

A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo

Decentralization of workers' health surveillance in the city of Campinas, São Paulo State, Brazil: a process evaluation

Salma Regina Rodrigues Balista ¹
 Sílvia Maria Santiago ¹
 Heleno Rodrigues Corrêa Filho ¹

Abstract

This study evaluates the decentralization of workers' health surveillance to district teams in Campinas, São Paulo State, Brazil, from 1990 to 2006. The history and context of this process were retrieved from documents at the Municipal Health Department in order to establish evaluation criteria and define facilitating factors and obstacles in guideline implementation, as well as to measure the gap between guidelines and reality. The evaluation used qualitative techniques with stakeholders' focus groups. The results showed that decentralization was defined according to the prevailing political options and according to the principles of the Unified National Health System (SUS). Facilitating factors included the increase in technical capability and integration among the teams, and obstacles included excessively centralized planning with limited participation, insufficient resources, and lack of clarity between the services concerning roles and responsibilities. The discussion of these results with health system administrators, social actors, and participating health professionals has contributed to the analysis and organization of transformative measures in regional public practices in workers' health surveillance.

Surveillance of the Workers Health; Health Evaluation; Decentralization

Introdução

A *Constituição Federal* de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu o direito à saúde para toda a população brasileira, aí incluídos os trabalhadores, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade no acesso às ações e serviços de saúde, para promoção, prevenção e recuperação da saúde e com diretrizes para que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único da saúde, além de se organizarem de modo descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade ^{1,2}.

A despeito das dificuldades enfrentadas nos processos de descentralização, esse princípio constitucional e diretriz organizacional do SUS pode se constituir em estratégia favorecedora da obtenção da integralidade da atenção, na medida em que aproxima os serviços de saúde das realidades dos usuários a quem se destinam as ações de saúde para responder de maneira mais satisfatória às suas necessidades de saúde ^{3,4}.

As eleições municipais no Brasil em 1988 tiveram um resultado político que mudou a atuação de saúde de algumas cidades, incluindo Campinas, São Paulo. Foram criados os Programas Municipais de Saúde do Trabalhador (PST), os quais deram origem às policlínicas especializadas denominadas Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST). As experiências de gestão social compartilhada foram aprofundadas com

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência

S. R. R. Balista
 Departamento de Medicina Preventiva e Social,
 Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
 Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Campinas, SP
 13083-970, Brasil.
 salmarrb@fcm.unicamp.br

a participação de representantes sindicais nos processos de discussão das diretrizes políticas programáticas das equipes multiprofissionais^{5,6}.

A implantação do SUS teve o mérito de trazer a fiscalização das condições e ambientes de trabalho para o setor saúde e deu aos seus profissionais a prerrogativa de exercer a vigilância da saúde do trabalhador nos locais de trabalho de forma multidisciplinar e interinstitucional, com o objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas suas ações, embora sua execução tenha ocorrido de forma desintegrada e por vezes conflituosa com o Ministério do Trabalho^{7,8}.

A concepção de vigilância da saúde do trabalhador surgiu dentro dos PST, combinou componentes das vigilâncias sanitária e epidemiológica e das inspeções em ambientes de trabalho⁶, congregou componentes para a abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde como: tecnologias utilizadas nos processos de produção; epidemiologia para a avaliação de risco; elementos sociais como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores, incorporando o processo de trabalho como categoria e objeto fundamental para sua análise e intervenção. Essa concepção requer abordagem ampliada e deve ser exercida pelos diferentes atores que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde⁹.

A vigilância em saúde passou a constituir-se em ação de cidadania, fundamentada na união das vigilâncias sanitária, epidemiológica, e posteriormente da vigilância da saúde do trabalhador, com bases no enfoque de risco e na epidemiologia social. Graças a isso ganhou consistência e deu alguns passos em direção à descentralização da União Federal para estados e municípios integrando diferentes áreas tradicionalmente isoladas como as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, controle de zoonoses e saúde do trabalhador. Em alguns locais, a mudança foi acompanhada da modificação do modo de fazer a vigilância, procurando a integralidade da ação e o enfrentamento dos riscos à saúde. Em outros locais, houve apenas a mudança de denominação para vigilância em saúde ou vigilância à saúde^{10,11,12}.

