

TÂNIA LÚCIA HIROCHI

TRAJETÓRIA DE TRABALHADORES QUE BUSCAM O CENTRO DE

REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST

NO MUNICÍPIO DE BETIM - MG

CAMPINAS

2010

TÂNIA LÚCIA HIROCHI

TRAJETÓRIA DE TRABALHADORES QUE BUSCAM O CENTRO DE

REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST -

NO MUNICÍPIO DE BETIM - MG

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Zélia Zilda L de Camargo Bittencourt

CAMPINAS

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

H615t Hirochi, Tânia Lúcia
Trajetória de trabalhadores que buscam o Centro de Referência em
Saúde do Trabalhador – CEREST – no Município de Betim-MG /
Tânia Lúcia Hirochi. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde do trabalhador. 2. Saúde Pública. I. Bittencourt, Zélia
Zilda Lourenço de Camargo. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Workers trajectory seeking reference center in the
health worker – CEREST – the municipality of Betim - MG**

Keywords: • Occupational health
• Public health

Titulação: Mestre em Saúde, Interdisciplinariedade e Reabilitação
Área de concentração: Interdisciplinariedade e Reabilitação

Banca examinadora:

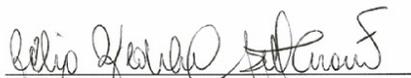
Profa. Dra. Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt
Profa. Dra. Elizabeth Costa Dias
Profa. Dra. Maria de Fátima de Campos Françoso

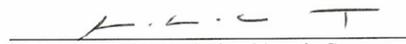
Data da defesa: 10-02-2010

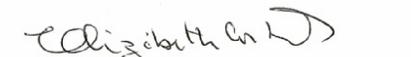
Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): TÂNIA LÚCIA HIROCHI

Orientador: Prof.(a) Dr.(a) Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt


Prof.(a) Dr.(a) Zélia Zilda Lourenço de
Camargo Bittencourt


Prof.(a) Dr.(a) Maria de Fátima de Campos
Françaço


Prof.(a) Dr.(a) Elizabeth Costa Dias

Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/02/2010

AGRADECIMENTOS

A atividade de realizar pesquisa requer do executar, dentre tantas exigências, algumas competências que não são construídas no ato de pesquisar, mas sim, no desenrolar da vida. Exigência acredito é estar e ser acompanhado por colegas, amigos e familiares que possam compreender as necessidades desse trabalhador pesquisador.

Agradeço em especial os amigos Maria Inês e Cláudio pela acolhida pela escuta e principalmente o apoio nas horas mais difíceis dessa trajetória e que não foram poucas.

Aos colegas do curso de mestrado que souberam compartilhar e solidarizar-se durante esse percurso.

A secretaria da saúde de Betim que compreendeu a importância da pesquisa e permitiu a realização da mesma. Aos profissionais do CEREST Betim, que solidarizaram – se à proposta e no decorrer do ano de 2008 apesar de todas as chuvas e imprevistos ajudaram na execução do trabalho.

Aos colegas Luci e John Salmela pela ajuda constante durante a realização desse trabalho nos programas estatísticos e na compreensão da língua inglesa.

Aos amigos paulistas, paulistanos e mineiros, que nas horas difíceis dessa trajetória colocaram cada um a seu modo, tijolos na base de sustentação dessa construção.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to verify the paths of the workers who were looking for medical assistance at the Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST - Betim (MG) and to identify their routes and main complaints. In addition, their clinical diagnoses were analyzed to verify their opinions regarding the resolution of the complaints which led to the search for these services. This descriptive study was carried out from October to December 2008, based upon reports from the institutional records and structured interviews. Forty-six workers were interviewed with a mean age of 41 years, ranging from 24 to 65. Fifty-seven percent were women, 60.9% had elementary school degrees, and 58.7% were married and had one to three children. The majority of the workers (93.5%) lived and worked in the city of Betim and the reported family incomes by 76.1% of them were up to three minimum wages. Most of the workers had employment contracts (82.6%) and performed activities which involved service provisions (58.6%). Of these workers, 63% were out of work due to health problems, and the reason for their contacts with CEREST focused upon suspected occupational diseases (80.4%), while 37% looked for specific treatments. Their complaints of pain were concentrated on the upper limbs (37%), and the diagnoses were divided into disorders of the lumbar discs and rotator cuff syndromes. Regarding the resolution of the complaints which led to the seeking of these health services, 63% of the respondents stated that they were in treatment, and were generally satisfied with the care provided by CEREST. The results from this study highlighted the importance of CEREST - Betim in the implementation of the workers' health policies.

Keywords: Occupational health, health services, unified health system.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo verificar características e necessidades de trabalhadores que procuraram o atendimento médico no Centro de Referência a Saúde do Trabalhador – CEREST – Betim (MG); identificar as queixas e os diagnósticos apresentados por esses trabalhadores e verificar a opinião dos mesmos quanto à resolução da queixa por eles apresentadas na ocasião da busca pelo serviço. Realizou-se um estudo descritivo, no período de outubro a dezembro de 2008, mediante consulta a dados de prontuários e entrevistas com 46 trabalhadores utilizando-se formulário com questões referentes às características sócio-demográficas, ocupacionais, morbidade e sobre a resolução do problema que os levou ao CEREST. Os trabalhadores entrevistados apresentavam as seguintes características: idade variando de 24 a 65 anos, sendo a idade média de 41 anos, predomínio do sexo feminino (56,5%); 60,9% cursaram até o ensino fundamental incompleto. A maioria dos trabalhadores residia no município de Betim (93,5%), assim como a maior parte trabalha neste município; 58,7% eram casados e tinham de um a três filhos. A renda familiar referida por 76,1% dos trabalhadores era de até três salários mínimos por mês. A concentração da situação de trabalho era com vínculo empregatício (82,6%) e as atividades exercidas concentravam-se na área de serviços (58,6%). Desses trabalhadores, 63,0% encontravam-se afastados do trabalho devido a problema de saúde. O motivo de busca ao CEREST concentra-se em (80,4%) para suspeita de doença ocupacional e (37%) buscavam tratamento, as queixas de dores localizam-se em 37% nos membros superiores e os diagnóstico encontrados dividem-se em transtornos de discos lombares e na síndrome do manguito rotator. Quanto a resolução do Problema 63% afirmam que esta em andamento. Os resultados deste estudo destacaram a importância do CEREST – Betim na implementação das políticas da saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, RENAST, CEREST - Betim

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CBO - Classificação Brasileira das Ocupações

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CRST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CREDEF – Centro de Referência de Especialidades

EUA - Estados Unidos da América

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

GRTs - Gerência Regional do Trabalho e Emprego

ID - Indicadores de Desempenho

LOS - Lei Orgânica de Saúde

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

M.G. - Minas Gerais.

