Saúde está a ampliação do número de CEREST e municípios desenvolvendo ações de vigilância em saúde do trabalhador para 100% até 2015.

Buscou-se, sobretudo, conhecer em que medida os CEREST habilitados há dez anos na Região têm capacidade para responder às demandas de vigilância e constituírem-se em pólos irradiadores nos seus respectivos territórios que contribuam para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador nas diversas instâncias do SUS.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira, realizou-se um levantamento e uma análise das informações contidas sobre as práticas dos CEREST da

Região Centro-Oeste nos seguintes documentos: 2º Inventário de Saúde do Trabalhador (Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011) e Plano Anual de Saúde/PAS, em particular os Planos Estaduais e Municipais de Saúde e os Relatórios de Gestão produzidos pelo CEREST nos últimos anos. A elaboração do 2º Inventário foi feita por um grupo de trabalho, coordenado pela CGSAT/DSAST/SVS/MS, com o objetivo de acompanhar e subsidiar as ações dos CEREST, enquanto instâncias fundamentais para a implantação da PNST. Para a análise desse Inventário foram utilizadas como parâmetros as principais orientações contidas nas Diretrizes da VISAT (Anexo 2).

Cabe ressaltar que dos documentos propostos para o aprofundamento do estudo não foi possível recebê-los integralmente. Dessa forma optou-se pela análise do 2º Inventário de Saúde do Trabalhador/Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalho 2010-2011.

Sob essa ótica, foram analisadas as seguintes questões: (1) ações programadas por agravo, risco, grupo ou setor produtivo; (2) participação na preparação, acompanhamento e avaliação nas ações de inspeção dos ambientes de trabalho do controle social, dos sindicatos e de outras representações de trabalhadores; (3) integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; (4) articulação intersetorial; (5) análise de informações sobre perfil produtivo da área de abrangência, dados demográficos e epidemiológicos de morbidade e mortalidade; (6) avaliação dos impactos das ações de vigilância de processos e ambientes; (7) análise das notificações no SINAN de acidentes de trabalho graves e fatais; intoxicações exógenas por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados; câncer relacionado ao trabalho; acidentes por exposição à material biológico; dermatoses ocupacionais; transtornos mentais relacionados ao trabalho; lesões por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT); perda auditiva induzida por ruído (PAIR); e pneumoconioses.

A segunda etapa deste estudo consistiu no desenvolvimento de uma pesquisa de cunho qualitativo com equipes e técnicos dos CEREST da Região. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas seguindo um roteiro orientador constituído por vários itens considerados esclarecedores para identificar avanços, dificuldades e necessidades para atuação dos CEREST. Para a interpretação do material coletado

nessas entrevistas foi adotada a análise temática, compreendida como meio para descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença e frequência adquiram significado para o objetivo analítico visado (Minayo, 2010).

Na fase do trabalho de campo, inicialmente foi enviado um questionário com alguns tópicos para avaliação da prática de vigilância. Os contatos com os participantes foram feitos inicialmente por meio de e-mail e ligações telefônicas, a fim de confirmar a participação no estudo. A seleção dos CEREST da Região foi efetuada levando em conta o nível de atuação no âmbito da Vigilância e o fato de ter respondido às questões do 2º Inventário. No entanto, alguns que contribuíram no Inventário não foram incluídos por falta de disponibilidade de tempo ou por não terem preenchido os termos de consentimento. Procurou-se estimular ao máximo a participação dos CEREST, com o intuito de conseguir o maior número de informações para a elaboração do diagnóstico e das propostas para uma melhoria na implementação das ações de vigilância. Para a análise dos dados, empregou-se o programa estatístico do Excel (97-2003) que enseja a construção de ferramentas de apresentação, como tabelas e gráficos.

Os CEREST que participaram da pesquisa foram: os CEREST Estaduais de Goiás/GO, de Mato Grosso/MT e de Mato Grosso do Sul/MS, os CEREST Regionais de Goiânia, da Baixada Cuiabana / MT e de Colider / MT e o CEREST do Distrito Federal/DF.

Para a realização deste estudo partiu-se da compreensão de que a VISAT é um processo contínuo que articula saberes e práticas de controle sanitário num dado território, visando à promoção, à proteção e à assistência à saúde daqueles que trabalham, tendo como objeto de sua ação a investigação e posterior intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde - doença (Machado, 1996).

Entende-se que a implementação das ações da VISAT que vêm sendo desencadeadas por grupos de CEREST situados em várias regiões do país depende de uma série de fatores, como a política de saúde local, a estrutura organizacional, a qualificação dos profissionais, as possibilidades de estabelecer articulações intrainstitucionais e intersetoriais e o envolvimento das organizações de trabalhadores.

A concepção da VISAT está calcada na de Vigilância em Saúde, concebida como uma proposta de rearticulação das práticas sanitárias, que combina tecnologias distintas, inclusive do ponto de vista gerencial. É caracterizada como uma prática que organiza processos de trabalho em saúde, visando intervir sobre os problemas de modo

contínuo, num dado território, mediante operações voltadas aos determinantes clínico-epidemiológicos, sociais e de condições de vida dos grupos populacionais em seus diferentes períodos etários dentro do processo saúde – doença (Monken, 2000). Dessa forma amplia-se a visão mais restrita da vigilância em saúde, entendida como monitoramento de doenças, resultante da conjugação do atendimento clínico e do acompanhamento de populações expostas por meio de indicadores biológicos de exposição e de seus efeitos.

Na Portaria nº 3.120/98 do Ministério da Saúde a abrangência da Vigilância em Saúde do Trabalhador é definida como:

"(...) uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los."

A VISAT tem outro papel importante e essencial para o sistema de informação em Saúde do Trabalhador, para que de uma forma mais ampla e abrangente incorporem, também as informações provenientes dos processos de intervenções sistemáticas de outras instâncias e níveis da vigilância em saúde.

Diante do exposto, considera-se também que as vigilâncias em saúde subdivididas, sob o ponto de vista legal e de atribuições, em Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador, deveriam manter articulações próprias, tanto nos estados como nos municípios, para execução de suas ações da saúde do trabalhador para a melhoria das condições de trabalho e de seus impactos sobre a saúde.

É preciso ter presente que o processo de VISAT não é estanque, mas dinâmico, e requer a incorporação de diferentes formas de conhecimento, com vistas à prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, constitui-se enquanto uma prática interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, que ultrapassa os limites do setor saúde, mas está subordinada aos princípios do SUS, através do uso de instrumentos e métodos da epidemiologia, da higiene do trabalho, da ergonomia e que necessita da participação efetiva dos trabalhadores (Dias, 1994; Machado, 1996).

A VISAT é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da

integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.

1.1. A VISAT na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST

A Portaria Ministerial Nº 1.679, publicada em 20 de setembro de 2002, que instituiu a RENAST vem de encontro aos anseios de gestores públicos, de profissionais de saúde e de diferentes segmentos sociais envolvidos na construção do campo da saúde do trabalhador. Levando em conta a experiência histórica acumulada no âmbito do SUS, em vários estados brasileiros, essa Portaria estabelece as condições materiais e institucionais para a sua efetiva implementação e abre largo caminho para todos que se empenham na construção da atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. Posteriormente, em 2009, com a Portaria nº 2.728 foram acrescentadas novas normatizações para a RENAST, devido à necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS.

Com a criação da RENAST institucionaliza-se a saúde do trabalhador, no âmbito do SUS, em todo país. Parte da concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é constituído por uma rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da saúde do trabalhador. No entanto, muitos problemas para a prestação de uma atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços estão colocados. É o caso da persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas; a indefinição e/ou duplicidade de atribuições, no interior do SUS e entre as instituições governamentais, particularmente com o MTE; a insuficiência de recursos humanos capacitados para abordar as questões de saúde dos trabalhadores e as dificuldades para conseguir uma efetiva participação dos trabalhadores nas ações (Dias, 1994).

A possibilidade concreta e imediata de construir a RENAST impõe o estabelecimento de diretrizes técnicas e protocolos para a investigação dos problemas de saúde priorizados, que deverão ser utilizados em todos os níveis de atenção à saúde do trabalhador. Faz parte de a sua missão articular as ações da rede de atenção básica e de

média e alta complexidade, buscando assegurar a integralidade da atenção, em uma perspectiva de rede hierarquizada e regionalizada, com mecanismos de referência e contra-referência estabelecidos e pactuados com todos os níveis de gestão envolvidos, com o suporte técnico dos CEREST que compõem a rede.

Esses Centros de Referência devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS nele existentes, orientando-os nas suas práticas de atenção aos trabalhadores. Este suporte deve, necessariamente, concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada e, particularmente, em práticas assistenciais especializadas.

O número de Centros de Referência proposto e o seu dimensionamento foram condicionados pelo estágio do processo de regionalização do SUS, pelo contingente populacional em cada território considerado e pela disponibilidade de recursos humanos capacitados. Naquelas regiões onde o processo de regionalização se encontrava em fase incipiente, foi sugerido como critério o contingente populacional exposto aos riscos definidos como de intervenção prioritária. Estabelece-se como condição para habilitação desses serviços a existência e aprovação do Plano de Saúde, a institucionalização do controle social e a composição da equipe mínima de profissionais para cada Centro.

No período de 2002 a 2012, foram implantados em todo o território nacional 210 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Quadro 1).

QUADRO 1 - Habilitações dos CEREST

Crescimento das habilitações dos CEREST										
2002 – 2012										
2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
17	61	106	110	149	160	173	180	190	201	210

Fonte: CGSAT, 2012, elaborado pela Autora, 2012.

As Diretrizes da VISAT são instrumento norteador e orientador, como coloca Machado "A especificidade de seu campo de ação é definida por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas", bem como objetivam identificar o perfil de saúde da população trabalhadora, considerando a análise da situação de saúde.

O norte para a RENAST está dado. A área de saúde do trabalhador é rica em formulações, mas a dificuldade está em que o gestor não se limite a realizar ações de

assistência. Houve uma política expansionista, mas falta orientação clara em cima dos propósitos das ações de vigilância. Observa-se certa resistência a implementar ações de vigilância e há casos em que se chega a afirmar que é função do CEREST desenvolver essas ações. Nasceu uma rede que não parecia ter o intuito de fazer vigilância, como se constata no perfil de boa parte dos técnicos. Por isso, há necessidade de formação qualificada para os profissionais dos CEREST desenvolverem ações que provoquem mudanças nos ambientes e processos de trabalho. Nesse sentido, é preciso trabalhar bem as diversas dimensões do objeto vigilância.

Uma referência fundamental para a VISAT hoje é a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNST, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.823 de 18 de agosto de 2012. Trata-se de uma conquista esperada há muitos anos no campo da Saúde do Trabalhador e que consolida o trabalho em desenvolvimento desde a inserção desse campo como competência do SUS na Constituição Federal de 1988. A Política visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde. Seus objetivos e estratégias incluem: o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde; a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador; a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial; o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Para a execução da pesquisa foram observados os preceitos da ética aplicáveis ao presente estudo, conforme Resolução CNS 196, com submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e aceitação, pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPÍTULO 2

2.1. CONTEXTO DO ESTUDO: OS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO CENTRO-OESTE

A região Centro-Oeste, com uma população total de 14.050.340 habitantes representa 7,7% da PEA no Brasil, segundo dados do IBGE de 2010. A maioria da população ativa é composta por trabalhadores do sexo masculino, com idade entre 30 e 45 anos, concentrando-se em áreas urbanas. Há uma tendência de aumento da participação das mulheres na PEA e de trabalhadores dos ramos de atividade do comércio e serviços. Entre os homens, há uma maior diversidade de inserção, sendo que a maior parte se concentra nos serviços, manufatura e construção civil. Entre as mulheres, com o crescimento econômico dos últimos anos seguindo um modelo desenvolvimentista, tem havido um grande aumento de trabalhadores da construção civil e em atividades não tradicionais.