Os esforços para a implantação do SUS e de conquista da cidadania somaram-se à elaboração de leis de grande importância para a organização da gestão do SUS e da saúde do trabalhador. Definiram as atribuições do SUS e garantiram direitos aos trabalhadores, a exemplo das constituições estaduais e leis orgânicas de municípios, dos códigos sanitários estaduais, de normas ministeriais como as *Portarias n.º 1.679*¹³ e *n.º 2.437*¹⁴ do Ministério da Saúde, que instituíram e ampliaram a Rede Nacional de Atenção Inte-

gral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, recomendando a organização da saúde do trabalhador em rede articulada com a vigilância em saúde, os serviços de atenção à saúde e com áreas externas ao setor saúde, como o meio ambiente, em todos os estados e municípios do país.

O Município de Campinas buscou aprimorar as ações de saúde, em especial no período de 1990 a 2006. Para isso consolidou uma rede de serviços complexa e empregou estratégias visando a: fortalecer a descentralização; aumentar a percepção das necessidades de saúde da população; ampliar o acesso ao cuidado e a capacidade de intervenção efetiva; e manter a qualidade técnica. Nesse processo também foi realizada a descentralização das ações de vigilância em saúde para todas as 49 unidades básicas de saúde (UBS) do município à época.

A vigilância da saúde do trabalhador foi incluída como subconjunto dos conteúdos de práticas e saberes das áreas temáticas de vigilância em saúde, que poderia ser potencializado por meio dos profissionais do CEREST-Campinas que foram descentralizados para as equipes distritais de vigilância em saúde. Pretendeu-se dar capilaridade às ações de vigilância nos distritos sanitários e aperfeiçoar a política de atenção aos trabalhadores dentro do SUS.

O presente estudo foi realizado considerando que o SUS desempenhou papel estratégico de inclusão social numa época de crise das relações de produção na qual cresceu o universo dos trabalhadores ligados ao mercado informal de trabalho. O surgimento da vigilância da saúde do trabalhador após o estabelecimento do SUS pela *Constituição Federal* de 1988 teve caráter contra-hegemônico na política do Brasil uma vez que os princípios do estado mínimo dominaram as políticas públicas, constringendo o SUS em uma época em que a carência de recursos orçamentários era determinada por restrições ao tamanho do aparelho de estado, embora o SUS necessitasse se expandir. O SUS se constituiu em política pública com capilaridade capaz de oferecer a integralidade e a universalização da atenção à saúde dos trabalhadores, combinando ações individuais e coletivas, para estimular e promover o controle social das políticas públicas de trabalho e saúde por parte dos trabalhadores¹⁵.

Este trabalho analisou o processo de implantação da descentralização da vigilância da saúde do trabalhador para as equipes distritais de vigilância em saúde no Município de Campinas, no período 1990 a 2006.

O processo avaliado registra um marco em 1994, quando ocorreu a descentralização do atendimento de casos de acidentes de trabalho para as UBS e foi revigorado a partir de 2001 com

a redistribuição de técnicos que trabalhavam no nível especializado do CEREST para as vigilâncias em saúde distritais.

Método

Esta pesquisa seguiu os princípios estabelecidos pela *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Campinas, conforme Parecer nº. 066 de 27 de março de 2007 e CAAE 0142.0.000.146-07.

Utilizou-se o método da pesquisa avaliativa formativa, empregando equipe mista de avaliadores internos e externos aos serviços avaliados. A pesquisa foi também multicêntrica porque envolveu outros órgãos governamentais do município como a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), o CEREST e as cinco vigilâncias em saúde distritais (Visa Norte, Visa Sul, Visa Leste, Visa Sudoeste e Visa Noroeste) ¹⁶.

A natureza e a complexidade do objeto a ser estudado tornaram adequado o uso da triangulação de métodos proposta por Minayo ¹⁷ (p. 28), que possibilita uma abordagem múltipla e abrangente, combinando diferentes elementos: “*a presença do avaliador externo*”, comendo com indivíduos que trabalham no programa uma equipe mista de avaliação; “*as abordagens quantitativas e qualitativas e, de forma relevante, a análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação*”, permitindo uma melhor compreensão das diversas faces da realidade. O presente trabalho faz parte de um projeto maior que utilizou múltiplas abordagens metodológicas com técnicas quantitativas e qualitativas, porém, o que ora se trata de apresentar enfatiza a abordagem qualitativa.

Assim, recupera-se a história de modo a contextualizar a avaliação, abordam-se componentes do processo em si, das relações que se estabeleceram entre as equipes e a gestão, do modo de fazer e da subjetividade de cada equipe, das possíveis diferentes maneiras de implantar aquela política, das dificuldades e dos facilitadores do processo de descentralização executado ^{12,16}.