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PSF - Programa de Saúde da Família

PSTs - Programas de Saúde dos Trabalhadores

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador

SM – Salários Mínimos

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UAIs - Unidades de Atendimento Imediato.

IPSS - Instituto de Previdência Social

GRT - Gerências Regionais do Trabalho

LISTA de QUADROS e TABELAS

Quadro - 1 Consolidado de dados dos entrevistados	60
Tabela 1. Distribuição dos profissionais do CEREST – BETIM	53
Tabela 2. Grau de escolaridade por gênero	62
Tabela 3. Renda em Salários mínimos.	63
Tabela 4. Profissões dos entrevistados de acordo com a Classificação Brasileira de ocupações (CBO)	63
Tabela 5. Distribuição das atividades profissionais (masculino.)	64
Tabela 6. Distribuição das atividades profissionais (feminino).	64
Tabela 7. Vínculo empregatício no momento da entrevista	65
Tabela 8. Número de perícias médicas realizadas no INSS antes de buscar o CEREST – Betim	66
Tabela 9. Motivo da solicitação da perícia	66
Tabela 10. Origem do Encaminhamento ao CEREST – Betim	67
Tabela 11. Motivo consulta	68
Tabela 12. Objetivo consulta	68
Tabela 13. Período de tempo para o atendimento e objetivo da consulta	69
Tabela 14. Motivo da consulta e objetivo da consulta	69
Tabela 15. Motivo da consulta e atividade profissional	70
Tabela 16. Distribuição da queixa de dor relatada pelos trabalhadores	71
Tabela 17. Localização da dor (gênero feminino)	71
Tabela 18. Localização da dor (gênero masculino)	71
Tabela 19. Localização da dor e atividade profissional (gênero feminino)	72
Tabela 20. Localização da dor e atividade profissional (gênero masculino)	73

Tabela 21. Distribuição do diagnóstico clínico dos entrevistados e CID 10 ⁴	74
Tabela 22. CID 10 e Localização da dor no segmento corporal	75
Tabela 23. Incidência de patologia por gênero	76
Tabela 24. Motivos de ações em Saúde do trabalhador	76
Tabela 25. Distribuição dos encaminhamentos após consulta médica	78
Tabela 26. Local onde se realiza os atendimentos de fisioterapia fonoaudiologia e terapia ocupacional	78
Tabela 27. Utilização do serviço de reabilitação	79
Tabela 28. Resolutividade do problema que o trouxe ao CEREST – Betim	79

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Assistência à Saúde no Brasil	22
1.2. Sistema Único de Saúde	34
1.2.1 – Acesso	35
1.2.2 – Equidade	38
1.2.3 - A Integralidade dos Serviços na Rede SUS	39
1.3. Origem e criação dos CERESTs	40
1.4. Atenção a Saúde do Trabalhador em Minas Gerais	47
1.4.1 O Município de Betim	49
1.4.2 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador CEREST – Betim	51
2. OBJETIVOS	55
3. METODOLOGIA	56

4. RESULTADOS e DISCUSSÃO	59
4.1 - Caracterização da amostra estudada	59
4.2 - O acesso ao CEREST – Betim	65
4.3 – Aspectos clínicos e resolutividade	73
5. CONCLUSÃO	83
6. RECOMENDAÇÕES	85
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
8. ANEXOS	93

1- INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o trabalho tem sido considerado uma importante dimensão da vida humana, pois é através dele que o homem satisfaz suas necessidades básicas e exterioriza sua capacidade criadora. O trabalho é elemento central da vida na sociedade capitalista que se estrutura a partir dele, sendo, portanto, fundamento do vínculo social (1).

A atividade produtiva é resposta aos carecimentos e necessidades sociais ocupando papel fundante na esfera da vida cotidiana (2), e por meio deste o homem se desloca de mera extensão da natureza para alcançar a condição de ser social (3). Entretanto, o adoecimento pelo trabalho é realidade que não pode ser ignorada e tem sido constatada através da história.

O trabalho e o processo saúde-doença a partir da Revolução Industrial tomam proporções consideráveis, definidas pela relação produção/consumo necessários para compreensão das condições de vida e do perfil de vulnerabilidade de grupos sociais e de adoecimento da população (4).

Nas últimas décadas, com a ampliação do processo de reestruturação produtiva, novas formas de organização da condição e gestão do trabalho, viabilizadas pelos avanços tecnológicos trouxeram modificações e conseqüências no viver e adoecer das pessoas. Tais mudanças trazem como conseqüência para o mundo do trabalho exigências, que por vezes, os trabalhadores ainda não se encontram aptos para desempenhar, pela defasagem de conhecimento que dificulta a competência, eficiência e eficácia de seu fazer, ou por condições físicas, orgânicas e emocionais, requisitos precípuos da própria atividade a ser executada.

Este estudo diz respeito a alguns aspectos da trajetória de trabalhadores que buscam a atenção em saúde no Centro de Referência em saúde do

Trabalhador em BETIM. A escolha e meu envolvimento com o tema ocorrem pela formação e prática de terapeuta ocupacional que me possibilitou refletir e pensar a ocupação humana em toda a sua amplitude, desde a maturação neurológica que otimiza o fazer na aquisição de habilidades até o significado da vida, permitindo a execução de um ofício que determina o seu papel social enquanto cidadão.

Ao término da graduação e principalmente pelo que determinou a busca dessa formação, atuei na Associação de Crianças Defeituosas (AACD) em São Paulo, principalmente no setor de neuropediatria e dentre as diversas atividades realizadas, iniciei grupo de preparo para o trabalho, com crianças portadoras de diversas patologias que cursavam o ensino fundamental, com o objetivo de vivenciar atividades diversificadas na busca de ampliar os horizontes e perspectivas de inserção profissional futura, cujas possibilidades à época eram muito restritas aqui no Brasil.

Atuei ainda no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo na Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro, em meados da década de 80, nas oficinas profissionalizantes, cuja população de jovens e adultos era portador de deficiência e o objetivo do tratamento era a inserção profissional.

O ingresso na Universidade Federal de Minas Gerais ao final da década de 80 possibilitou a introdução do tema reabilitação profissional nas disciplinas ministradas na graduação no curso de terapia ocupacional.