A região Centro-Oeste tem sua economia baseada no setor agrícola, seguido do extrativismo mineral e vegetal, da indústria, do comércio e da construção civil. O Produto Interno Bruto (PIB) da região é de cerca de R\$ 279 bilhões, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No segmento da agricultura há o cultivo de milho, mandioca, abóbora, feijão e arroz.

No estado de Goiás, a agropecuária é a principal e mais promissora atividade econômica local, principalmente a pecuária na produção da carne bovina. A criação de gado situa Goiás como o terceiro maior rebanho de gado do Brasil. Além da produção de carne, o estado lucra com a de leite, couro, lã e pele. Por outra parte, o solo e a abundância dos recursos naturais da região contribuem para a agricultura na produção de alimentos. Após a implantação de agroindústrias na região, Goiás se tornou um dos principais produtores de tomate, além de ser o estado da região que produz, em grandes quantidades, arroz, café, algodão, feijão, milho, cana-de-açúcar, sorgo, trigo, alho e girassol, entre outros.

Outra característica do estado é ter um solo rico em níquel, calcário, fosfato e manganês, bem como ouro, cianeto, esmeralda, nióbio e outros. Essa variedade de elementos gera outra atividade econômica, não tão forte quanto à agricultura e pecuária, que é o extrativismo mineral e vegetal.

As multinacionais têm tomado o espaço produtivo, significando um grande avanço sob o ponto de vista econômico da região Centro-Oeste/CO.

A base da economia mato-grossense é a agricultura e a pecuária. Na agricultura, a soja é o principal cultivo para exportação. Mato Grosso possui oito municípios entre os dez mais ricos, que aportam 65% das exportações da região Centro-Oeste. No país, é o segundo maior exportador de grãos. O Produto Interno Bruto do Mato Grosso totaliza cerca de 42 bilhões de reais.

No Mato Grosso do Sul, a economia é focada na produção rural, na indústria, no extrativismo, no turismo e na prestação de serviços. A agropecuária é uma atividade forte na região, possuindo um dos maiores rebanhos bovinos do país, sendo que, como a região é coberta pela vegetação do pantanal, a qualidade alimentar do gado é bem superior. Os produtos agrícolas cultivados em terras sul-matogrossenses são: a soja, o açúcar, o cacau, o café, as frutas em geral, o arroz, o milho e a soja, entre outros. Há também a extração de madeira, látex para a fabricação da borracha castanha. Fora dessa extração tem a carne e os produtos industrializados. O Produto Interno Bruto de Mato Grosso do Sul equivale a, aproximadamente, 33 milhões de reais, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Distrito Federal não possui altas taxas de produção agrícola, muito menos de produção pecuária, correspondendo apenas a 8% de toda a economia do DF. De acordo com o IBGE, 91% da economia do Distrito Federal são baseadas no setor de prestação de serviços. O Produto Interno Bruto é de cerca de R\$ 120 bilhões e 40% dos moradores da capital trabalham para o governo no serviço público. A economia se baseia em alguns setores como: o governo, as comunicações, as finanças, o entretenimento, a tecnologia, as indústrias, a construção civil, o processamento de alimentos, a fabricação de móveis e a reciclagem de materiais, entre outros.

Acompanhando os registros dos dados da Confederação Nacional da Indústria do ano 2000, evidenciam-se as desigualdades regionais. A taxa nacional de trabalhadores mortos por acidentes de trabalho por cada cem mil trabalhadores segurados, na região Centro-Oeste é a maior do país, chega a 35,4 (MPS, 2002).

Os dados estatísticos de Acidentes de Trabalho de 2010 divulgados pelo Ministério da Previdência Social indicam, em comparação com os dos anos de 2009 e 2008, uma pequena redução no número de mortes por acidentes de trabalho registrados.

Apesar dessa queda no número dos trabalhadores mortos por acidentes de trabalho, a região Centro Oeste ainda tem o maior percentual, com um total de 27,5% de mortes, sendo 25,2% de homens e 2,3% de mulheres. É um dado que chama a atenção, mais uma vez, para a necessidade de se implementar políticas regionais e setoriais voltadas para o enfrentamento desse problema.

Objetivando atingir a cobertura para a região, quanto ao processo de implantação das ações de vigilância em saúde do trabalhador, iniciaram-se em 2003 as habilitações do CEREST Estadual de Mato Grosso do Sul, do Distrito Federal e dos CEREST Regionais de Dourados e de Goiânia. Porém, a efetivação do funcionamento só ocorreu um ano após as habilitações e, mesmo após quase dez anos, ainda apresentam deficiências na execução das ações de vigilância.

Atualmente a região conta com dezenove CEREST, sendo quatro de abrangência Estadual, dez de abrangência Regional e quatro habilitados no ano de 2012 na área rural, conforme consta no quadro 2.

QUADRO 2 - Cobertura dos CEREST na Região Centro-Oeste do Brasil

	UF	LOCAL	ABRANGÊNCIA	NOMENCLATURA
01	DF	Brasília	E	CEREST Estadual do Distrito Federal
02	DF	Sobradinho	R	CEREST Regional de Sobradinho
03	DF	Santa Maria/Gama	R	CEREST Regional de Sobradinho
04	GO	Goiânia	E	CEREST Estadual de Goiás
05	GO	Goiânia	R	CEREST Regional de Goiânia
06	GO	Anápolis	R	CEREST Regional Pirineus
07	GO	Itumbiara	RR	CEREST Regional Itumbiara
08	GO	Rio Verde	RR	CEREST Rural de Rio Verde
09	GO	Formosa	R	CEREST Regional de Formosa
10	GO	Ceres	R	CEREST Regional Ceres
11	MS	Campo Grande	E	CEREST Estadual do Mato Grosso do Sul
12	MS	Campo Grande	RR	CEREST Regional do Mato Grosso do Sul
13	MS	Corumbá	R	CEREST Regional de Corumbá
14	MS	Dourados	R	CEREST Regional de Dourados
15	MT	Cuiabá	E	CEREST Estadual do Mato Grosso
16	MT	Cuiabá	R	CEREST Regional de Cuiabá
17	MT	Colider	R	CEREST Norte Colider
18	MT	Sinop	RR	CEREST Regional de Sinop

19	MT	Primavera do Leste	RR	CEREST Regional de Primavera do Leste
----	----	--------------------	----	---------------------------------------

Fonte: CGSAT, 2012, elaborado pela Autora, 2012.

O aumento da cobertura de CEREST na região Centro-Oeste entre os anos de 2008-2012 evidencia a evolução no atendimento à demanda de habilitações, atingindo 65,2 % dos trabalhadores da PEA, o que revela avanços significativos, decorrentes de um planejamento das ações da Renast. Entretanto, uma nova habilitação de CEREST não significa que esteja operando em sua capacidade potencial, nem que os serviços estejam sendo oferecidos com equidade a todas as camadas de trabalhadores ou com qualidade e eficiência para toda a população de referência.

A região é a segunda com o menor número de CEREST habilitados, no entanto isso não significa que todos eles estejam em funcionamento pleno e desenvolvendo ações de VISAT, o que foi um dos critérios para a escolha dos CEREST deste estudo. Dada essa limitação, entre outros fatores, só foi possível coletar dados de sete CEREST.

Outra dificuldade encontrada foi com relação aos contatos com os respondentes dos questionários. Foi necessário enviar alguns e-mails várias vezes, assim com realizar repetidos contatos telefônicos, aliado à falta de tempo disponível por coordenadores e equipes para contribuir com a pesquisa. Tendo em vista esses fatores decidiu-se não fazer diferenciação por serem de abrangência estadual ou regional, mas compor uma amostra que permitisse conseguir um panorama da situação da VISAT na região.

De qualquer forma, os que decidiram participar foram extremamente positivos e receptivos. Demonstraram muito interesse em participar e ressaltaram, sobretudo, a grande importância de se aproximar dos CEREST para a construção de um documento propositivo e não meramente de avaliação da RENAST.

Em suma, é necessário destacar a diversidade de atuação do CEREST, o que vem de encontro com a diversidade existente no Brasil, ou seja, mesmo dentro de uma mesma região geográfica encontram-se perfis produtivos diferenciados, o que reforça as dificuldades enfrentadas, cabendo ainda assinalar o grande desafio que é a manutenção do papel do CEREST na Rede, cabendo o papel de aprofundamento e mapeamento das realidades diferentes.

Os Inventários de Saúde do Trabalhador têm como objetivo implantar um processo de avaliação anual e permanente das ações da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador - Renast, para subsidiar gestores e profissionais da

saúde para o planejamento e a gestão, visando à melhoria das condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores do Brasil.

Cabe destacar a importância deste instrumento elaborado para o acompanhamento da atuação e implementação das ações de VISAT na RENAST, especificamente das ações institucionais desenvolvidas pelos CEREST.

Segundo os Inventários da RENAST (2010-2011), os CEREST do Centro-Oeste vinculados à estrutura organizacional da Vigilância em Saúde perfazem 64% do total. Foram utilizados somente cento e noventa mil reais de um montante total de dois milhões oitocentos e oitenta e sete mil seiscentos e setenta e um mil reais dos recursos financeiros destinados às ações de VISAT. Outra informação importante a ressaltar é que somente 35% dos CEREST tiveram a participação dos trabalhadores na discussão da programação anual e 28% nas ações desenvolvidas pelos CEREST. No referente a ações específicas de vigilância, somente 21% da participação dos trabalhadores, apesar de que 50% deles estiveram presentes nas reuniões de planejamento e avaliação das ações dos CEREST.

Quanto às ações de vigilância em ambientes de trabalho somente 35% dos CEREST têm algum tipo de atuação nessa direção, mas nenhum funciona plenamente. Outro dado que chama atenção é não constar nos CEREST nenhuma especificação sobre planejamento de ações de vigilância, assim como o fato de 20% não ter previsto nenhuma dessas ações.

Cabe ainda destacar, conforme consta nos Inventários, as dificuldades organizacionais relatadas pelos gestores e que podem interferir no alcance de uma cobertura efetiva dos trabalhadores, de um patamar de qualidade, e mesmo do simples acesso aos serviços de Saúde do Trabalhador. Além da dificuldade de que em muitos casos a área de cobertura do CEREST regional não é compatível com a capacidade instalada, comprometendo a factibilidade das ações ou mesmo as longas distâncias entre sedes de municípios, ou municípios com grande extensão.

Em outros casos, por abranger vários municípios, que são entes federativos autônomos, negociações e pactuações se tornam complexas e difíceis, limitando o alcance de consensos e comprometendo a qualidade dos serviços. Em geral, os municípios-sede tendem, por sua proximidade ao CEREST, concentrar as ações, o que gera tensões entre os demais, que também se ressentem de necessidades não atendidas.

CAPITULO 3

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA VISAT EM CEREST DA REGIÃO CENTRO-OESTE

Para sua análise e interpretação, os resultados obtidos foram agrupados nas unidades temáticas seguintes: (1) capacidade dos CEREST para atender as necessidades de saúde dos trabalhadores na sua área de abrangência, levando em conta o perfil produtivo mapeado na região; (2) sistemas de informação utilizados pelos CEREST sobre agravos à saúde dos trabalhadores da região; (3) atuação do CEREST junto aos trabalhadores inseridos nas principais atividades econômicas da região; (4) processos de vigilância implementados pelo CEREST; (5) fragilidades existentes nos CEREST para o desempenho do seu papel institucional de atuação na VISAT; (6) níveis de atuação em parceria com a Atenção Básica de Saúde e as demais instâncias de vigilância para desenvolvimento das ações; (7) relações intra e interssetoriais estabelecidas para implementação das ações de VISAT; (8) tipos de apoio necessários para que os técnicos dos CEREST realizar ações efetivas de VISAT.