Foram levantados os documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas relativos à vigilância em saúde e, particularmente, os relativos à vigilância da saúde do trabalhador, no período de 1990 a 2006. Tais documentos foram analisados e buscou-se identificar quem formulou as diretrizes propostas, em que contexto isso ocorreu, quais foram os seus conteúdos e se ocorreu a efetiva descentralização da vigilância em saúde e, dentro dela, da vigi-

lância da saúde do trabalhador, tendo no nível de administração central da secretaria de saúde e do CEREST o ponto de partida em direção às vigilâncias em saúde distritais.

Foram construídos critérios de avaliação para definir em que medida os documentos e as ações implementadas se aproximaram ou se afastaram das diretrizes de descentralização ¹⁶.

Utilizou-se a técnica de grupo focal que possibilita captar dados, informações com base na interação do grupo. O grupo é a unidade de análise e não cada indivíduo participante ^{18,19}. O que interessou foi a manifestação do grupo como sujeito do processo de descentralização da vigilância da saúde do trabalhador.

Foram realizadas sete reuniões dos grupos focais, sendo uma com cada equipe de vigilância em saúde distrital, do CEREST e da COVISA, para a compreensão do modo de trabalho daquelas equipes e para identificar se havia um padrão uniforme ou se havia diferenças entre elas na operação da vigilância da saúde do trabalhador, na formação das equipes que atuam diretamente nesse núcleo de conhecimento, na percepção que a equipe tem do trabalho a ser desenvolvido, na identificação de situações graves ou de risco à saúde e, conseqüentemente, nas intervenções sobre os processos de trabalho e sobre o meio ambiente, na concepção de quem deve executar as ações e ainda, nas relações entre os níveis do sistema municipal de vigilância da saúde do trabalhador. Procuramos identificar quais os facilitadores e quais os obstáculos à descentralização da vigilância da saúde do trabalhador. A transcrição de cada reunião foi apresentada posteriormente aos participantes daquele grupo para certificação de exposição e validação de seu conteúdo.

Participaram das reuniões dos grupos focais cinquenta profissionais do sistema de vigilância em saúde, sendo nove da COVISA, cinco do CEREST, dez da Visa Norte, seis da Visa Sul, dez da Visa Leste, seis da Visa Sudoeste e quatro da Visa Noroeste.

Utilizaram-se, na análise dos resultados, categorias selecionadas para a abordagem, o que permitiu identificar os fatores que facilitaram e os que dificultaram o processo de descentralização. Foram utilizados agrupamentos de opiniões, confrontando e comparando os significados das falas, o que permitiu visualizar de modo sintético o que cada grupo expôs em relação a cada tópico, tendo a interação dos participantes do grupo como o foco principal da atenção da pesquisa e não as falas tomadas individualmente ¹⁹.

São apresentadas a seguir as categorias de análise – ou critérios de avaliação – e as respectivas justificativas para sua escolha.

1. Participação e democratização das discussões e das relações: a diretriz da descentralização carrega, em si, um forte componente de democratização das relações institucionais e de trabalho por facilitar a proximidade de quem executa uma determinada ação de quem é objeto dela, favorecendo o desenvolvimento de sujeitos. A participação ampliada nas discussões da elaboração e das estratégias de implantação da diretriz da descentralização da vigilância de diferentes atores, dos trabalhadores da saúde e dos representantes da sociedade civil organizada, particularmente os sindicatos, envolvidos com a vigilância da saúde do trabalhador, parece ter papel fundamental no resultado desse processo.

2. Disputa de projetos políticos de descentralização: a definição da estratégia para a implantação de uma diretriz pressupõe poder político para exercê-la e, no caso do SUS, o aumento da autonomia dos níveis descentralizados. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador ocorreu em um momento de grandes mudanças na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, inclusive do modelo assistencial de saúde, fato que favoreceu as disputas de poder entre os diversos projetos, grupos e pessoas da Secretaria. A adesão a uma proposta ou a obediência a uma determinação podem ter sido consequências dessas disputas e negociações de um projeto coletivo.

3. Gestão do processo de descentralização: é fundamental que se estabeleçam acordos entre os atores envolvidos sobre os processos que serão desenvolvidos, as atribuições, as responsabilidades, os fluxos, as relações, para que haja clareza sobre o ponto a que se quer chegar e que resultados atingir.