A partir da década de 90, com a inserção da área da saúde do trabalhador no SUS e a participação nos movimentos sociais permitiram o desenvolvimento de projeto de extensão, com o propósito de criação do serviço de terapia ocupacional junto ao Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador na UFMG (SAST/UFMG) cujo objetivo era oferecer assistência ao servidor no tocante ao retorno ao trabalho e todas as suas implicações após licença prolongada,

processo de readaptação ou ainda orientações para melhor desempenho ocupacional com preservação das condições de saúde. O trabalhador à época era responsável por garantir os cuidados necessários para manter-se saudável, sem qualquer subsídio por parte do governo federal, portanto cabiam a ele duas alternativas: buscar a resolução de seus problemas junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou o pagamento de assistência suplementar.

Diante da prática profissional por mim experimentada, ao refletir sobre os relatos dos servidores federais da universidade, sobre suas dificuldades em encontrar atendimento para as questões que envolviam a saúde do trabalhador e as intercorrências advindas da condição de trabalhador, senti-me aguçada a buscar o conhecimento dessas questões em outro ambiente.

Ao verificar que a proposta da inserção da atenção à saúde do trabalhador no SUS, deveria buscar a integralidade dos cuidados, tornou-se instigante investigar junto ao Centro de Atenção a Saúde do Trabalhador de BETIM - MG a pergunta: “O problema que o trouxe ao Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador foi resolvido?”. Tal questionamento, então surge como uma possibilidade de observar alguns aspectos da trajetória desses trabalhadores nesse espaço.

A atenção à saúde do trabalhador tem sua inserção como especialidade com a denominação de medicina do trabalho na Inglaterra em meados do século XIX, com o advento da revolução industrial. Os trabalhadores eram submetidos a processo acelerado e desumano de produção, decorrente das condições impostas e exigidas pelos proprietários das indústrias. O homem se tornou escravo da máquina e dos ritmos acelerados de produção, submetido a jornadas extenuantes e desfavoráveis à saúde, igualmente impostas às mulheres e crianças (5). Tal processo demandou medidas de intervenção, como a inserção da figura do médico dentro das indústrias, passando a tomar corpo à medicina do trabalho,

com o fim de verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas, sendo de sua competência a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho (6). A implantação desses serviços espalhou-se rapidamente por vários países paralelamente ao processo de industrialização uma vez que a recuperação do trabalhador visava seu rápido retorno à linha de produção.

No Brasil, o movimento dos trabalhadores pela conquista dos direitos sociais e na busca do significado da liberdade e do valor do trabalho, realiza em 1906, o I Congresso Operário dando início à luta por direitos enquanto categoria profissional e cidadão. A combatividade da classe operária brasileira foi demonstrada através de greves e manifestações contra as péssimas condições de vida e trabalho, pelo aumento dos salários e pela diminuição da jornada. O cerne das discussões era a responsabilidade do risco de acidente de trabalho, e os processos de produção. Mendes et al. (6) referem que à medida que ocorre a organização do trabalho, é ampliada a importância da relação trabalho-saúde, exigindo novas estratégias para a modificação de condições de trabalho.

O processo de industrialização institui nova organização social, tanto no núcleo urbano como no rural. A transição do modelo econômico centrado no sistema agrário para um sistema centrado na industrialização desencadeou mudanças significativas no campo político, econômico, social e cultural. O novo trabalho produtivo no Brasil passa a constituir a base das classes sociais, estruturadas segundo o princípio do reconhecimento da igualdade e dignidade dos indivíduos.

As transformações ocorridas no mundo na perspectiva da evolução econômica e tecno-industrial requeriam à época abertura do mercado econômico, financeiro e comercial. Especialmente a partir da década de 70 o fenômeno da globalização traz para dentro do mundo do trabalho novas exigências, que por vezes, os trabalhadores ainda não são aptos a desempenhar, impondo prontidão

cognitiva, através de competência, eficiência e eficácia de seu fazer, quanto prontidão das condições físicas, orgânicas e emocionais, requisitos precípuos própria da atividade a ser executada.

Resultante desse processo amplia-se a constante reestruturação produtiva, com novas formas de organização, realização das tarefas, modificações e desregulamentação do emprego e das condições de trabalho. Nesse processo de expansão capitalista, as políticas sociais e de emprego estão afinadas com as exigências do capital na lógica da lucratividade e produtividade das empresas. Longe de terem caráter universal, tais políticas são voltadas para a força de trabalho, inserida no sistema produtivo (7).

Essas transformações têm resultado em processo de precarização do trabalho, e emprego, de ameaça aos direitos dos trabalhadores e elevado substancialmente os níveis de desemprego. Todos esses aspectos contribuem para um significativo desmoronamento da organização da classe trabalhadora, que acaba por ficar inerte, à mercê dos interesses do capitalismo (8).

A introdução da terceirização, na produção das atividades quer seja industrial e comercial como estratégia para redução nos custos da produção, ou seja, imposto fiscal e trabalhista, modifica o limite da antiga produção dentro da fábrica, não nítido junto da maciça incorporação de tecnologias de automação.

O vínculo empregatício representa para o indivíduo a posse de benefícios e, portanto, desemprego e trabalho informal representam menor acesso aos benefícios, constituindo assim risco para o trabalhador (9).

O afastamento do trabalho traz repercussões nos padrões e estilos de vida dos trabalhadores, produzindo rupturas no modo de viver e planejar o futuro.

Há uma desconstrução do modo de fazer e da vida em sociedade, provável fruto da globalização, onde as culturas regionais perdem significado e submissas aos desígnios da modernidade. Portanto é constante a necessidade de reconstruir o Homem social.

1.1. Assistência à Saúde no Brasil

Historicamente, a preocupação com o impacto do trabalho sobre a saúde tem seu marco com o advento do capitalismo na sua fase industrial quando passa a ser objeto de intervenção pública (10).

No Brasil na década de 20 do século passado, o modelo econômico agro-exportador, era centrado na cafeicultura e o sistema financeiro dependia da exportação dessa produção. A atenção do governo brasileiro era voltada exclusivamente para a trajetória dessa mercadoria, seja nos portos do Rio de Janeiro e Santos, e nas estradas por onde eram transportadas as principais cargas para exportação e importação. Àquela época as epidemias, doenças infecciosas e parasitárias como a tuberculose, cólera, lepra, febre amarela e varíola, contribuía para a péssima imagem do país.