Não foi possível receber integralmente os relatórios de gestão dos CEREST e os planos anuais estaduais de saúde, de modo a dispor de maior número de elementos para realizar a análise.

3.1. Capacidade dos CEREST para atender as necessidades de saúde dos trabalhadores na sua área de abrangência, levando em conta o perfil produtivo mapeado na região.

Conforme relatado por alguns participantes da pesquisa, existem disparidades na delimitação geográfica do raio de abrangência dos CEREST, o que dificulta conseguir um melhor desenvolvimento de suas atividades:

Ainda temos a necessidade de habilitar mais um CEREST para melhorar a atuação de cobertura e desempenho para nossas ações no CEREST (gest.1).

As questões geográficas como fator limitante são reforçadas quando se referem de forma positiva à habilitação de novos CEREST:

Com a recente habilitação de dois novos CEREST teremos uma melhor atuação de nossas ações, apesar de ainda não estarem funcionando, mas certamente isso irá melhorar muito. (téc.1).

Na discussão da composição da equipe, o seu tamanho é colocado também como uma questão importante a ser abordada, embora existam divergências de opinião. Assim os entrevistados reconhecem a existência de equipes de tamanho reduzido em relação às dimensões do território frente à solicitação e às necessidades de responder às demandas. Entretanto, enfatizam como um problema principal a falta de profissionais com o perfil adequado, assim como o desafio para consegui-los:

Temos uma deficiência de profissionais com perfil para atuarem na nossa área de Saúde do Trabalhador (gest.3).

Nesta perspectiva ficam claras fragilidades elementares existentes, apesar de um longo tempo de habilitação ou funcionamento, conforme relatam sobre a conformação da equipe:

A atuação do CEREST está comprometida por conta da dificuldade da constituição da equipe e com isso temos uma dificuldade de executar nossas ações. (gest.2).

Como também pela precariedade nos contratos dos profissionais:

Ainda temos também as diferentes formas de vínculos empregatícios e ainda acompanhada de uma rotatividade de técnicos na equipe. (téc.3).

E, como coloca um gestor, esse quadro compromete a continuidade do trabalho:

A troca dos membros da equipe acaba causando uma fragilidade e instabilidade. (gest.2).

Esse perfil dos profissionais para atuar nas ações de saúde do trabalhador encontra-se na contramão do que, segundo Rigotto, se espera dos profissionais da área:

É necessário reconhecer que, pelo próprio processo através do qual se constituiu o campo da saúde do trabalhador no SUS, a maioria dos profissionais envolvidos com estas ações têm um perfil diferenciado, envolvendo em sua prática um componente ideológico, que delimita o paradigma da corrente "Saúde do Trabalhador" e que implica num grau mais elevado de compromisso com o trabalho que realizam (Rigotto et al, 2001:145).

Outra limitação apontada diz respeito às precariedades da estrutura física das instalações dos CEREST, que dificultam uma melhor acomodação de suas equipes:

A questão da estrutura física nos fragiliza muito e isso tem repercutido também nas nossas ações diárias. (técn.3).

...ainda temos um dificultador que é com referência a nossa instalação física, como não temos uma sede própria temos que procurar adequar à equipe num espaço desconfortável... (técn.4).

Em relação ao perfil produtivo da área de atuação, foram mencionadas algumas estratégias de ação:

Para trabalharmos melhor e tentar uma atuação foi feito uma divisão em grandes núcleos de perfil produtivo. (gest.1).

De forma mais microrregional, o CEREST está realizando projetos pilotos junto com a Atenção Primária em Saúde para a vigilância nos territórios baseado no perfil produtivo destes locais, como também, projetos voltados para determinada população de trabalhadores... (técn.6).

Essas estratégias vêm explicitar a análise do 2º Inventário para as “ações programadas”, onde se constatarem algumas mudanças significativas com relação a programas existentes por agravo, risco ou setor produtivo. Sobre esses programas, destacou-se que 60% estavam “em funcionamento”, 20% em fase de planejamento e em fase de implantação, sendo que em comparação com os dados das demais regiões do Brasil corresponde a 18% em funcionamento e 9% em planejamento, não apresentando nenhum registro em fase de implantação.

3.2. Sistemas de informação utilizados pelos CEREST sobre agravos à saúde dos trabalhadores da região

O SINAN é a principal fonte de registro de informações sobre agravos relacionados à saúde dos trabalhadores, sendo destacada de forma única em todas as unidades dos CEREST:

A nossa principal ferramenta de informação são as fichas do SINAN. (gest.1).

A nossa principal fonte de informação é os registros das fichas do SINAN. Recebemos as cópias das fichas de todas as redes sentinelas pactuadas em todos os municípios, daí é realizada análise detalhada, que é transferida para uma planilha de acompanhamento e monitoramento aonde investigamos os casos. (gest.2).

...tivemos um avanço no numero de registros de notificações o que foi reflexo da atuação junto a todas as unidades sentinelas, mas ainda temos muito a avançar com a análise desses dados...(gest.2).

Foram mencionados alguns avanços importantes nesse ponto:

Temos conseguido alcançar as metas programadas de aumento do número de notificações dos agravos sendo registrados no SINAN. (técn.4).

Assim cabe ressaltar ser de fundamental importância a ampla compreensão do uso do SINAN como uma das estratégias de universalização do acesso às ações de diagnóstico e de notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, na rede de atenção do SUS, desde a Atenção Primária à Saúde até os dispositivos de referência especializada.

Nas respostas investigadas no 2º Inventário referentes à “Notificação dos Agravos”, constatou-se a existência de uma rede sentinela estruturada e capacitada, com 100% em funcionamento ou em funcionamento pleno, mas apenas quatro agravos estão com 100% de notificação (acidentes fatais e com mutilação, intoxicações exógenas, acidentes com material biológico), seguidos de 80% nas LER/DORT e 70% em acidentes com criança e adolescentes. Nas respostas da pesquisa de campo é observado um aumento para notificação do agravo Pneumoconiose com 20%. (Tabela 1).

Tabela 1: Percentual dos CEREST realizando Notificação de Agravos Relacionados à Saúde do Trabalhador

AGRAVOS	INVENTÁRIO CEREST/C.O.	PESQUISA DE CAMPO CEREST/C.O.	CEREST BRASIL
Acidente de Trabalho Fatal	100%	100%	82%
Acidente de Trabalho com mutilação	100%	100%	78%
Acidente de Trabalho com criança e adolescentes	70%	70%	82%
Exposição à material Biológico	100%	100%	90%
Cânceres	30%	30%	58%
Dermatoses Ocupacionais	70%	70%	65%
Intoxicação exógena	100%	100%	78%
LER	80%	80%	82%
PAIR	30%	30%	72%
Pneumoconiose	20%	40%	62%
Transtorno Mental	20%	20%	40%

Fonte: CGSAT. 2º Inventário 2010-2011. Pesquisa de Campo 2013, elaborada pela Autora.

Cabe lembrar que com relação a essas informações em Saúde do Trabalhador já ocorreram avanços na sensibilização para manutenção de uma rotina de notificação, como as disposições sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de

agravos à saúde do trabalhador em rede específica de serviços sentinela no SUS, por meio das Portarias nº 777 de 28/04/2004 e nº 104 de 25/01/2011.

O Art. 2º da Portaria nº 777/2004 cria a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no § 1º do artigo 1º, desta Portaria, sendo constituída por: I - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest); II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

As unidades sentinela são mapeadas e definidas pelos gestores e técnicos dos municípios, sendo habilitadas por processo de pactuação no respectivo Colegiado de Gestão Regional e na Comissão Intergestores Bipartite/CIB.

Convém ressaltar também que no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde tem se investido na expedição de atos normativos para valorizar o uso do SINAN como instrumento fundamental de registro de informação. Assim, na Portaria nº 1.378 de 09/07/2013 definem-se 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, com o qual se oportunizam novas fontes de recursos orçamentários.

Alguns CEREST adotam estratégias de diversificação das fontes de registro das informações, conforme relatado:

Além do SINAN utilizamos parcerias com o SAMU, para que o CEREST possa mapear e receber os registros com a implantação de um link direto para nós assim podemos também investigar . (gest.1).

Fizemos uma parceria para receber as fichas de registros no SIM, aí faço uma análise procurando se tem casos que possam estar relacionados a acidentes de trabalho. (gest.2).

Essas iniciativas, embora ainda não ocorram de forma geral ou apresentem lacunas na análise das informações - o que certamente dificultará as ações de intervenção – não deixam de contribuir significativamente para as estatísticas nacionais de morbi-mortalidade.

Cabendo ressaltar que ter a informação em saúde não necessariamente leva à ação, porém é o primeiro passo para que Estado e sociedade organizada possam interromper situações que causam danos à população (Vasconcellos e Machado, 2011).

3.3. Atuação do CEREST junto aos trabalhadores inseridos nas principais atividades econômicas da Região

A maioria dos participantes relata dificuldades em manter um fluxo de rotina para a atuação frente às demandas de ação de VISAT, mesmo naqueles CEREST que realizam o mapeamento do perfil econômico como instrumento de diagnóstico para atuação, sendo incipiente ou pontual:

A nossa atuação ainda é grande parte por denúncias dos nossos parceiros em diversos seguimentos (técn.5).

Atualmente as atividades do CEREST têm sido atuar de forma pontual. (gest. 2).

Olha, a nossa atuação ainda ocorre de forma incipiente. (técn.4).

Temos atuado de forma continua, junto aos trabalhadores, por intermédio dos registros dos agravos notificados, denúncias e investigação. (gest.3).

A atuação do CEREST ainda é por denúncias, atualmente tem sido proposto o matriciamento do perfil produtivo, assim teremos uma melhor atuação junto às categorias de trabalho. (técn.3)

Quanto às informações no 2º Inventário a questão da análise da informação, constatou-se que sobre a análise do perfil produtivo da área de abrangência na Região, 40% está “em funcionamento”, sendo o percentual em nível de Brasil de 28% “em funcionamento”.

Para a produção e análise de informação a partir de dados demográficos da área de abrangência encontram-se 40% “em funcionamento”, enquanto o percentual a nível de Brasil foi de 24% .

Os dados epidemiológicos de mortalidade na área de abrangência apresentam “em funcionamento” 40% e no Brasil foi de 31% “em funcionamento”. Os dados de morbidade na área de abrangência correspondem a 40% “em funcionamento” e no Brasil foi de 36% “em funcionamento”.

Atualmente houve um aumento considerável para ações de implantação da análise de produção de informação sobre o perfil produtivo passando de 40% para 60%, manteve-se o percentual de 40% em funcionamento para ações de análise da informação a partir de dados demográficos, e um aumento importante de análise de dados epidemiológicos de mortalidade e morbidade passando de 40% para 60%, o que pode melhorar a análise de nexos do agravo com o acidente.