4. Estrutura disponível para a viabilização da proposta de descentralização: composição das equipes e recursos materiais, incluindo as características dos profissionais que compõem as diferentes equipes, seja quanto à formação acadêmica, vivência e posições ideológicas frente às áreas de vigilância da saúde e de saúde do trabalhador, seja quanto ao número de profissionais e, também, o planejamento e a disponibilidade de recursos materiais necessários ao desenvolvimento das ações como fatores essenciais para o sucesso da implantação de uma determinada política, e a sua falta pode implicar resultados insatisfatórios.

Resultados e discussão

Nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde analisados, encontraram-se vários trechos nos quais está claramente expressa a diretriz de

descentralização da vigilância da saúde e da vigilância da saúde do trabalhador para as vigilâncias em saúde distritais e para as UBS e, também, baseando-se nas declarações contidas nos documentos a respeito do modelo assistencial adotado no município, identificou-se a influência de tal modelo na definição dessas diretrizes.

A saber, a concretização da diretriz da descentralização, levando a prestação de serviços ao ponto mais próximo possível da população, aproximando trabalhadores e usuários, iria ao encontro do princípio da integralidade da atenção, atendendo às necessidades de saúde das pessoas, conforme indicam Cecílio ⁴, Mattos ²¹, Campos ²², Silva Jr. et al. ²³.

Identificou-se ainda que nos documentos não havia previsão de recursos materiais necessários à descentralização e que a sua implantação contaria, pelo menos inicialmente, com os profissionais já existentes, para, num segundo momento, serem agregados novos profissionais, situação que em alguma medida poderia comprometer os resultados esperados.

Ainda conforme os conteúdos e autorias dos documentos, notou-se que alguns deles foram frutos de decisões tomadas em fóruns colegiados de diferentes níveis de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que se constituíram em espaços privilegiados de discussão entre os gestores do sistema municipal de saúde.

A vivência das vigilâncias em saúde distritais, do CEREST e da COVISA: o desejo e a prática

Como ações facilitadoras desse processo, apontase, primeiramente, sob o aspecto das categorias de análise participação e democratização das discussões e das relações e gestão do processo de descentralização, que ocorreu em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, no contexto da ampliação da rede de saúde de Campinas. Esse processo se iniciou mediante decisão da direção da Secretaria Municipal de Saúde, atendendo às deliberações da 5ª Conferência Municipal de Saúde e também às várias recomendações feitas em documentos da área, que podem ser considerados como a expressão das diretrizes construídas ao longo de todos esses anos para tal tema. Também se verificou que esse movimento de descentralização ocorreu para outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde, não só para a vigilância da saúde do trabalhador.

Identificou-se o fortalecimento do sistema municipal descentralizado, que valoriza a rede básica e coloca a descentralização da vigilância em saúde incluindo a vigilância da saúde do tra-

balhador para todas as unidades, como forma de ampliar a identificação, avaliação e intervenção nos riscos em ambientes de trabalho, como estratégia de aumento da resolução e abrangência dos serviços, considerando a extensão territorial e o tamanho populacional de um município como Campinas. Esse conteúdo das falas dos participantes dos grupos focais foi igualmente identificado nos documentos que dizem sobre “a incorporação das ações de vigilância por todas as unidades de atenção à saúde”, “modelo de atenção descentralizado, horizontalizado e hierarquizado intramunicípio” e sobre a necessidade de revisão das atividades exercidas pelo CEREST, em função da descentralização para as vigilâncias em saúde distritais e centros de saúde 24,25,26,27,28,29.

Outro conteúdo que apareceu foi relativo aos papéis do município e do nível estadual na municipalização dos serviços, tanto na área da assistência à saúde quanto da vigilância e, posteriormente, a assunção da modalidade de gestão plena, demandando pactos e um arranjo interno da Secretaria Municipal de Saúde, de maneira a respeitar a estrutura existente já organizada e a linha descentralizadora que o município adotara.

Sob a ótica da categoria estrutura disponível para a viabilização da proposta de descentralização, outro facilitador foi a chegada, ainda que tardia, de infraestrutura material do tipo veículo, microcomputadores e outros equipamentos adquiridos com recursos provenientes da RENAST e da vigilância em saúde, estipulados nos Planos de Ação e Metas dessas duas áreas da Secretaria Municipal de Saúde. Os recursos permitiram a realização de ações de vigilância da saúde do trabalhador, ampliando a capacidade de atuação das equipes. Isso constava nos documentos sob a forma: “ampliar, integrar e otimizar a utilização dos recursos existentes” 30,31,32,33.