Em 1920 o médico Oswaldo Cruz, organiza a primeira Diretoria Geral de Saúde Pública criando então o sistema de saúde pública, implementando instituições públicas de higiene e saúde destinadas ao combate das epidemias urbanas e rurais. Suas ações também se refletiam na propaganda sanitária, na higiene infantil, industrial e profissional, nas atividades de supervisão e fiscalização, na saúde dos portos e no combate às endemias rurais (11). Programas especiais de combate à lepra, tuberculose, hospitais e laboratórios, foram instituídos nessas regiões e como consequência, a criação de programas de profilaxia rural com instalação de postos sanitários em áreas não urbanas como

medida de saneamento, em conseqüência da insalubridade nos principais portos, que geravam prejuízos econômicos e deturpavam a imagem do país (12; 13).

Os indigentes recebiam a assistência e cuidados das entidades de caridade como as Santas Casas de Misericórdia. (14).

Em 1923, a Lei Elói Chaves institui a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAPs) dando início à presença do Estado na regulação da concessão de assistência à saúde e à regulação de medidas ao trabalhador no Brasil. Essa prestação de assistência à saúde assegurada pelo Estado, estava vinculada ao cidadão trabalhador, que desempenhava atividades profissionais. A assistência à saúde ficava atrelada à cidadania regulada pelo Estado (15). Para Santos, a cidadania regulada tinha suas raízes “não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido por normas legais. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei”. Essa política pública, portanto, nasce vinculada ao mundo do trabalho e subordinada à lógica corporativa (16).

As primeiras categorias de trabalhadores que conquistaram esse direito foram os trabalhadores das companhias férreas e portuárias e os principais benefícios a eles concedidos foram aposentadoria e a assistência nos acidentes de trabalho, dentre outros. Sucessivamente foram sendo criados outros Institutos como o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (1933), o Instituto de Aposentadoria dos Comerciantes (1934), o Instituto de Aposentadoria dos Bancários (1934), o Instituto de Aposentadoria dos Industriários (1936), e o Instituto de Aposentadoria dos Estivadores e Transportadores de Cargas (1938). (17,18)

O modelo de atenção à saúde, centrado na lógica setorial teve forte expressão nos anos 30 e 40 com a estruturação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs por categoria profissional, com contribuição compulsória sobre a folha de salário e vinculação ao trabalho formal, atrelando a previdência à prestação de saúde. Na década de 40, esse modelo setorial também se estende aos trabalhadores do setor público por meio dos sistemas de previdência nas várias esferas do governo (16).

A lógica, do favorecimento das atividades que fortaleciam a economia, continuava presente, confirmando-se este pensamento quando se constata que as atividades consideradas trabalho eram aquelas reconhecidas em lei.

Assim, entre as décadas de 1920 e 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde: a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo que esta última se dirigia àqueles trabalhadores pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas em lei e para as quais se criou um seguro social (19).

Após o golpe militar de 64, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o país assiste o surgimento de novo desenho na saúde, com a implementação de políticas voltadas para o setor privado constituindo-se importante instrumento de ampliação desse setor (16). Os direitos sociais dentre eles o da saúde e da previdência foram conquistas resultantes da organização dos movimentos de trabalhadores, porém no decorrer da história o direito a saúde e o direito aos benefícios previdenciários confundem-se, por diversas razões dentre elas a política.

A Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) sancionada em 1960, promulgada pela lei 3.807, ocorre após longo debate político. Estabelece o regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores submetidos aos contratos regidos pelo regimento da consolidação das leis Trabalhistas (CLT), excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos, de autarquias e aqueles que tivessem

regimes próprios de previdência. Estabelece o seguro social, serviço social e perícia médica e também a atividade de reabilitação profissional. (17, 18,20).

No Brasil, o processo de descentralização, iniciado nos anos 1980, teve uma estreita relação com os processos de democratização política. Com o fim do regime de ditadura militar e a possibilidade de uma nova república, intensificaram-se os movimentos sociais na luta pela redemocratização do país e uma das bandeiras desses movimentos foi à questão da saúde, cujas discussões se concretizaram quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em agosto de 1985 foi instituída, através de portaria do Ministério da Saúde, a Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde, formada por parlamentares e representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, de órgãos de classe dos profissionais de saúde, dos partidos políticos, de instituições públicas envolvidas com a área da saúde e entidades representativas da sociedade civil.

Em março de 1986, na cidade de Brasília ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde com o tema: “Democracia é Saúde”, que em seu relatório final aponta o novo conceito de saúde: “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (21). Portanto, compreende-se que, saúde envolve mais que a ausência de uma patologia, e sim todos os requisitos necessários e básicos para a manutenção de uma vida, desde a alimentação, saneamento básico, moradia, lazer, transporte, emprego, e o acesso a todas essas condições.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, evento político-sanitário importante da década de 80 constituiu-se como o movimento que originou a formatação política e ideológica da reforma sanitária brasileira (22). Sua principal conquista foi a elaboração de um projeto defendendo a criação de um Sistema Único de Saúde que centralizasse as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência Social e, ao mesmo tempo, regionalizar o

gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento. Por outro lado afirmava-se o conceito ampliado de saúde, resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos. Resultaram ainda desse evento, duas ações que auxiliaram a concretização do novo sistema de saúde: a primeira foi à implementação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) que propunha a municipalização da Saúde e a segunda, a elaboração da Nova Constituição para o Brasil (22).

A Reforma Sanitária foi concretizada a partir da nova Constituição Brasileira em 1988, que assegura saúde como um direito social. Segundo Mendes (22) a reforma possibilitou ao Brasil a construção de um novo sistema de atenção à saúde, concebido sob três categorias: processo saúde-doença, paradigma sanitário e prática sanitária. O processo saúde-doença é compreendido como resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos, cognitivos e da interdisciplinaridade como prática social e intersetorial. Portanto saúde é resultado da produção e das determinações sociais.

No Brasil, a proteção social, está atrelada ao avanço das desigualdades geradas principalmente pela distribuição de riquezas. O progresso industrial, tecnológico e econômico implanta também diferentes modos de produção e de distribuição de riquezas, e como consequência, diferentes estratégias de organização da população, ou seja, da sociedade civil, fazendo emergir desigualdades, dissolução das relações de solidariedade.

“... a proteção social deixa de ser parte das relações tradicionais entre desiguais, onde senhores protegem e tutelavam servos leais ou entre iguais, no interior das corporações, para se colocar como uma questão social a ser resolvida nos marcos de uma nova sociedade que se fundava em base aos valores de liberdade e igualdade genérica dos indivíduos”. (23)

Historicamente os trabalhadores têm seus direitos assegurados pelo Estado, agente regulador e fiscalizador dos interesses dessa categoria, desde o

advento da lei Áurea de 1888, que confere à situação de trabalho novos contornos. A Abolição da escratura confere ao trabalho livre, importância fundamental para o início da regulamentação da atividade trabalho

A proteção social surge da contradição persistente entre igualdade formal e desigualdade real.