Tabela 2: Percentual dos CEREST realizando análise de informação para perfil produtivo, dados demográficos, dados de mortalidade e dados de morbidade

ANALISE DA INFORMAÇÃO	INVENTÁRIO CEREST/C.O.		PESQUISA DE CAMPO CEREST/C.O.		CEREST BRASIL	
	IMPL	FUN	IMP	FUN	IMP	FUN
Produção e análise de informação sobre perfil produtivo da área de abrangência	20%	40%	40%	60%	15%	28%
Produção e análise de informação a partir de dados demográficos da área de abrangência	0%	40%	0%	40%	12%	24%
Dados epidemiológicos de mortalidade na área de abrangência	0%	40%	0%	60%	18%	31%
Dados epidemiológicos de morbidade na área de abrangência	0%	40%	0%	60%	14%	36%

Fonte: CGSAT, 2º Inventário 2010-2011. Pesquisa de Campo-2013, elaborada pela Autora.

3.4. Implantação de processos de vigilância implementados pelo CEREST

Na discussão das ações de vigilância dos ambientes de trabalho, foram relatadas dificuldades de atuação em virtude de não possuírem um amparo legal que legitime o seu papel fiscalizador. Por esse motivo, tem que recorrer a algumas estratégias como a contratação de um fiscal na equipe ou a articulação com outros setores de vigilância:

Atualmente temos um fiscal de vigilância sanitária na nossa equipe e assim é possível realizar ações de inspeção em ambientes de trabalho. (gest.1).
Atuamos em conjunto com outras vigilâncias, vigilância sanitária e epidemiológica, para ações de inspeção. (gest.3).

Outra estratégia adotada foi a de estabelecer parcerias para superar as deficiências na construção e fortalecimento das relações de parcerias interinstitucionais, principalmente com fiscais do MTE:

Temos parceria com o fiscais do Ministério do Trabalho nas ações de vigilância, desse jeito ficamos também assegurados. (técn.2).

Foi encontrado apenas um caso em que foi reconhecida a função fiscalizadora do CEREST:

Um avanço importante foi o reenquadramento e a reestruturação do CEREST dentro do organograma do município. Agora com uma divisão de fiscalização...estamos felizes, anteriormente era executado com a atuação dos parceiros como MPT e outras vigilâncias.(gest.3).
Houve uma legitimação dos fiscais, o que tem proporcionado uma melhora de atuação nas ações de inspeção. (técn 3).

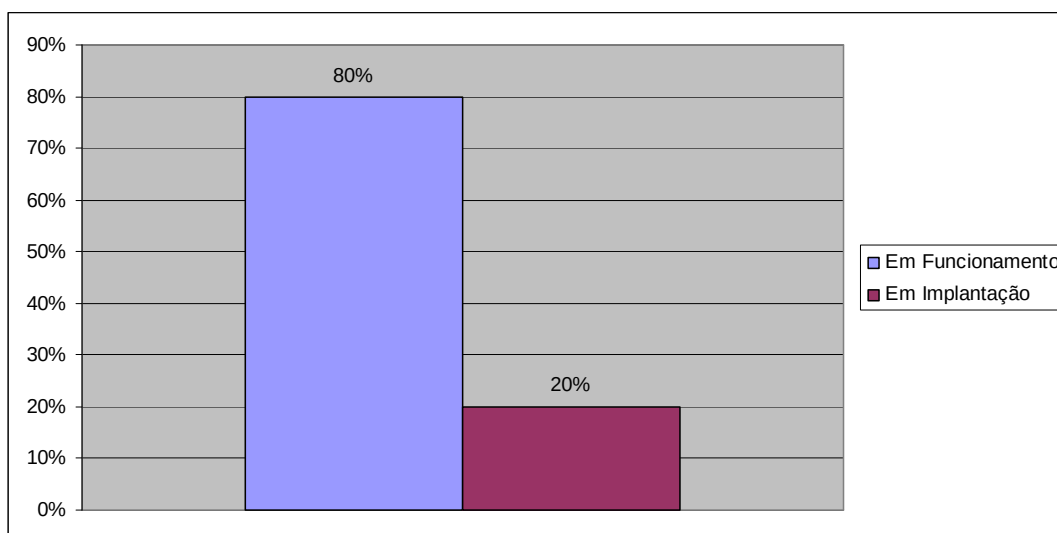
Assim, cabe destacar que o trabalho intersetorial sugere que o conjunto de serviços, organizações e saberes é incompleto e que necessita dos demais. O fundamental é a atuação coletiva, dessa forma a articulação entre os pares está balizada na cooperação e na construção conjunta de ações, situação em que todos podem e devem beneficiar-se dessas iniciativas.

Segundo o Ministério da Saúde,

a intersetorialidade remete também ao conceito/idéia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade (Ministério da Saúde, 2005).

Em consequência, na análise do 2º Inventário sobre “Inspeção no Local de Trabalho” se observa na Região Centro Oeste um índice inferior de inspeções de ambientes de trabalho (40%) ao apresentado para o Brasil que foi de 46%. Recentemente, esses passaram de 40% para 80% na Região, e um aumento de 20% aonde não tinha previsão para em fase de implantação, (Figura 1). Esse aumento devido a novas formatações de suas equipes com a inclusão de um fiscal na equipe e a autorização para fiscalizar. De qualquer forma, conviria diferenciar os termos fiscalização e inspeção no Inventário de Avaliação da RENAST para ter uma noção mais completa das práticas existentes na Rede.

A fiscalização remete à ação da autoridade com poder de polícia e é um ato normativo específico, institucional e público que depende de pessoas com tal credencial. A inspeção, por sua vez, é um ato de intervenção técnica que pode fornecer subsídios para a fiscalização, mas não precisa ser exercida especificamente pelo fiscal (Vasconcellos e Machado, 2011).



Fonte: Pesquisa de Campo 2013, elaborada pela Autora.

FIGURA 1: Percentual dos CEREST/C.O. realizando Inspeção no Local de Trabalho. Pesquisa de Campo 2013.

Na parte do 2º Inventário sobre “Avaliação de qualidade e impacto das ações de inspeção de processos, ambientes ou postos de trabalho”, a região Centro-Oeste não consta estar “em funcionamento”, somente 50% apresentam em “planejamento” e 50% apresentam “em implantação”, enquanto na condição “em funcionamento”, em nível de Brasil, atingiu-se 24%.

Conforme ainda relatado pelos participantes, é incipiente estando em fase de planejamento ou implantação e precisa de aprofundamento a realização de diagnósticos para desenvolver ações de intervenção mais consistentes. Alguns passos nessa direção estão acontecendo:

Para trabalharmos melhor foi planejado projetos para atuar em cada agravo, procurando aprofundar na especificidade da nossa atuação. (gest.1).
 Estamos desenvolvendo três projetos específicos, assim priorizando agravos relacionados aos principais registros coletados. (técn.8).
 Iniciamos este ano projeto para prevenção de intoxicação exógena, assim esperamos criar uma nova conscientização para os trabalhadores...a maioria da população tem resistência pela falta de orientação. (gest.2).

3.5. Fragilidades existentes nos CEREST para atuação na VISAT

Na discussão das fragilidades, foram destacados os recursos orçamentários e as dificuldades de autonomia gerencial para executar esses recursos provenientes da RENAST, dessa forma. Por esse motivo, muitas ações programadas no plano de ação

não foram executadas, o que significa colocar engessados os processos e fluxos de gestão:

Temos dificuldade de autonomia sobre os gastos dos recursos que recebemos do Ministério. (gest.1).

Ainda temos dificuldade de gastar nossos recursos, e com isso muitas vezes não conseguimos executar as nossas ações programadas. (gest.2).

Gastar o nossos recursos muitas vezes tem se tornado impossível. (gest.4).

Quanto ao reconhecimento do papel institucional dos CEREST, alguns depoimentos denotam fragilidades extremas para atuação da VISAT, seja por parte dos técnicos ou pelas constantes mudanças de gestor:

Necessitamos de melhoria da visibilidade das ações e atuação do CEREST, por isso gera a descontinuidade das ações. (gest.4).

Outra coisa que atrapalha o funcionamento é a mudança constante de gestores, o que gera um retrocesso, e até mesmo uma falta de estímulo para a equipe... ainda falta conhecimento dos gestores sobre o papel institucional do CEREST. (gest.1).

A nossa sintonia dentro da nossa instância e até mesmo com o outro CEREST precisa ser melhorada, é que assim que vai ganhar é o trabalhador. (téc.7).

Dentre as demais fragilidades apontadas, está também uma preocupação particular com relação ao desenvolvimento das ações executadas.

Sinto que a maior fragilidade é quando me pergunto: estou agindo de forma correta na atuação das ações de VISAT. (téc.3).

Tivemos muita dificuldade no início da nossa atuação, quando as demandas chegavam, por falta de conhecimento e até mesmo por falta de experiência de como atender as demandas. (téc.7).

Diante disso, poderia reconhecer-se que as dificuldades encontradas são análogas às identificadas em outras ações de Saúde do Trabalhador na RENAST, dados os entraves existentes para a atuação em rede no interior do SUS.

Assim cabe apontar como limitações: a ausência de uma concepção de integralidade; a ênfase desproporcional no assistencialismo; a falta de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; a heterogeneidade da inserção institucional dos Centros de Referência; a falta de reconhecimento de membros dos CEREST em relação a seu papel e, particularmente, a ausência de uma missão estruturante. (Leão e Vasconcellos, 2011).

3.6. Níveis de atuação em parceria com a Atenção Básica de Saúde e as demais instâncias de vigilância para desenvolvimento das ações

No referente às relações intrasetoriais, particularmente em virtude das deficiências que apontam com a Atenção Primária em Saúde e o Programa Saúde da Família, é premente a necessidade de investir no fortalecimento e na integração das ações de saúde do trabalhador nessas instâncias, construindo vínculos permanentes com essa finalidade:

Temos ações incipientes com a APS, com isso temos dificuldade de inserir ações de Saúde do Trabalhador e, ainda, os NASF têm resistência em inserir estas ações. (gest. 2).

Uma dificuldade na parceria com a APS é a troca constantes das equipes dos agentes. (gest. 1).

Temos tido dificuldades de continuidade na parceria com a APS. (gest. 4).

Cabe destacar ainda que os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde tendem a desconsiderar problemas de saúde da população não associados ao modelo baseado na moradia e, por isso, é fundamental a articulação com esses programas, considerando o território como base operacional e de planejamento, incorporando problemas de ordem ambiental ou relacionados às atividades produtivas do território. (Machado e Porto, 2003).

Em alguns relatos se percebe uma relação estreita com a Atenção Primária:

Nossa relação com a APS está fortalecida, mantemos um fluxo constante de troca de informação. Estamos agora buscando aprofundar na questão da parceira para nos ajudar no mapeamento, assim atuaremos melhor. (gest .3).

Cabe destacar as relações mantidas entre o CEREST estadual e os regionais, o que poderia ter-se como parceria intrassetorial e representa um avanço importante para fortalecimento das ações de VISAT:

Mantemos um vínculo mesmo bem próximo com os CEREST regionais, procuramos estar sempre acompanhando as ações programadas e apoiar nas suas execuções, inclusive temos o cuidado de todos os municípios terem recursos para executarem ações voltadas para ST. (gest.2).

3.7. Relações intra e intersetoriais estabelecidas para implementação das ações de VISAT

As relações intersetoriais que parecem mais consolidadas são as mantidas com o Ministério Público do Trabalho. A maior parte dos participantes menciona essa prática, principalmente nas demandas solicitadas por esse Ministério, no encaminhamento das mesmas e nos seus desdobramentos:

A nossa principal parceria tem sido com o Ministério Público do Trabalho. (técn.3).
Muitas de nossas ações são iniciadas a partir de denúncias demandadas por meio do Ministério Público do Trabalho (gest. 2).
A principal parceria que temos é com o Ministério Público do Trabalho e com o Ministério do Trabalho e Emprego (gest. 1).
Com as nossas ações já se propiciou a atuação do Ministério Público do Trabalho em casos de acidentes de trabalho (gest. 3).