Também foi apontado pelos grupos que houve aumento do poder e da potência das equipes da vigilância em saúde com a chegada dos técnicos com formação específica de saúde do trabalhador. Perceberam o aumento da capacidade de intervenção pela mudança e ampliação do olhar dos técnicos já existentes sobre os riscos relacionados ao trabalho e a incorporação de novos conhecimentos específicos das outras áreas pelos técnicos e engenheiros de segurança do trabalho, conforme apontaram os documentos 30,31, ao mencionarem a capacitação das equipes e a integração da saúde do trabalhador com as demais áreas da vigilância.

O trabalho integrado entre a vigilância ambiental em saúde e a saúde do trabalhador também potencializou as ações. Aconteceram vários pontos de interesse comum entre as áreas, o que

facilitou a aproximação delas. Os acidentes ambientais e as áreas contaminadas têm convocado as pessoas a trabalharem juntas e criaram maior possibilidade de contato dos técnicos com os usuários do SUS, que exercem o controle social por intermédio de sua participação nos conselhos de saúde. Essa interação das ações de vigilância sobre o processo produtivo e sobre os riscos a que os trabalhadores, moradores e consumidores estiveram expostos apresentou convergência na direção do aumento da consciência ecológica 5,34,35. A atuação em vigilância ambiental em saúde estava prevista na documentação da Secretaria Municipal de Saúde 29; contudo, a atuação conjunta ocorreu especialmente pela força dos fatos reais, que impulsionaram as duas áreas a se aproximarem, pois nenhuma delas tinha conhecimento prévio e suficiente para enfrentar uma problemática tão complexa como essa. Esse foi um avanço que os documentos não previram. O trabalho conjunto dessas duas áreas também favoreceu a aproximação intra e entre as equipes das vigilâncias em saúde distritais, do CEREST e da COVISA, além de abrir espaço para a participação e controle social.

No entanto, foi possível identificar pontos significativos que foram relatados como dificuldades nesse processo.

O primeiro deles, considerando as categorias gestão do processo de descentralização e participação e democratização das discussões e das relações, foi relativo à preparação para a implantação dessa diretriz. Os relatos nos grupos focais indicaram que não ocorreu planejamento adequado de questões centrais para a implantação de um projeto, como aquelas relativas à infraestrutura de matérias e a pessoal necessário, a clareza dos papéis e atribuições de cada nível no sistema de vigilância à saúde e, ainda, dos fluxos e relações que deveriam ser estabelecidos entre eles. Os principais atores como trabalhadores e alguns gestores distritais da vigilância em saúde, do CEREST e da COVISA, não foram envolvidos nesse processo e as estratégias não foram acordadas e preparadas com os implicados.

A gestão estratégica da implantação de qualquer projeto no campo da saúde deve pautar-se na compreensão de que há diferentes interesses em disputa e que a construção de novas racionalidades institucionais e da subjetividade é realizada por sujeitos, conforme aponta Merhy 36. Ainda que houvesse concordância com os princípios e diretrizes, ocorreu grande questionamento na forma como foi feita a implantação, mostrando uma contradição entre o componente democrático implícito nos princípios do SUS e as relações pouco democráticas que se estabeleceram na sua implantação. Esse, talvez, tenha sido um

equivoco na condução do processo que criou ruídos entre as equipes dos diferentes níveis da Secretaria Municipal de Saúde, estranhamento à proposta e à forma, abriu espaço para as disputas de projetos e, inevitavelmente, gerou atraso no processo de implantação da diretriz.

Utilizando a categoria de análise disputa de projetos políticos de descentralização, as falas nos grupos focais indicaram movimentos de conquista de espaço de grupos, segmentos, às vezes, em disputa entre eles, com entendimentos divergentes sobre o processo e as atribuições e responsabilidades de cada nível, influenciando negativamente na construção de um projeto coletivo de descentralização. A falta de clareza dos papéis e fluxos entre os serviços era resolvida nas relações interpessoais que se estabeleceram entre os técnicos. Conforme indica Campos ²², a gestão desse processo precisaria ter envolvido pessoas e grupos a fim de obter a participação e a adesão a ela, aumentar a capacidade de análise do grupo e com isso, construir de forma compartilhada um projeto que seria tomado por todos esses sujeitos, como seu. Portanto, pode-se dizer que há um contrassenso, pois uma diretriz como a descentralização está carregada do princípio da democratização dos serviços e das decisões, e, no entanto, o que se percebeu nos grupos focais foi uma forma não democrática de implantá-la, passando uma mensagem ambivalente aos trabalhadores.