A cidadania emerge tendo o Estado como mediador da reconstrução das relações sociais e sentimento de pertencimento à comunidade. A questão social é política. A política publica subordina o interesse privado ao interesse público e valores civilizatórios estabelecido centralizado no poder estatal, na organização hierárquica e burocrática. (23)

O trabalho produtivo passa a constituir a base das classes sociais, estruturadas segundo o princípio do reconhecimento da igualdade e dignidade dos indivíduos.

A breve cronologia das regulações de proteção ao trabalhador, demonstra não só dificuldade na sua conquista mas também morosidade no reconhecimento desses direitos, conquistados através de movimentos da classe trabalhadora:

Legislações reguladoras das relações de trabalho com o intuito de proteção ao cidadão datam de 1891 a partir do decreto nº 1313 que regulamentou o trabalho de menores de doze a dezoito anos percorrem as décadas oferecendo medidas.

A assistência a saúde ao trabalhador tem início a partir de 1919 com a primeira lei de acidentes do trabalho. Na década de 20 a Lei Elói Chaves (1923) institui a caixa de aposentadoria e pensões dos ferroviários. A prestação da assistência à saúde assegurada pelo Estado estava vinculada ao cidadão trabalhador, que devia ao solicitar assistência à saúde, apresentar carteira profissional concedida para as profissões que constavam em lei, portanto a assistência à saúde ficava atrelada à cidadania regulada pelo Estado.

Na década de 30 com a Constituição de 1934 foram criadas a Justiça do Trabalho como órgão do Poder Executivo e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários – IAPB. O período do “Getulismo” é marcado pela criação do Ministério da Educação e da Saúde. Os serviços de saúde representavam pouca força política e econômica, sendo as atividades centralizadas em programas especiais de combate à lepra, tuberculose. Hospitais, laboratórios e serviços eram descentralizados em centros de saúde nas grandes cidades e postos de higiene na área rural. A Fundação Rockefeller (USA) patrocina a criação de serviços contra a febre amarela e a malária no nordeste.

A lei nº 62 de 5 de julho de 1935 é a primeira lei de indenização por despedida injusta com a Criação da Justiça do Trabalho.

Na década de 40, a CLT foi criada pelo Decreto-lei n.º 5452, de 01/05/1943, que sistematiza o que fora promulgado a partir de 1931, pelo Ministério do Trabalho como: a jornada de oito horas diárias, o repouso semanal remunerado, a remuneração dos dias feriados, a pausa para alimentação, as férias, a fiscalização contra acidentes, o adicional de insalubridade, a proibição de discriminar no emprego mulheres casadas ou grávidas, a licença-maternidade, a estabilidade no emprego depois de dez anos de trabalho, abolida depois do golpe de 64 e, sobretudo, a instituição do salário mínimo. Ainda nessa década foram estabelecidas; a terceira Lei de Acidentes do Trabalho, a regulação da lei de greve e a Lei do repouso semanal remunerado.

Na década de 50, segundo Mansur (19), o Ministério da Saúde, é criado (1953), responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, de alimentação e de nutrição, assim como pelas ações de atenção à saúde de interesse coletivo.

Na década de 60 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS - que propõe a uniformidade dos benefícios a todos os trabalhadores regulados pela CLT: Lei do 13º salário, Estatuto do trabalhador rural, estabelece o salário família para o trabalhador urbano sob proteção da CLT, Lei do FGTS, reformulação da política do país, junção dos institutos e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O Ministério da Saúde formula e coordena a política nacional de saúde. Ocorre a expansão da rede hospitalar conveniada/contratada com a Previdência Social, que tem como consequência a redução da prática liberal da medicina nos grandes centros urbanos.

Após 1964, ocorre a fusão dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorrendo um crescimento dos serviços próprios da Previdência e o convívio com os serviços privados contratados e conveniados. Criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, unificando as Instituições Previdenciárias.

“A expansão do complexo previdenciário criou uma nova modalidade de atendimento, a medicina de grupo, estruturada a partir de convênios entre o INPS e empresas, ficando estas com a responsabilidade pela atenção médica de seus empregados” (24).

A partir de novembro de 1968, em virtude do recesso do Congresso Nacional, houve o retorno ao sistema de decretos-lei expedidos pelo Poder Executivo.

Década de 70 - é criado o Ministério de Previdência e Assistência Social, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. A assistência médica era algo residual e as prioridades eram as

aposentadorias e pensões. Lei do Sistema Nacional de Saúde – estabelece que a assistência individual e curativa compete à Previdência Social. Havia o predomínio da rede privada contratada. (25)

“Com o desdobramento do antigo Ministério do Trabalho e Previdência Social, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, para responsabilizar-se pela elaboração e execução das políticas de previdência, assistência médica e social. Em 1977, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, pelo qual cada função do sistema passou a ser exercida por órgão específico. Assim, coube ao INPS exclusivamente a concessão e manutenção de benefícios; a prestação de assistência médica ficou com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS” (26).

A Previdência Social, na sua instituição tem como função a seguridade social dos trabalhadores formais, cujas profissões estão reguladas pelo Estado.

Na atualidade o escopo da atenção está estendida, para todos os cidadãos brasileiros, que necessitar da assistência social e assistência médica. Segundo Teixeira (27), o Seguro Social faz parte do direito social e destina-se a oferecer à população assalariada benefícios proporcionais a contribuição compulsória paga, garantida juridicamente, em razão de um contrato. Portanto é o que Santos (15) define como cidadania regulada, aquela estabelecida a partir da condição do exercício de uma atividade profissional reconhecida legalmente e por consequência, o registro em carteira de trabalho.

Década de 80 - 1986 - A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, teve como temário central à saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do setor saúde. Teve como

finalidade “*obter subsídios visando contribuir para a reformulação do sistema nacional de Saúde e proporcionar elementos para se debater a saúde na futura Constituinte*”. (28)

A principal conquista da 8ª Conferencia foi a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária defendendo a criação de um sistema único de saúde que centralizasse as políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência Social e, ao mesmo tempo, regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento. Por outro lado afirmava-se um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos.

A Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988, em seu preâmbulo assegura ,

“o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias”.
(29)

Ao responder os anseios dos movimentos sociais o artigo 6º da constituição brasileira com o propósito de oferecer justiça social engloba a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

A Carta Constitucional (29) enfatiza que o trabalho é o eixo organizador e centralizador das determinações de ações para manutenção de sociedade solidária, mediador da cidadania que se verifica no Art. 193: “*A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais*”. O trabalho, portanto, mantém o status de centralizador das determinações de ações para manutenção de uma sociedade.

O direito à vida do cidadão está garantido, por meio de políticas públicas, destinadas ao cuidado para com a sociedade. A Seguridade Social constituída pelo tripé formado pela saúde, previdência e assistência social, definida no artigo 194 da constituição brasileira, configuram o mínimo necessário para a salvaguarda do convívio na comunidade segundo a legislação vigente, e tem a solidariedade como princípio para seu funcionamento.

Importante observar que o cotidiano de toda uma vida, perpassando do nascimento até a morte envolvendo a complexidade do desenvolvimento humano com as aquisições necessárias e possíveis para execução das atividades esperadas nas diferentes etapas da vida, está abarcado nesse artigo. Portanto cabe refletir sobre a triangulação necessária das políticas destinadas especialmente ao trabalhador.

A saúde, em seu conceito ampliado está designada como direito social e individual. No artigo 196 *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

A previdência social é concretizada pela participação contributiva dos trabalhadores, para a cobertura de eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes de trabalho, velhice e reclusão. Serve, portanto, para substituir a renda do trabalhador contribuinte quando da perda de sua capacidade para o trabalho. Os benefícios oferecidos pela Previdência Social aos trabalhadores são: Aposentadoria por idade; Aposentadoria por invalidez; Aposentadoria por tempo de contribuição; Aposentadoria especial (para aqueles que tenham trabalhado em condições prejudiciais à saúde); Auxílio - doença; Auxílio acidente; Auxílio reclusão; Pensão por morte; Salário - maternidade;

Salário - família (29) parcial ou temporária ou ainda decorrente de condições adversas (29).

A Assistência Social prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, visa proteção; á família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. Permite acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. O Benefício de Prestação Continuada - BPC é concedido aos idosos com 65 anos de idade ou mais, que comprovem não ter outro rendimento e renda mensal familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente. É concedido também à Pessoa com Deficiência que comprove renda mensal do grupo familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, e cuja deficiência o incapacite para a vida independente e para o trabalho (29).

O Estado brasileiro assume como objetivos *“a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais esta a saúde”* (29).

“O meio social tem um profundo efeito na saúde dos indivíduos assim como na saúde da comunidade como um todo e é singular devido aos costumes culturais, linguagem, crenças espirituais, religiosas e pessoais. Ao mesmo tempo, indivíduos e seus comportamentos contribuem para qualidade do meio social”. (30)

1. 2 - Sistema Único de Saúde

O novo sistema de saúde do território brasileiro é regido pelas três esferas públicas governamentais: federal, estadual e municipal, com atribuições e competências distintas, que interagem com o objetivo de oferecer atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sua organização é norteadada pelos princípios de regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos, com gestão e responsabilidade partilhadas, entre as três esferas de poder. O SUS propõe como princípios:

Universalidade – Todas as pessoas têm direito aos serviços do SUS (“A saúde é direito de todos e dever do estado”) – Art. 196, da Constituição Federal de 1988. (30)

“Eqüidade – No âmbito do SUS existe a garantia de acesso para qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, o que determina que as ações sejam prioridades epidemiológicas e não privilégio ou favorecimento”.

Integralidade – As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não devem ser compartimentalizadas.

Quanto à organização do sistema,

“Para que estes princípios sejam efetivados na prática a organização do sistema de saúde está baseada em:

Regionalização e hierarquização – Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidades tecnológicas crescente, dispostas numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Descentralização – Aos municípios cabe a execução da maioria das ações, principalmente a responsabilidade política pela saúde de seus cidadãos.

Resolutividade – Os serviços devem resolver os problemas de saúde até o nível de sua competência.”(31,32).

O SUS preconiza a assistência ao cidadão com princípios focados na universalidade, equidade e integralidade. A principal mudança nas ações está na centralidade das operações no usuário e sua necessidade, que traz vivência e

história de vida em um território que determina o processo de saúde e doença. Tais princípios doutrinários permitem acesso à atenção a saúde, inclusive aos serviços tecnológicos não existentes na localidade de moradia. Portanto acesso implica o conjunto dos determinantes macro-organizacionais do Estado às implicações político - administrativo, o modelo assistencial proposto e a estratégia utilizada para o financiamento. O desempenho do sistema de saúde está associado à oferta e distribuição geográfica, à organização e forma de acolhimento que os serviços disponibilizam aos clientes (30, 33, 34, 35, 36,37).

1.2.1 - Acesso

Os determinantes que permitem definir acesso aos serviços de saúde incluem desde o modelo assistencial proposto, à estratégia utilizada para o financiamento e o desenho do sistema propriamente dito.

Os índices para medir o acesso aos serviços de saúde são; o desempenho do sistema, a distribuição geográfica, a forma de acolhimento, organização e disponibilização dos serviços.

A necessidade de avaliar a abrangência do sistema de saúde requer avaliação de desempenho dos serviços. Desempenho aqui compreendido como conceito multidimensional, associado à economia, à efetividade e à eficiência, resultados dos cuidados em saúde, e a satisfação dos usuários.

Na saúde, acesso pode ser definido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabilizam obter ou fazer uso com liberdade ou capacidade, entrada na rede de serviços de cada usuário ou paciente, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, esta ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos. É possibilidade de obter serviços necessários no momento e local adequados em quantidade suficiente e a um custo razoável, isto é, significa a remoção de obstáculos físicos e financeiros.

(30)

Donabedian (38) denomina acessibilidade ao conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e a produção de fato ou consumo de serviços. O acesso é um fator que intervém sobre o uso de serviços. A acessibilidade implica disponibilidade de recursos que obstruem ou facilitam o uso dos clientes.

A literatura pesquisada permite observar que o conceito de acessibilidade, muitas vezes é colocado como sinônimo de acesso, porém Frenk (39) entende que é característica dos recursos e dos serviços, qualidade de acesso e como grau de ajuste entre as características da população, durante o processo de busca para obtenção de resolutividade da necessidade.