Essa parceria é confirmada ao analisar o 2º Inventário, em que 75% das demandas para atuação dos CEREST provêm do Ministério Público, 75% do Serviço Sentinela e do Serviço de Vigilância em Saúde, (Tabela 3), o que difere do que acontece com as realizadas em outras regiões do Brasil, onde o maior percentual é por Ações Programadas, 88%.

Cabe destacar que na análise sobre o funcionamento da rede de Serviço Sentinela apresenta 100% “em funcionamento pleno”, no entanto o fluxo das demandas para atuação dos CEREST que poderia ser maior por essa via corresponde somente a 75% (Tabela 3).

Tabela 3: Percentual do Indutor para a iniciativa de ações de VISAT para os CEREST/C.O. 2º Inventário, 2010-2011.

INDUTOR PARA INICIATIVA DE AÇÕES DE VISAT	%
Mídia	22%
Ações Programadas	22%
SAS	23%
Denúncia	24%
Sindicato	25%
Empresas	25%
Comunidade	50%
Avaliação Nexo Causal	50%
Programas Especiais	50%
Dados de Mortalidade	50%
Dados de Perfil Produtivo	50%
Ministério Público do Trabalho	75%
Serviço Sentinela	75%
SVS	75%

Fonte: CGSAT. 2º Inventário, 2010-2011, elaborada pela Autora.

Assim mantendo a atuação dos CEREST no atendimento às demandas a maioria provém do Ministério Público (80%), Serviço Sentinela (75%) e Serviço de Vigilância em Saúde (75%) (Figura 2), e ainda a diferença do panorama do Brasil que permanece o maior percentual por Ações Programadas 88% (Tabela 4).

Tabela 4: Percentual do Indutor para a Iniciativa de ações de VISAT/ CEREST Brasil/ 2º Inventário, 2010-2011.

INDUTOR PARA INICIATIVA DE AÇÕES DE VISAT	%
Denuncia	47
Comunidade	63
Programas Especiais	63
Dados de Perfil Produtivo	63
Mídia	66
Serviço Sentinela	68
Ministério Público do Trabalho	69
Empresas	72
Dados de Mortalidade	72
Sindicato	73
SAS	74
Avaliação Nexo Causal	74
SVS	86
Ações Programadas	88

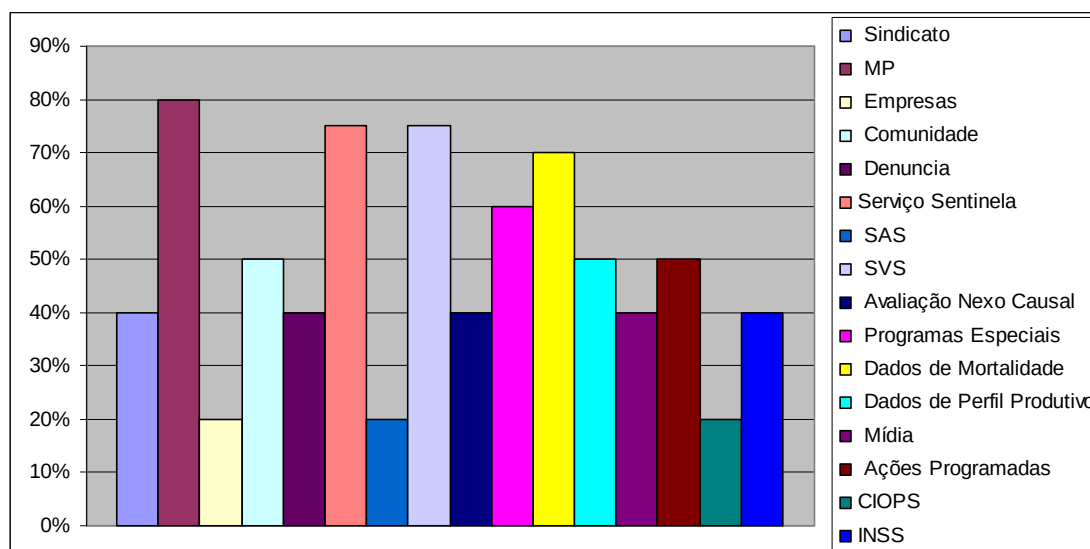
Fonte: CGSAT. 2º Inventário, 2010-2011, elaborada pela Autora.

Essa parceria com o Ministério Público é uma tendência crescente e essa associação interinstitucional tem dado certo em várias experiências e tem potencializado a ação do SUS na área de saúde dos trabalhadores, em territórios nos quais o poder das empresas impede práticas de vigilância (Lacaz, Machado e Porto, 2002).

Alguns dos entrevistados mencionaram também parcerias ou necessidade de estabelecê-las com duas outras instituições: o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS e a Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança – CIOPS. (Figura 4):

Nossa relação com o INSS tem sido uma parceira importante, procuramos aprofundar as relações para as questões de nexos causais. (técn.2).

Uma necessidade que temos é a aproximação com o INSS, isso vai nos fortalecer também para a execução de muitas de nossas ações. (técn.8).



Fonte: Pesquisa de Campo-2013, elaborada pela Autora.

FIGURA 2: Percentual do Indutor para as iniciativas de ações de VISAT dos CEREST C.O. Pesquisa de Campo, 2013.

As relações de parceria com as instituições acadêmicas estão sendo mais constantes, sobretudo na capacitação de equipes da APS:

Com a aproximação com a Universidade temos realizados convênios para capacitações junto a APS, orientando a importância da Saúde do Trabalhador, uma sensibilização que até então não tínhamos. (técn. 2).

Temos realizado parcerias para com enfoque de capacitação multidisciplinar, para capacitar a rede e assim estamos capacitando às equipes da APS. (gest. 3).

Fizemos parceria com a Escola Publica e Universidade para desenvolvermos um plano de educação continuada, o objetivo nosso é criar estas estratégias, sabe. (gest.4).

Temos avançado na capacitação da APS, por causa da parceria com a Universidade, conseguimos inserir um modulo sobre saúde do Trabalhador na capacitação dos agentes. (gest. 1).

As relações com o controle social têm sido destacadas de forma positiva em alguns casos:

Muitas de nossas ações são desencadeadas por causa da nossa proximidade com o controle social, temos procurado agir em conjunto. (gest.3).

Embora seja considerada, de maneira geral, uma questão primordial contar com a participação do controle social no planejamento e realização das ações de vigilância, lamentam a falta de instâncias do controle social atuantes, principalmente para enfrentar determinadas situações:

Quando o fator desencadeante dos agravos à saúde é decorrente de uma política econômica de estado, com instalações de grandes empresas com grande poder econômico, mas que trazem junto com essa mudança econômica consequências drásticas à saúde do trabalhador, ficando estes profissionais de saúde impotentes para atuarem. (técn.5).

Nossa relação com o controle social é precária, não conseguimos manter uma boa integração. (gest.2).

Infelizmente a atuação em conjunto com o controle social tem sido precária... necessitamos retomar as boas relações ...(técn.2).

A VISAT não pode ser eficiente sem a participação dos trabalhadores, uma vez que a garantia de mudança das condições de trabalho ocorre quando esses demonstram força política, exigindo mecanismos de transformação das situações que agredem a saúde e participação ativa nas ações (Vasconcellos e Machado, 2009).

Uma ação transformadora supõe a junção do conhecimento técnico com o saber e experiência dos trabalhadores na busca de soluções decisivas quanto aos agravos à saúde destes (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

Essa deficiência é constatada ao analisar o 2º Inventário, em que a participação de sindicatos ou de representantes de trabalhadores ocorre de forma regular em 40% dos CEREST e raramente em 20%, enquanto em nível de Brasil ocorre regularmente em 8% e sempre em apenas 7%. A frequência de participação de trabalhadores nas ações ocorre regularmente em 20%, atingindo quase o percentual do Brasil que é de 23%.

No trabalho de campo a frequência de regularidade foi considerada rara, porém houve aumento na participação do controle social em ações de VISAT, com 60% às vezes contam com a participação do controle social. A frequência de participação de trabalhadores nas ações manteve-se regularmente em 20%.

Cabe ressaltar que os movimentos de trabalhadores tiveram grande importância tanto para as lutas e conquistas gerais da sociedade quanto para as temáticas específicas das relações de trabalho (Ministério da Saúde, 2007).

Sendo assim este processo sócio-político-econômico de mudanças, no qual os trabalhadores lutaram pelos seus direitos, seja porque resistiram ou avançaram em conquistas, levou ao surgimento de um novo enfoque para a relação trabalho-saúde / doença – o da saúde do trabalhador (Ministério da Saúde, 2007).

A concepção de saúde do trabalhador, como movimento e prática social engloba uma multiplicidade de sujeitos e espaços institucionais. Em seu conjunto, relacionam as possibilidades de êxito dessas ações à incorporação dos trabalhadores como sujeitos no espaço público, co-participantes legítimos nas decisões relativas ao seu trabalho e a sua saúde, e atores fundamentais no exercício do controle social das medidas que lhe são destinadas (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 2003).

3.8. Diversos tipos de apoio necessários para que os técnicos de CEREST desenvolvam ações efetivas de VISAT

Apesar de a atuação dos CEREST já ter mais de uma década ainda precisariam de vários tipos de apoio, inclusive dos gestores assim como foi identificado nos depoimentos dos participantes:

O mais complicado hoje é que não temos uma gestão participativa, mas nos sentimos muitas vezes tolidos, até mesmo de propormos novas formas para atuar...e ainda um engessamento do próprio sistema. (téc.2).

Percebo que os gestores ainda precisam ser esclarecidos sobre o papel do CEREST e conhecer as ações que nos desenvolvemos... pela falta desse conhecimento muitas vezes nos sentimos desestimulados e muitas ações acabam sendo descontinuadas.(gest.1).

Precisamos de uma melhor valorização do CEREST. (gest.1).

A qualificação das equipes é colocada com uma das mais prementes necessidades:

É muito importante que tenhamos sempre a manutenção dos programas de capacitação, isso fortalece a rede. (gest.3).

Intensificar as capacitações dos profissionais que atuam nas ações de saúde do trabalhador, e assim criar estratégias para estruturar as equipes com técnicos melhor qualificados. (téc.4).

Acredito que o que mais necessitamos é a manutenção dos programas de capacitação e educação permanente. (gest.2).

Hoje ainda a principal dificuldade é a necessidade de fortalecer a equipe, ainda penso que se tivéssemos um quadro permanente e específico de formação em saúde do trabalhador, melhoraria muito. (gest.3)

A necessidade de apoio do Ministério da Saúde no acompanhamento e monitoramento das ações dos CEREST é também apontada pela maioria dos participantes.

Um apoio que necessitamos e que é muito importante para que tenhamos sempre a manutenção dos programas é criação de instrumentos de monitoramento das atividades executadas pelos CEREST. (gest.1).

Consideram que esse monitoramento teria como finalidade, além de contribuir para melhoria das ações e da utilização recursos financeiros, um maior reconhecimento dos gestores da saúde do trabalho que vêm realizando:

Sentimos que é necessário um sistema de monitoramento pela CGSAT, que possam nos acompanhar. (téc.4).

A criação de um instrumento de monitoramento por parte da CGSAT, tanto dos recursos financeiros como das ações de VISAT executadas. (gest.2).