A falta de recursos materiais à época do início da descentralização – o ano de 2001 – também foi apontada como dificuldade à implantação da descentralização, ao passo que seriam as condições de infraestrutura básicas e necessárias para seu desenvolvimento segundo a categoria de análise estrutura disponível para a viabilização da proposta de descentralização.

Sob a mesma categoria de análise, a ausência de um sistema de informação que contemplasse as necessidades da vigilância da saúde do trabalhador foi apontada pelos grupos como um ponto de grande importância. Medeiros ³⁷ já fazia advertência sobre as dificuldades na manutenção da qualidade do informado por conta da descentralização do atendimento dos acidentes de trabalho para as UBS. Verificamos que o registro dos informes sobre as ações de vigilância da saúde do trabalhador não é homogêneo e dificultam a sua própria orientação. Cordeiro et al. ⁷ apontam que os dados consistentes sobre as características e a distribuição dos acidentes devam fundamentar a formulação e a implantação de políticas públicas para o enfrentamento desse problema.

Houve a iniciativa de elaboração, no município, de um programa de informática próprio, denominado Sistema de Vigilância à Saúde do

Trabalhador (VISATRA), que pretendia abordar de forma integrada aspectos do atendimento médico do trabalhador, do ambiente de trabalho e das ações desencadeadas, que são questões tradicionalmente abordadas e registradas de maneira fragmentada por sistemas de informação específicos de vigilância epidemiológica, sanitária e de assistência à saúde. Porém, a proposta municipal não foi implantada, já que houve uma decisão de não adotar um sistema paralelo ao oficial que o Ministério da Saúde deveria implantar, o SINAN-NET ³², porque a utilização de dois sistemas de informação pareceu inviável. Mesmo que o SINAN-NET não fosse o mais adequado às necessidades do município, por não contemplar os aspectos locais de vigilância sanitária e manter a abordagem tradicional fragmentada dos sistemas de informação, à época pareceu estratégico optar pelo sistema que veio como uma exigência do Ministério da Saúde. Essa questão nos incita a sugerir que sejam revistos os sistemas de informação a fim de fornecer de modo mais integrado as informações necessárias a quem delas se utiliza, relativas à assistência à saúde, à vigilância epidemiológica e sanitária envolvidas na atenção à saúde dos trabalhadores, uma vez que não negamos as vantagens do uso de sistemas nacionais, desde que atendam também as demandas do nível local do SUS.

De acordo com a categoria gestão do processo de descentralização, verificou-se que a complexidade do desenho institucional da Secretaria Municipal de Saúde agregou uma dificuldade maior na gestão de um tema transversal. A Secretaria Municipal de Saúde gerenciava sua rede de serviços com cinco Distritos de Saúde, vinculados ao Departamento de Saúde. As equipes distritais de vigilância da saúde do trabalhador estavam ligadas administrativamente aos Distritos de Saúde e tecnicamente à COVISA. O CEREST estava vinculado ao Departamento de Saúde, mas tinha assento no Colegiado de Vigilância, órgão de gestão do sistema municipal de vigilância em saúde. O desenho institucional de um sistema descentralizado também exigia maior complexidade do modelo de gestão. As vigilâncias em saúde distritais, na prática, responderam a dois comandos e ainda se relacionaram com serviços de referência como o de saúde do trabalhador, que não tinha ascendência direta sobre elas, mas eram responsáveis pela implantação da política municipal na sua área temática, guardando alguma homogeneidade no município. Esse quadro levou à dubiedade quanto à coordenação das ações de vigilância da saúde do trabalhador entre o CEREST e a COVISA, e também na relação hierárquica entre esses dois órgãos e as vigilâncias em saúde distritais, e também com as UBS,

gerando mal-entendidos, duplicidades, conflitos e distanciamento. Tal dubiedade foi reforçada no Ministério da Saúde pela vinculação da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) apenas à área da assistência, desarticulada da vigilância da saúde, além da separação da vigilância sanitária, na estrutura da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme aponta Vilela¹². A COSAT foi transferida em 2007 para a Secretaria de Vigilância em Saúde, o que poderia facilitar as relações entre essas duas áreas, mas não garantiria a também necessária integração regional e local com a área da assistência.