Segundo Donabedian (40) acessibilidade é qualidade do acesso, considerada mediadora entre a presença dos serviços e utilização real pela população, inclui adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para atender a necessidade de saúde dos cidadãos. A oferta de serviços tem significado de possibilitar o uso pela população e capacidade de oferecer e produzir serviços que respondam à necessidade da população.

Para Gibbard (41) e Unglert (42) acessibilidade aos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a equidade seja concretizada. Deve ser garantida nas dimensões geográfica, econômica, cultural e funcional.

Conforme Campos (43) acessibilidade pode ser utilizada como metodologia da avaliação da qualidade do cuidado, e apresenta duas vertentes, uma considera a relação de equidade de acesso com as características da população a outra como avaliação do acesso pelos indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema.

Fekete (44) defende que a acessibilidade permite apreender a relação entre “necessidades e aspirações populares em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las”. Considerada eixo de análise de processo avaliativo do sistema de saúde enquanto ações e serviços são ajustes entre

características dos recursos de saúde e as da população no processo de busca e obtenção de assistência da saúde.

Accurcio & Guimarães (45) referem que acessibilidade é a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário de modo conveniente e fácil.

Para Starfiedl (46) acessibilidade é a oferta de acesso, é a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços.

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde (47). Acesso é o grau de ajuste entre clientes e o sistema de cuidado da saúde, é a adequação dos serviços e as expectativas do paciente (36), a entrada no serviço de atenção a saúde é continuidade do tratamento e o recebimento dos cuidados (48), depende das condições de vida, educação, nutrição, habitação, e poder aquisitivo (49).

Assis, Villa e Nascimento (50) sugerem que os determinantes para acesso estão definidos pela necessidade da atenção, resolução da queixa, atenção que a equipe dispensa aos usuários, localização geográfica da unidade de saúde, disponibilidade de recursos humanos, resolubilidade do problema, credibilidade dos serviços e indicação de parentes e amigos.

Segundo Hortale (37) acesso aos serviços de saúde é categoria que toma forma e coerência com as necessidades da população, quando objetiva a demanda dos cuidados. O volume da freqüência nos locais de serviço permite verificar a manifestação do usuário traduzida pela legitimidade e confiança nos profissionais e no sistema de saúde.

1.2.2 Equidade

As desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde tornaram-se foco de atenção desde o projeto da reforma sanitária no Brasil. A dimensão da justiça social entendida como processo de redução das desigualdades evitáveis e desnecessárias está incluída nos debates do campo político, introduzida como base contratual na constituição das sociedades. Significa na atualidade utilizar os parâmetros de análise com o fim de redução das disparidades dentro de cada contexto respeitando os valores crenças e cultura dos locais aonde serão inseridas as orientações para redução da desigualdade. (51)

Nos anos 80 a OMS divulga a frase "Saúde para todos no Ano 2000" para orientar o estabelecimento das políticas e estratégias de ações destinadas ao cuidado da saúde de tal forma a alcançar toda população mundial independente de raça, gênero, credo religioso, condições socioeconômicas e culturais.

"Partindo desse princípio, a questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde, é a redução ou a eliminação das diferenças que advêm de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possíveis" (51).

As dimensões da desigualdade em saúde segundo Travassos (52) correspondem a diversos determinantes que condicionam o adoecer. Portanto ao referir-se à equidade em saúde, cabe distinguir sobre qual aspecto do debate será abordada: equidade no acesso ao serviço, equidade na utilização dos serviços ou ampla equidade na distribuição dos recursos financeiros para a saúde.

O conceito de saúde pode ser compreendido como parte integrante do espaço social e construído em processo dialético, ou ainda utilizando o conceito da saúde coletiva que cada território permite construção de um cuidado em saúde, mas que ainda requer conhecimento multidisciplinar e de dimensões amplas tanto quanto o viver e desenvolver se em sociedade. (53, 54,55).

1.2.3 - A Integralidade dos Serviços na Rede SUS

Segundo Paim (56) modelo de atenção ou modelo assistencial "*é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas é uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação*".

O SUS preconiza assistência ao cidadão como princípio focado na universalidade e integridade, princípios adversos aos utilizados com orientação na teoria reducionista. A principal mudança está na operacionalização das ações centradas no usuário e suas necessidades, que traz uma história de vida, que são determinantes do seu processo de saúde e doença.

"No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e objetivação dos sujeitos" (57).

A consolidação do fortalecimento das ações do sistema de saúde brasileiro envolve novo acordo entre as três esferas governamentais, federal, estadual e municipal através do pacto nacional denominado Pacto pela Saúde e em Defesa do SUS no início de 2006 que contempla três grandes áreas: a) Pacto pela Vida, b) Pacto em Defesa do SUS, c) Pacto de Gestão do SUS (58).

A proposta do cuidado integral à saúde ousa ao requer mudanças e interações entre saberes e práticas, cujo foco é a produção da saúde. A reorganização dos processos de trabalho exige fluxo dentro de um processo dialético, cuja trama, é construída, exercida e compartilhada, por todos os atores que nela estão inseridos. A tradução desse chamado organograma no cotidiano das ações em saúde é oportunizada através das diretrizes para o desempenho das ações nos diferentes níveis de complexidade, como o acolhimento, vigilância a saúde, construção de projeto terapêutico, para um sujeito pleno. (22, 59, 60, 61, 62, 63,64)

O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolve muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham como produto final o cuidado, está implícito que, nos serviços estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade. (22,61)

A definição de sujeito pleno como referencial para o estabelecimento das ações de integralidade na saúde, requer um saber-fazer em cadeia, múltiplo e coordenado dentro do fluxo assistencial proposto em cada localidade.

A integralidade na atenção à saúde confere a equipe da atenção básica o papel de gestor, do projeto terapêutico, responsável pelo cuidado, cuja missão de cuidados, inclui a manutenção do vínculo com a equipe e garantia de acesso a outros níveis de assistência, mantendo então referência e contra-referência.

A implantação da rede de cuidado requer participação assídua e conjunta do controle social, pactuação junto aos gestores das três esferas administrativas, projeto político, recursos cognitivos e materiais, para que o fluxograma da assistência seja viabilizado nos diferentes níveis de complexidade.

1.3 Origem e criação dos CERESTS

A saúde do trabalhador emerge tendo como objeto de foco o processo saúde e doença dos homens em sua relação com o trabalho aos quais estão submetidos.

“Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica”. (6).

No Brasil, a década de 80 o marco fundante de mudanças da sociedade é a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 e um ano após, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro de 1987.