Acredito que possuir um instrumento de monitoramento por parte da CGSAT, assim isso poderia nos ajudar também junto a nossos superiores, com mais visibilidade daquilo que executamos. (téc.3)

As parcerias da CGSAT com instâncias federais de outras áreas poderia facilitar a atuação dos CEREST no estabelecimento de diversas relações interssetoriais. É mencionado, especificamente, o caso da articulação com a ANVISA que poderia influir na criação de vínculos para que as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais mantivessem uma rotina de fiscalizações na saúde do trabalhador:

Necessitamos ter uma melhor aproximação com a Anvisa, o que poderia ser melhor trabalhado na instância federal...” (gest.1).

Necessitamos de melhoria das relações nas hierarquias estadual, municipal e Federal, também temos necessidade de revisão da legislação de institucionalização do CEREST para uma melhor atuação do papel do CEREST, para atuação tanto na assistência e na vigilância. (técn.4).

Cabe destacar que a melhor saída para a instabilidade e descontinuidade de ações é a construção de redes de VISAT, formadas com uma ampla participação institucional e popular, permitindo a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, em consonância com a construção da democracia, da cidadania e da justiça social no Brasil (Lacaz, Machado e Porto, 2002).

É elucidativo verificar que boa parte das deficiências apontadas no extenso relatório sobre a atuação da VISAT no Brasil (Lacaz, Machado e Porto, 2002) ainda permanecem a realidade dos CEREST da Região Centro-Oeste.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constitui um grande desafio investir na superação das fragilidades encontradas nas ações da VISAT nos CEREST estudados. Apesar de configurar um universo diversificado, até mesmo com diferenças geográficas e perfis econômicos distintos, as suas necessidades não deixam de ser semelhantes, a começar pela composição das equipes, os vínculos precários de muitos dos seus técnicos e a consequente rotatividade.

O estreitamento das relações com a academia e outras instituições de ensino e pesquisa já vem proporcionando a formação dessa base, cabendo assim a sustentação dessas estratégias de forma que possa cada vez mais capilarizar toda a Rede. Destaca-se que a capacitação tem um enorme papel a cumprir no sentido de reposicionar e fortalecer o setor público, sem falar no papel motivador que a capacitação pode promover.

Neste sentido, a manutenção de programas e projetos de capacitação para os profissionais integrados à Rede é uma estratégia impar que certamente irá de encontro às diversas deficiências apontadas, e poderá sanar lacunas da falta de um profissional conscientes e qualificado que possa atuar no campo da saúde do trabalhador, ou mesmo suprir e dirimir as dúvidas de como atuar frente às demandas relacionadas à saúde do trabalhador.

Houve um grande avanço com relação às notificações dos agravos à saúde relacionados ao trabalhador, apesar das subnotificações que ainda podem ocorrer, cabe agora a tarefa de aprofundar a análise e investigação dessas informações para definição e implementação das ações de vigilância.

Assim, as dificuldades de atuação nas ações de VISAT que se apresentam fragmentadas podem ser minimizadas pela junção das informações dos agravos notificados ao mapeamento do perfil produtivo, também fundamentais na decisão de estratégias de promoção e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. Sendo ainda necessário criar instrumento para atuação de fluxo de rotina.

Dessa forma, as informações poderiam também ser utilizadas como instrumento da vigilância no planejamento das ações de impacto. Além disso, essas

também dariam visibilidade ao serviço e às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Com a ênfase dada à temática dos recursos orçamentários acerca da dificuldade de autonomia gerencial para executar os recursos financeiros provenientes da RENAST, cabe uma colocação importante de que a garantia dos gastos públicos destinados à saúde se fazem por meio de uma política de gestão consolidada e integrada e com uma gestão participativa presente e sem dúvida com a presença de um Controle Social fortalecido e atuante nas ações de saúde do trabalhador.

Nesse contexto cabe lembrar que avanços importantes foram implantados como a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional 29, dando a garantia que os recursos destinados à saúde sejam executados com ações de saúde. Assim como a Portaria SAS/GM nº 1206, de 24 de outubro de 2013, e a Portaria SAS/GM nº 08 de janeiro de 2014, que altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), dessa forma considerando a necessidade de readequar o SCNES e os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Ressalta-se que, ao longo dos 10 anos de existência dos CEREST, o repasse orçamentário é alto para execução das ações de VISAT, assim cabe a garantia de uma melhor formulação de metas e ações de Saúde do Trabalhador inseridos nos planos de saúde tanto estadual como municipais, como uma forma de garantir a implementação das diretrizes e efetivação da PNST.

Fragilidades citadas na relação com o controle social podem considerar-se uma questão primordial. Fica claro o enfraquecimento das CIST, não sendo apontado, ainda, como um ator atuante e parceiro. Mantêm-se mais e melhores relações diretamente com os movimentos sindicais.

A articulação com a atenção básica, enquanto estratégia fundamental para subsidiar o planejamento e a implementação das ações de VISAT, é ainda incipiente na grande maioria dos CEREST. Aí reside uma das grandes deficiências constatadas na atuação dos CEREST.

Finalmente, ressalta-se mais uma vez a necessidade dos CEREST atuarem de forma transversal e integrada com as instâncias e atores que podem contribuir para a implementação da PNST e, especificamente, para a VISAT.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 17 ed., São Paulo: Saraiva; 1997.
2. _____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 – e Legislação Correlata. 2 ed., Porto Alegre: Corag; 2002.
3. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679, de 09 de julho de 2002, Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm> >. Acesso em: 14 set. 2012.
4. _____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1378, de 19 de setembro de 2012, 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. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html >. Acesso em: 8 mar. 2013.
5. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399, de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: < http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf >. Acesso em: 5 fev. 2012.
6. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1172/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a

sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm> >. Acesso em: 10 jan. 2013.

7. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3252, 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. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html >. Acesso em: 4 abr. 2013.
8. _____. Ministério da Saúde. Decreto Federal nº 7508, 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. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm >. Acesso em: 15 mar. 2013.
9. _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/96, 1996. Disponível em: < http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf >. Acesso em: 18 out. 2012.
10. _____. Consolidação das Leis do Trabalho e Legislação complementar. 96 ed., São Paulo, Atlas; 1996.
11. _____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2005.
12. _____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1206, de 24 de outubro de 2013. Altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1206_24_10_2013.html >. Acesso em: 18 out. 2013.

13. _____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 08, de 06 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 1206/SAS/MS, de 24 de outubro de 2013. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0008_06_01_2014.html > Acesso em 14 fev. 2014.
14. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm> >. Acesso em: 14 nov. 2012.
15. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm> > Acesso em: 8 jun. 2012.
16. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3085, de 01 de dezembro de 2006 – Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html > Acesso em: 8 jun.2012.
17. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3332, de 28 de dezembro de 2006 – Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html >. Acesso em: 8 jun. 2012.
18. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 2 jan. 2012.

19. _____.Ministério da Previdência Social. Disponível em:
<<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: jan. 2013.
20. CATTANI, AD. TAYLORISMO. IN: CATTANI AD, organizador. Trabalho e tecnologia; dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 247-249.
21. DEJOURS, C. A loucura do trabalho; estudo de psicopatologia do trabalho. 3. ed., São Paulo: Cortez-Oboré; 1988.
22. GOMEZ, C.M., LACAZ F. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. Rev C S Col 2005; 10 (4): 797-807.
23. LACAZ, F.A.C. Sobre a necessidade de revisão do modelo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Rev C S Col 2000; 5 (supl 2000):489-499.
24. LARANJEIRA, S. FORDISMO E PÓS-FORDISMO. In: Cattani AD, organizador. Trabalho e tecnologia; dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 89-94.
25. MACHADO, J. M. H., 1996. Alternativas e processos de vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção. Tese de doutorado. ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
26. MENDES, R., DIAS E. Da Medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista de Saúde Pública 1991; 25 (5): 341-349.

27. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).
28. MINAYO-GOMES, C. & THEDIM-COSTA, S. M. F., 1997. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. 13: 21-32.
29. MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. Biblioteca Virtual em Saúde da Biblioteca Regional de Medicina, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php> >>. Acesso em: 26 jan. 2014.
30. Ministério da Saúde. Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Gestão de atenção integral à saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.
31. MONKEM, M., 2000. Espaço e vigilância em saúde: uma perspectiva operacional para a territorialização em Sistemas Locais de Saúde. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Sujeito na Saúde Coletiva. Anais. Salvador, Bahia, 28 de agosto a 03 de setembro de 2000. CD Rom.
32. VASCONCELLOS, L.C.F. de. Saúde e trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado [tese]. Rio de Janeiro, Fiocruz: 2007.
33. VASCONCELLOS, L.C.F. de, Machado J.H.M. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Minayo-Gomez C, Vasconcellos LCF, organizadores. Controle social na saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. p.87-116.
34. HOEFEL, M. G. Reflexões sobre as novas políticas sociais no Brasil e Saúde do Trabalhador. In: Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de textos. Brasília; 2005. p. 68-72.

ANEXO 1

Roteiro orientador utilizado no trabalho de campo

- Identificação do CEREST

Estado: _____

- Abrangência do CEREST

Estadual: _____

Regional _____

- Capacidade do CEREST para atender as necessidades de saúde dos trabalhadores na sua área de abrangência.
- Informações coletadas pelo CEREST sobre agravos à saúde dos trabalhadores da região
- Atuação do CEREST junto aos trabalhadores inseridos nas principais atividades econômica da região.
- Processos de vigilância implementadas pelo CEREST nos últimos anos.
- Fragilidades enfrentadas pelo CEREST para o desempenho do seu papel institucional na atuação da vigilância em Saúde do Trabalhador.
- Níveis de atuação em parceria com a Atenção Básica e com as demais instâncias de vigilância no desenvolvimento das ações
- Relações intersetoriais estabelecidas para implementação das ações de vigilância em saúde do trabalhador
- Diversos tipos de apoios que seriam necessários para que os técnicos de CEREST desenvolver ações efetivas de vigilância em saúde do trabalhador

ANEXO 2

Diretrizes de Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. (Documento elaborado pelo Grupo Técnico de Vigilância em Saúde do Trabalhador/RENAST, coordenado pela CGSAT, em 2011)

I. CONCEITUAÇÃO BÁSICA

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.

A VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados intra e inter setorialmente.

A especificidade de seu campo de ação é definida por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas.

II. PRINCÍPIOS

A VISAT pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, em consonância com a Promoção da Saúde e o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, mantendo estreita integração com as demais Vigilâncias – sobretudo com a Sanitária, Epidemiológica e Saúde Ambiental - e as redes assistenciais.

São princípios da VISAT:

Universalidade – Todos trabalhadores, homens e mulheres, são sujeitos da VISAT, independentemente da localização do seu trabalho - urbana ou rural, na rua, nas empresas e nos domicílios - de sua forma de inserção no mercado de trabalho - formal ou informal, de seu vínculo empregatício - público ou privado, autônomo, doméstico, aprendiz, estagiário, - podendo estar ativo, afastado, aposentado e em situação de desemprego.

Equidade - serão contemplados nas ações de VISAT, todos os trabalhadores, definindo prioridade para grupos mais vulneráveis, a exemplo dos trabalhadores informais, em situação de precariedade, discriminados, ou em atividades de maior risco para a saúde, dentre outros definidos a partir dos diagnósticos locais, regionais ou nacionais e da discussão com os trabalhadores e outros sujeitos sociais de interesse na saúde dos trabalhadores, buscando superar desigualdades sociais e de saúde, considerando o respeito à ética e dignidade das pessoas, e suas especificidades e singularidades culturais e sociais.