Ficou evidente a necessidade de clarear os papéis, fluxos e a relação que deve existir entre esses serviços do sistema de saúde, tanto para melhorar a operação do cotidiano desses serviços, quanto poder influenciar positivamente na agenda de prioridades do município, por ocasião das discussões dos pactos que se estabelecem com a Secretaria de Estado da Saúde e com o Ministério da Saúde. É necessária a compatibilização das atribuições do CEREST como articulador da política de saúde do trabalhador com as estruturas já existentes do sistema de vigilância e de assistência à saúde¹⁴. Todavia, mais do que estruturas e desenhos institucionais, é preciso desenvolver processos de trabalho que deem conta da complexidade desse campo.

O conflito capital-trabalho foi destacado nas falas como inerente ao tema da saúde do trabalhador. Da mesma forma como nos mostra Machado⁹, os conflitos presentes podem atingir empresas que ofereçam apoio político aos governos e, somando-se à crise financeira do setor saúde e às dificuldades em obter pessoal técnico qualificado, esse pode ser um fator de dificuldade para que os gestores e os profissionais de saúde queiram assumir as atividades relacionadas ao tema, tornando o cumprimento da descentralização menos satisfatório.

As falas colhidas nos grupos focais demonstram a sensibilidade e qualificação presentes entre os técnicos que atuam nessa área. Conhecem a realidade em que estão trabalhando, a importância das relações de produção como determinante do processo saúde-doença, e também têm a dimensão das limitações que os profissionais de saúde têm para enfrentar essa questão do adoecimento pelo trabalho. É uma demonstração da necessidade de apoio que os técnicos que estão em campo têm para enfrentar os conflitos existentes e desenvolverem plenamente suas atribuições. Também apontaram para o fato de que a saúde do trabalhador é uma área que demanda uma atuação intersetorial, em especial de áreas jurídicas que podem fazer valer a legislação atual e até identificar necessidades de

aperfeiçoamentos. Identificou-se a carência de apresentação e discussão de propostas teóricas que abordem essas necessidades. A saúde do trabalhador carece de formulação que articule a assistência, a vigilância, o poder de fiscalização do Estado e o respeito às diretrizes do movimento dos trabalhadores.

Considerações finais

O presente trabalho permitiu resgatar o processo de descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, destacando-se aspectos históricos e de contexto. Esse processo foi definido de acordo com as opções políticas do momento vivido e sob forte determinação de implantação dos princípios e diretrizes do SUS.

Os resultados também mostraram que houve aspectos que facilitaram a descentralização da vigilância da saúde do trabalhador para as vigilâncias em saúde distritais e outros que a dificultaram.

Os aspectos facilitadores do processo foram: (a) a descentralização ocorreu em consonância com os princípios do SUS; era apontada nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde e atendia à deliberação da Conferência Municipal; (b) o provimento, ainda que posterior, de infraestrutura permitiu a qualificação do trabalho das equipes descentralizadas para o distrito de saúde; (c) a chegada de técnicos transferidos do CEREST para as vigilâncias em saúde distritais, com formação específica em saúde do trabalhador, aumentou a capacidade da equipe para atuar na área de saúde do trabalhador e nas demais áreas da vigilância em saúde, qualificando o processo de descentralização; (d) o trabalho integrado com a vigilância em saúde ambiental potencializou o trabalho de ambas as áreas e proporcionou maior participação comunitária.

Como aspectos que dificultaram o processo, tivemos: (a) a descentralização foi implantada com preparação e planejamento insuficientes para questões centrais como pessoal necessário, a infraestrutura, a clareza dos papéis e atribuições de cada nível no sistema de vigilância à saúde e, ainda, dos fluxos e relações que deveriam se estabelecer entre eles; o planejamento das ações, a pactuação das regras, atribuições, fluxos e implantação do processo de descentralização teve participação pequena e insuficiente dos trabalhadores da saúde e representação dos sindicatos; (b) a falta de recursos materiais à época do início da descentralização, pois seriam as condições de infraestrutura básicas e necessárias ao seu desenvolvimento; (c) a ausência de um

sistema de informação que contemplasse as necessidades da vigilância da saúde do trabalhador para orientar ou reorientar as ações; (d) a complexidade do desenho institucional da Secretaria Municipal de Saúde agregou uma dificuldade maior na gestão de um tema transversal, levando à dubiedade quanto à coordenação das ações de vigilância da saúde do trabalhador entre o CEREST e a COVISA, e também na relação hierárquica entre esses dois órgãos e as vigilâncias em saúde distritais, e também com as UBS, gerando mal-entendidos, duplicidades, conflitos e distanciamento; (e) o conflito capital-trabalho, inerente à saúde do trabalhador, pode ser um fator

para que esse tema não esteja colocado entre as prioridades e de dificuldade para que os gestores e os profissionais de saúde queiram assumir as atividades relacionadas a ele.