Integralidade das ações - A garantia da integralidade nas ações de VISAT inclui a articulação entre as ações individuais com ações coletivas, entre as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde, e entre o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais

Integração interinstitucional - deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, educação e justiça e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde, incluindo as de saúde do trabalhador, a rede de atenção à saúde, as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

Integração intrainstitucional - pressupõe a integração das instancias do SUS na ação de vigilância em rede, incorporando o apoio matricial e as ações solidárias e complementares entre regiões, estados e municípios aos componentes da Vigilância em Saúde, das redes de atenção à saúde, da promoção da saúde e da educação em saúde,

Responsabilidade Sanitária - Pressupõe assumir um princípio ético-político da ação em Vigilância em Saúde do Trabalhador, que compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. As instancias envolvidas na VISAT têm o dever de identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, notificando aos setores sanitários competentes, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. Isto pressupõe o entendimento de que os locais de trabalho são espaços de interesse público, cabendo ao

SUS assumir sua responsabilidade sanitária e constitucional de proteger a saúde dos trabalhadores em seu trabalho.

Direito do trabalhador ao conhecimento e à participação – O conhecimento e a participação dos trabalhadores são essenciais aos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras de riscos e agravos relacionados ao trabalho. Requer o fortalecimento da representação dos trabalhadores nos setores informais e de trabalho precário nas instancias de participação e controle social.

Controle e participação social - pressupõe a garantia de participação dos trabalhadores ou seus representantes na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas e execução das ações de VISAT, nas instâncias constituídas no SUS, especificamente nos conselhos de saúde, CIST e conselhos de gestão participativa e fóruns, comissões e outras formas de organização além das constituídas no SUS.

Comunicação/publicização - refere-se à garantia de transparência das ações de VISAT, com a divulgação das informações e ações para a sociedade, preservados o anonimato e a confidencialidade das informações dentro dos princípios éticos.

Hierarquização e descentralização - compreende a consolidação do papel do município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, integrado e apoiado pelos níveis regional, estadual e federal do Sistema Único de Saúde, em função de sua complexidade e considerando sua organização em redes e sistemas solidários.

Interdisciplinaridade - compreende os campos disciplinares distintos de saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e fundamentalmente o saber do trabalhador.

Princípio da precaução - compreende prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos e tecnologias, uso de substâncias químicas, equipamentos e máquinas entre outros, que mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave, ou irreversível à saúde requer a implantação de medidas que possam prevenir danos, ou por precaução, a tomada de decisão de que estas tecnologias não devam ser utilizadas.

Caráter transformador: pressupõe processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e

processos de trabalho, com ações que contenham caráter proponente de mudanças, de intervenção e de regulação sobre os fatores determinantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, num processo de negociação no sentido da promoção da saúde.

III. OBJETIVOS

a) Identificar o perfil de saúde da população trabalhadora, considerando a análise da situação de saúde:

- A caracterização do território, perfil social, econômico e ambiental da população trabalhadora.
- A avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando seus aspectos tecnológicos, sociais, culturais e ambientais.
- A caracterização dos perfis de morbidade e mortalidade e sua relação com os ambientes e processos de trabalho, condicionantes ambientais e outros;

b) Intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

o A vigilância do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando situações de risco à saúde em potencial fazendo cumprir a legislação e as normas técnicas nacionais e internacionais, no sentido da promoção da saúde;

o A negociação coletiva em saúde do trabalhador, para a transformação do processo do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza no sentido da promoção da saúde;

o A regulação do processo do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza quando relacionados a promoção da saúde do trabalhador.

o O sentido antecipatório das ações de VISAT, por meio das informações referentes a implantações de novos processos produtivos e de serviços, pólos de desenvolvimento.

c) Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para subsidiar a tomada de 4 decisões das instancias do SUS e dos órgãos competentes, nas três esferas de governo, considerando:

- o O estabelecimento de políticas públicas de promoção a saúde, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde;
 - o A interveniência, junto às instâncias de Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;
 - o O planejamento das ações de promoção da saúde e o estabelecimento de suas estratégias;
 - o A participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores;
 - o A participação na formação continuada e educação permanente;
 - o O estabelecimento de políticas estratégicas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico.
- d) Utilizar os diversos sistemas de informação para a VISAT considerando:
- o Os sistemas de informação do SUS e os demais de interesse da VISAT;
 - o A criação de bases de dados e a análise da informação comportando os registros das ações de VISAT, incorporando informações oriundas do processo de vigilância e as informações existentes;
 - o A divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

IV. MODELO DE VISAT

O modelo de VISAT tem como característica fundamental ser intersetorial e participativo. Suas ações devem ser coordenadas pelas instâncias de gestão do SUS e articuladas pela RENAST, no princípio da estruturação da atenção integral a saúde dos trabalhadores em rede.

Configura um campo que visa ações voltadas para a promoção da saúde e parte do conhecimento das condições de trabalho e saúde integrado à noção de território, para identificação de necessidades de intervenção.

O seu entendimento exige a articulação de conhecimentos interdisciplinares e o saber do trabalhador, sistematizado a partir do registro sobre o processo ou a organização do trabalho/atividade e a percepção de adoecimento, de riscos e de vulnerabilidades.

Assim demanda a utilização de metodologias de intervenção, que conte com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas, desde a definição de prioridades, organização de ações programadas, execução, avaliação, acompanhamento e divulgação.

As ações da vigilância em saúde do trabalhador têm caráter proponente de mudanças e regulação dos processos de trabalho, a partir das análises epidemiológica, tecnológica, social em uma ação múltipla e interinstitucional.

Deve ser destacada a natureza ética e antecipatória de suas ações, numa perspectiva de regulação das atividades produtivas a partir da negociação continuada com vista a promoção da saúde no ambiente de trabalho. Adotando-se formas de negociação e acompanhamento que atualize e supere o marco regulatório.

As ações de VISAT representam a possibilidade de estabelecer a articulação entre instâncias executoras do SUS (Vigilâncias e as redes de atenção) com a RENAST, e apresenta como característica a conexão com instituições externas ao sistema de saúde, configurando redes intersetoriais a partir do seu objeto de intervenção.

A articulação intersetorial pressupõe que diversos sujeitos e instâncias institucionais desempenhem suas ações sob metodologias interativas no desenvolvimento e implementação de estratégias de transformação dos ambientes e processos de trabalho no sentido da promoção da saúde.

Considerando os objetivos da VISAT, é necessário que se adotem metodologias capazes de avançar na análise tradicional de morbimortalidade, tais como: pesquisa-ação, percepção de risco, análise de território/cenário, risco adicional da ATSDR, Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho (MAPA), Método AIPA (livro acidentes ampliados), Matriz de Força da OMS, Antecipação de Riscos, Monitoramento epidemiológico (construção de matrizes) e análise do discurso e de conteúdo, incorporação do acolhimento (com análise coletiva) como etapa de ação da Vigilância, triangulação de métodos, entre outras.

Dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implementarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho em um dado município ou região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com o estabelecimento de prioridades, visando intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de algumas ações e estratégias de vigilância que se seguem.

V. ESTRATÉGIAS

Cada Município, Região e Estado guardadas suas características, deve buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS.

Onde já existam estruturas, estaduais e municipais, de Saúde do Trabalhador – Programas, Coordenações, Divisões, Gerências, Centros de Referência, Núcleos de Saúde do Trabalhador – cabe promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, de Atenção Primária e de Média e Alta complexidade, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores.

Com este intuito, recomenda-se a constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e interinstitucionais, organizadas dentro das diretrizes desenvolvidas pela RENAST na lógica do planejamento estratégico descrito a partir dos critérios discutidos a seguir.

O estabelecimento de prioridades visa analisar, avaliar e pronunciar-se sobre o desempenho e situações de risco à saúde e aos ambientes relacionados às atividades, processos, equipamentos, matérias-primas e produtos.

Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica sequencial de consolidação da vigilância, consideram-se como critérios para a definição de ações de vigilância em saúde do trabalhador:

a) Priorização social

Estabelece o atendimento de questões priorizadas pelos movimentos sociais como critério de planejamento de ações de vigilância, a partir da participação de trabalhadores na definição das ações do serviço de saúde.

Qualifica a capacidade de resposta às demandas ao incluir o saber dos trabalhadores, sua capilaridade de ação e sua força de negociação por melhores condições de trabalho.

A intervenção é organizada de forma participativa e se opera pela modificação do processo de trabalho/atividade conjugando aspectos epidemiológicos ao contexto social das relações de trabalho e com a base técnica em que o trabalho se desenvolve.

A articulação com movimentos sociais torna viável a capacidade de reprodutividade e ampliação dos impactos da ação de VISAT, em uma determinada situação-problema em questão, seja para o movimento social como um todo como para além do território de sua operação.

b) Critério epidemiológico

Consiste na intervenção a partir da identificação de uma situação de risco, de vulnerabilidade ou de impacto à saúde dos trabalhadores que representa um problema coletivo. A intervenção deve considerar os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos agravos, dos riscos, da exposição ou da situação de vulnerabilidade. Trata-se da identificação da relevância de um determinado problema de saúde ou situação de risco a ser enfrentado. O critério epidemiológico é definido pela sua dimensão e gravidade ou por estimativas, devendo ser levado em consideração a capacidade de intervenção que define a transcendência da intervenção de vigilância em saúde.

A abordagem epidemiológica, a partir da observação da exposição dos casos se operacionaliza pela identificação de atividades críticas relacionadas à base social e tecnológica do processo de trabalho, seja na sua etapa exploratória ou de monitoramento.

A utilização deste critério deve se pautar em informações epidemiológicas dos agravos registrados no âmbito do SUS (SIA, SINAN, SIM.), no âmbito da previdência social (SABi/SUB), casos registrados na Segurança Pública, segundo a proporção de ocorrência, denúncias ou análise dos processos produtivos da região.

A vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho pode ser considerada uma fonte de observação de eventos potencialmente deflagradores de desgaste e dano à saúde trabalhador, na perspectiva da análise do modo de vida e de trabalho e, a partir dos agravos referidos na Portaria GM /MS nº 2472 de agosto de 2010 e deve ser estruturada pelas análises da sua distribuição segundo as características da pessoa, de tempo e de espaço, estabelecendo a relevância por grupo ocupacional, ramo de atividade econômica e seu caráter de evento sentinela. Inclui como critério a vulnerabilidade da população potencialmente envolvida em uma dada situação de risco.

c) Abordagem Territorial

Consiste em uma observação sócio-espacial e de intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial, município, etc.) contempla todos os processos de trabalho capazes de gerar dano à saúde.

A ação visa abranger a força de trabalho ao longo do tempo, a partir da avaliação de risco dos processos de trabalho e do processo de produção, de modo a monitorar a situação dos determinantes do processo saúde-doença.

Deve partir da identificação das formas de trabalho no território de abrangência dos serviços de saúde responsáveis pela VISAT e devem ser incluídas nas análises de situação de saúde, informações sócio demográficas e de produção.

d) O ramo de atividade econômica

A abordagem por ramo de atividade econômica deve integrar a análise em atividades de risco no âmbito de um setor produtivo, em uma ação que deve abranger o conjunto de empresas de um determinado ramo. Além destes, cabe considerar a atuação em cadeias produtivas e de ciclos de vida dos produtos.

Consiste na atuação em empresas, cooperativas, instituições diversas ou propriedade rural com perfil similar de atividades e organização do trabalho, capaz de se constituir em risco para a saúde, preponderantes numa dada região.

A ação, neste caso, visa à mudança dos processos de forma comparada e integrada, sem a punição de um estabelecimento em particular, mas intervindo em todo ou parte daquele setor e, em especial, nos que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando uma ação conjunta com os trabalhadores, seus representantes e sindicatos das categorias envolvidas no setor.

A ação é focalizada em atividades de risco capaz de repercutir no conjunto de empresas ou estabelecimentos de um determinado ramo, possibilitando a adoção de alternativas tecnológicas capazes de servir de referência para o setor como um todo.

e) Abordagem por cadeias produtivas.

Na perspectiva estratégica e sistemática considera-se uma abordagem de integração de problemas e formas de intervenção que é facultada pela observação do trabalho situado em cadeias produtivas.

Destaca-se que a análise e intervenção em cadeias produtivas deve ser realizada a partir do mapeamento de todo ciclo dos produtos e insumos envolvidos, desde a produção primária de insumos, a o processo produtivo em si, a distribuição, o consumo e o descarte final dos resíduos. Dessa forma, a análise de impacto sanitário deve articular diversos setores produtivos e identificar as alternativas dos modelos de desenvolvimento e produção adotados.

Na identificação dos problemas e focos de intervenção da vigilância, devem ser consideradas as frações das cadeias produtivas e as situações críticas e vulneráveis da cadeia. As ações devem ter o caráter exemplar, possibilitar a sua reprodução e serem capazes de multiplicar seus impactos.

f) Prioridades institucionais

O setor saúde é chamado a participar em projetos e programas interinstitucionais e na resolução de casos e situações de risco identificadas por órgãos diversos que se relacionam com a VISAT. Além das prioridades definidas pelos setores institucionais parceiros nas ações de VISAT, incluídas demandas e temas advindos de acordos e convenções internacionais que tem como ponto focal instituições de outros setores. Por exemplo, a erradicação do trabalho infantil, as políticas de segurança química e as campanhas do Trabalho Decente. Ou mesmo de prioridades estabelecidas por políticas do próprio setor saúde e de outros setores que tangenciem as questões relativas à saúde dos trabalhadores, como por exemplo, a violência no trânsito.

g) Interação entre estratégias

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes.

Os casos ou situações de risco em um território definidos como de relevância epidemiológica e social devem ser priorizados em planos e programas de vigilância em saúde do trabalhador inserido na Secretaria de Saúde do Município e do Estado.

As ações de VISAT devem ser discutidas nas instâncias de controle social do SUS e outras como fóruns, comissões, etc. em uma perspectiva de inclusão no plano de saúde da região.

A definição de prioridades em processos coletivos permite consolidar parcerias e fortalecer processos de negociação.

VI. COMPLEXIDADE DA VISAT EM REDE

A implantação de ações de VISAT está fundamentada na possibilidade de serem estabelecidas articulações entre as instâncias executoras do SUS, e apresenta como característica a conexão com instituições além do sistema de saúde, com a configuração de redes intersetoriais a partir de distintos pólos institucionais e organizativos de acordo com o objeto da ação priorizado. Observa-se assim, a transversalidade das ações com a responsabilidade múltipla das instâncias sociais envolvidas.

Internamente ao SUS as redes são tecidas a partir das ações da atenção primária, da vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária e coordenadas pelas instâncias de saúde do trabalhador. Se organizam no sentido da promoção da saúde dos trabalhadores em articulação com interlocutores segundo a natureza da questão em foco.

A ação de VISAT é múltipla e articula o acolhimento de queixas, o atendimento clínico, a análise epidemiológica, a análise das situações de risco, a busca de alternativas sociais e tecnológicas, intervenções regulatórias e processos de apoio social que são identificados e implementados de forma continuada em que a rede constituída confere uma perenidade ao processo.

Deve ser observado que a complexidade da VISAT não pode ser paralisante, ao contrário é motivadora no sentido de que é inclusiva, constituída de múltiplas ações organizadas em rede e construída a partir da conjugação de atividades simples com diferenciados graus de aplicação de tecnologia e conhecimento.

Os métodos de integração da ação de VISAT devem ser utilizados de forma combinada e incluir abordagens participativas de integração sistêmica interdisciplinar qualitativa de cunho social, histórico e antropológico.

VII. INSPEÇÃO SANITÁRIA

É a essência da ação de vigilância em saúde do trabalhador e é desenvolvida por análises de documentos, entrevistas com trabalhadores e observação direta do processo de trabalho. Corresponde ao modo de olhar do sanitarista para o trabalho na tentativa de destacar seus impactos na saúde e ao meio ambiente. É a observação da forma de trabalhar, da relação trabalhador com os meios de produção e da relação dos meios de produção com o ambiente.

É a ação geradora de uma intervenção de redução dos riscos à saúde dos trabalhadores relacionados a um ambiente, a uma atividade ou a um processo de trabalho. É exercida por uma equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador, não devendo ser realizada de forma individual.

Os profissionais envolvidos com a VISAT não devem possuir conflitos de interesses para realização plena de suas atribuições de autoridade sanitária, que deve estar pautada pelos princípios voltados a saúde pública.

A observação realizada deve destacar os aspectos técnicos, epidemiológicos e sociais do ambiente, das atividades e do processo de trabalho em foco.

O diálogo com os trabalhadores é imprescindível no momento da observação, no preparo da observação e nas discussões das intervenções a serem prescritas.

VIII. ATRIBUIÇÕES DA VISAT

a) Estabelecer processos de informação, intervenção e regulação relacionados à saúde do trabalhador.

- b) Realizar levantamentos, monitoramentos de risco à saúde dos trabalhadores e de populações expostas, acompanhamento e registro de casos, inquéritos epidemiológicos e estudos da situação de saúde a partir dos territórios.
- c) Articular com as diversas instâncias da Vigilância em Saúde, Atenção Primária e os demais componentes da Rede Assistencial.
- d) Promover articulação com instituições e entidades das áreas de Saúde, Trabalho, Meio Ambiente, Previdência e outras afins, no sentido de garantir maior eficiência das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- e) Realizar apoio institucional e matricial as instâncias envolvidas no processo de vigilância em saúde do trabalhador no SUS.
- f) Realizar inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho, com objetivo de buscar a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores.
- g) Sistematizar e difundir as informações produzidas.
- h) Promover ações de formação continuada para os técnicos e trabalhadores envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

IX. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA VISAT:

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas por profissionais da Vigilância em Saúde, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, devidamente instituídos como Autoridades Sanitária, e quando necessário da Atenção Primária, no âmbito estadual, regional e municipal para:

- o Identificar e analisar a situação de saúde dos trabalhadores da área de abrangência;
- o Analisar dados, informações, registros e prontuários de trabalhadores nos serviços de saúde, respeitando os códigos de ética dos profissionais de saúde;
- o Planejar, executar e avaliar sobre situações de risco à saúde dos trabalhadores e os ambientes e processos de trabalho;
- o Realizar ações programadas de Vigilância em Saúde do Trabalhador a partir de análises dos critérios de priorização definidos;
- o Verificar a ocorrência de anormalidades, irregularidades e a procedência de denúncias de inadequação dos ambientes e processos de trabalho, apurar responsabilidades e recomendar medidas necessárias para promoção da saúde dos trabalhadores;

- o Efetuar inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho, identificar e analisar os riscos existentes, bem como propor as medidas de prevenção necessárias;
- o Utilizar de recursos audiovisuais e outros que possibilitem o registro das ações realizadas;
- o Garantir a participação de representantes dos trabalhadores e assessores técnicos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, inclusive quando realizadas em ambientes de trabalho;
- o Estabelecer estratégias de negociação com os empregadores formalizadas por termos, acordos e outras formas, para promoção da saúde dos trabalhadores garantindo a participação dos trabalhadores ;
- o Realizar atividades de educação continuada para formação de profissionais da saúde e áreas afins bem como trabalhadores no que diz respeito a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

X. ATRIBUIÇÕES DA REDE ASSISTENCIAL EM COOPERAÇÃO COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

Atenção Primária:

- a) Identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e dos processos produtivos no território de abrangência.
- b) Identificar e notificar situações de risco e os agravos relacionadas ao trabalho
- c) Estabelecer articulação com as instâncias de referencia específicas de VISAT para a promoção da saúde do trabalhador.
- d) Desenvolver ações de educação em saúde, particularmente nas situações onde forem identificados riscos relacionados ao trabalho.

Média e alta complexidade - Urgências e Emergências, Serviços Hospitalares e de Especialidades:

- a) notificar agravos relacionados ao trabalho
- b) estabelecer articulação com as instâncias de referencia e contra-referência

ANEXO 3

TERMO DE ANUÊNCIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
SCS, Quadra 4, Bloco A, 6º Andar, Ed. Principal
70.304-000 Brasília-DF
Tel. (61) 3213.8081 Fax. (61) 32138484

Pelo presente, declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar documentos bem como dados referentes ao planejamento e à execução das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, para o desenvolvimento das atividades referentes dissertação de mestrado, intitulada: “Análise das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, da Região Centro-Oeste do Brasil”, da pesquisadora Terezinha Reis de Souza Maciel. O estudo é realizado sob a orientação do Prof. Dr Carlos Minayo Gomez do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Brasília, de novembro de 2013.

Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

ANEXO 4

TERMO DE ANUÊNCIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
SCS, Quadra 4, Bloco A, 6º Andar, Ed. Principal
70.304-000 Brasília-DF
Tel. (61) 3213.8081 Fax. (61) 32138484

Pelo presente, declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar documentos bem como dados referentes ao planejamento e à execução das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, para o desenvolvimento das atividades referentes dissertação de mestrado, intitulada: “Análise das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, da Região Centro-Oeste do Brasil”, da pesquisadora Terezinha Reis de Souza Maciel. O estudo é realizado sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Minayo Gomez do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Brasília, de abril de 2013.

Coordenador (a) do CEREST

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Análise das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, realizadas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil

Prezado (a) Senhor (a)

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*Análise das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, realizadas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil*”, com o objetivo de contribuir para a realização de um estudo sobre essa temática. . A pesquisa será desenvolvida por Terezinha Reis de Souza Maciel, aluna do Mestrado Profissional de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do professor Dr. Carlos Minayo Gomez.

As entrevistas realizadas serão gravadas e degavadas e será mantido o anonimato de todos que participarem dessa pesquisa. Sua participação é voluntária e tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Entendo que os entrevistados estão sujeitos a riscos como: constrangimento durante uma entrevista ou uma observação, também riscos emocionais durante o processo de capacitação, não vislumbrando outros riscos físicos ou biológicos. Estarei, portanto, atento à identificação de qualquer risco ou desconforto aos entrevistados/participantes, cientificando-os de imediato e adotando medidas para minimizá-los.

Ainda lhe fica assegurado o direito ao esclarecimento de qualquer questão a respeito da pesquisa e de seus objetivos. Caso no decorrer do procedimento, o/a Senhor (a) poderá manifestar sua vontade de que a entrevista seja interrompida e/ou seu conteúdo não seja divulgado e atenderei a sua vontade.

O material coletado não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação, de modo que possa prejudicar os (as) entrevistados (as) ou seu setor de trabalho. Os dados coletados serão guardados pelo pesquisador e armazenados em local seguro e ao final da pesquisa, será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Terezinha Reis de Souza Maciel

Eu, abaixo rubricado declaro ter entendido os fins da pesquisa e consinto de livre e espontânea vontade em participar deste estudo, uma vez que todas as minhas respostas somente serão usadas para a finalidade do estudo e a minha identidade jamais será revelada.

Como participante da pesquisa declaro que concordo em ser entrevistado uma ou mais vezes pela pesquisadora em local e duração previamente ajustados, () permitindo / () não permitindo a gravação das entrevistas

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Tel: 61- 32138475

e-mail: terezinha.reis@saude.gov.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - 21- 25982863

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>