Mesmo não tendo se constituído num processo ideal, a descentralização da vigilância da saúde do trabalhador vem contribuindo para a consolidação do SUS municipal de forma mais qualificada e participativa, e o presente trabalho, à medida que vem sendo apresentado e discutido com diferentes seguimentos de envolvidos com as atividades, contribui para uma análise organizada e profunda do ocorrido, o que, oxalá, possa seguir adiante.

Resumo

O trabalho avalia o processo de descentralização da vigilância da saúde do trabalhador para as equipes distritais em Campinas, São Paulo, Brasil, de 1990 a 2006. A história e o contexto foram recuperados em documentos da Secretaria Municipal de Saúde para construir critérios de avaliação e definir facilidades e dificuldades na implantação de diretrizes, bem como a distância entre o formulado e a realidade alcançada. A avaliação utilizou-se de técnicas qualitativas com grupos focais de implicados no processo. Os resultados mostraram que a descentralização foi definida conforme as opções políticas do momento e sob determinação dos princípios do SUS; foram facilitadores o aumento da capacidade técnica e a integração entre as equipes, e dificultaram o processo o planejamento centralizado e pouco participativo, recursos insuficientes e pouca clareza de papéis e atribuições entre os serviços. A discussão desses resultados com gestores, atores sociais e profissionais envolvidos tem contribuído para analisar e organizar ações transformadoras das práticas regionais públicas de vigilância da saúde do trabalhador.

Vigilância em Saúde do Trabalhador; Avaliação em Saúde; Descentralização

Colaboradores

S. R. R. Balista, S. M. Santiago e H. R. Corrêa Filho participaram da concepção, redação e revisão da versão final do artigo.

Referências

1. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayro MZ, Almeida-Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. 6a Ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p. 587-603.
2. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 531-62.
3. Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único do Brasil. In: Fleury S, organizador. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 418-42.
4. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26.
5. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad Saúde Pública* 1997; 13 Suppl 2:7-19.
6. Vilela RAG. Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes de trabalho. São Paulo: Editora LTr; 2003.
7. Cordeiro R, Vilela RAG, Medeiros MAT, Gonçalves CGO, Bragantini CA, Varolla AJ, et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1574-83.
8. Maeno M, Carmo JC. Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
9. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad Saúde Pública* 1997; 13 Suppl 2:33-45.
10. Costa EA, Rosenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rosenfeld S, organizador. *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-40.
11. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2002.
12. Vilela MFG. Da "moça da vigilância" ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
13. Brasil. Portaria nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 20 set.
14. Portaria 2437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST – no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 9 dez.
15. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:797-807.
16. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas*. São Paulo: Editora Gente; 2004.
17. Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 19-51.
18. Cruz-Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf (acessado em 03/Ago/2010).
19. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2002; 12:149-61.
21. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
22. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
23. Silva Jr. AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 113-28.
24. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. *O Érgon no Paidéia: uma proposta de inserção da atenção aos problemas relacionados ao trabalho em um novo modelo de saúde*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
25. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. *Vigilância em saúde do trabalhador: proposta de estruturação de níveis de ações*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
26. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. *O CRST no Sistema Único de Saúde: a experiência de Campinas*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
27. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. *Seminário de vigilância à saúde*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 1993.
28. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. *Termo de referência para o projeto de ampliação da cobertura da assistência de vigilância em saúde do trabalhador no SUS*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.

29. Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Projeto Paidéia de Saúde de Campinas: ampliação das ações de saúde coletiva. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.
30. Programa de Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Saúde do trabalhador: diretrizes. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 1996.
31. Programa de Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Relatório: sumário de atividades do quadriênio 1993, 1994, 1995, 1996. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 1996.
32. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Plano de ação e metas em saúde do trabalhador. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
33. Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Plano de ação e metas de vigilância em saúde. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
34. Câmara VM, Tambellini AT, Castro HA, Waissmann W. Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p. 469-97.
35. Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiattella M, Re A. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1986.
36. Merhy EE. Planejamento em saúde como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E, Merhy EE, Gonçalves RBM, organizadores. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Editora Hucitec; 1995. p. 117-54.
37. Medeiros MAT. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Recebido em 26/Set/2010

Versão final reapresentada em 17/Fev/2011

Aprovado em 22/Fev/2011