Desde 1988 a Saúde do Trabalhador foi institucionalizada no interior do Sistema Único de Saúde, através das conquistas no âmbito legal, de avanços institucionais, firmados no artigo 200 da Constituição, inciso II, que prevê a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como ações de para a saúde do trabalhador.

No parágrafo 3º da lei 8080/90, (32) entende-se saúde do trabalhador como um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância (epidemiológica e sanitária), à promoção e proteção da saúde, visando à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho:

“I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho”;

II - participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de

trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores “(32).

A implantação da Saúde do Trabalhador no SUS, que efetivamente ocorre entre 1991 e 2001, marcada por um duplo movimento de natureza contraditória. Por um lado, a ampliação do marco legal nesse campo, adquire status de instrumento operacional, contribuindo para maior institucionalização do campo. Por outro, sofre influência do período de mudança na orientação das políticas macroeconômicas e sociais, e reformas administrativas que ocorrem na máquina do Estado, com importantes reflexos sobre as ações em Saúde do Trabalhador (65,66).

Como exemplo dessa ampliação pode-se citar o art. 6º da Lei 8.080/1990 de 19 setembro de 1990 (32) no qual aparece a definição legal da Saúde do Trabalhador, e a inserção do campo no SUS: *“Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins dessa lei, um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (32).*

Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

“I - A EXECUÇÃO DE AÇÕES... c) DE SAÚDE DO TRABALHADOR”. Declara a saúde dos trabalhadores como “um conjunto de atividades” que se destina, através das ações de vigilância sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho “(32).

Em 1991, o Ministério da Saúde apresentou à sociedade a primeira proposta de um Plano de Trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS (MS, 1991),

cuja estratégia definida à época privilegiava a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

A portaria Nº. 3.908 do Ministério da saúde de 30 de outubro de 1998 (77) estabelece procedimento para orientar e instrumentalizar ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) aprova Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS) que normatiza ações nos municípios ,estados e Distrito Federal, dentro dos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade das ações. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS/2002) (68), estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde em busca de maior equidade.

A portaria Nº 1679 do Ministério da Saúde de 19 de setembro de 2002 (72) estimula a formação de centros de coordenação de saúde do trabalhador nos estados e no distrito federal, articulados com o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais, com base na NOAS-SUS/2002 (69). Tal portaria prevê a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador (RENAST), com ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, cuidado da atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar. A RENAST vem para garantir atenção à saúde dos trabalhadores, de acordo com os preceitos constitucionais da Lei Orgânica da Saúde. Desta forma, organiza-se em rede os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) com ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF), para atender as necessidades inerentes à saúde do trabalhador, desenvolvidas e articuladas entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais.

A hierarquização dos serviços de saúde e a equidade, princípio preconizado na legislação que definem o sistema de saúde pública brasileiro são mantidos. Ainda de acordo com essa portaria, os Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CRSTs) *“devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no*

âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho, processo saúde-doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento". Devem articular suas ações junto aos serviços da rede SUS, para oferecer aos trabalhadores atendimento em todos os níveis de atenção a saúde de forma integral e hierarquizada, assistência completa aos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

No artigo 6º da portaria N° 1679 (29) há definição e classificação dos tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST: Centro de Referência Estadual, de abrangência estadual e Centro de Referência Regional, de abrangência regional distribuídos em categorias "a", "b" e "c", classificados de acordo com o número de habitantes, este índice é relevante e utilizado para classificar e distribuir as verbas de fomento para os centros de referência. O parágrafo único do artigo 8º da referida portaria define a implantação de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST no Brasil, estabelecendo os números de centros estaduais de acordo com o número de habitantes na capital, classificados em "a" para aqueles até 500 mil habitantes, "b" até um milhão de habitantes e "c" mais de um milhão de habitantes, para os centros regionais de acordo com o número de habitantes da região compreendida por cada centro e ainda de consoante com o plano diretor de regionalização do estado, sendo distribuídos em "a" até 700 mil habitantes, "b" até 1,8 milhões de habitantes e "c" mais de 1,8 milhões de habitantes.

No anexo II da portaria N° 1679 (69) encontra-se as atribuições e ações dos centros de referência em saúde do trabalhador; a estruturação do CRST Regionais; a distribuição dos recursos Humanos nos CRST Estaduais e Regionais; a dimensão e a forma de pacto na Comissão Intergestora Bipartite com os parâmetros mínimos de composição.

Cabe aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRTS), criar cultura sobre as relações trabalho-processo, saúde-doença, práticas de intervenção especializada e vigilância no ambiente de trabalho. Os trabalhadores portadores de agravos à saúde devem receber atendimento em todos os níveis.

O ano de 2005 é contemplado com duas portarias referentes à política de saúde do trabalhador. A primeira, Portaria Nº. 1.125 do Ministério da Saúde de 6 de julho de 2005, (70) estabelece a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

A atenção integral à saúde dos trabalhadores envolve diferentes e diversas atividades, a saber: a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; o fortalecimento da vigilância de ambientes; os processos e agravos relacionados ao trabalho; a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional; a estruturação de redes de informações em Saúde do Trabalhador e ainda o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador.

A segunda Portaria de Nº. 2.437 do Ministério da Saúde de 7 dezembro de 2005 (71) amplia e fortalece a rede existente quando no Art. 4º recomenda a necessidade de organização de serviço com a denominação de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST ¹ e estabelece atenção básica

¹ Os CERESTs Estaduais tem o papel de participar da elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador no Estado, quer seja no planejamento e articulação das ações intersetoriais no âmbito estadual, bem como auxiliar no planejamento dos CERESTs Regionais, promovendo e estimulando intercâmbio técnico-científico entre instituições nacionais, estrangeiras e Secretarias Estaduais de Saúde – SES e participando do Pólo Estadual de Educação Permanente, dispondo de bases de dados atualizados, no mínimo com os seguintes componentes para sua respectiva área de abrangência: a) mapa de riscos no trabalho; b) mapa de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; c) indicadores sociais econômicos, força de trabalho e IDH; e) capacidade instalada do SUS, dentre outras tantas atividades relevantes, para que a política estadual

como porta de entrada do sistema e ainda,

§ 1º O CEREST tem por função o provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

§ 2º Serão implantados CERESTS, de abrangência estadual e regional, os últimos, geridos segundo o que for pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 5º Os CERESTS não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT ou similar, tanto do setor público quanto do privado.

A mesma portaria determina ainda Plano de Ação Nacional, de vigência quadrienal, estabelece diretrizes e funções de gestores, funções das secretarias de saúde e distribuição dos CERESTS habilitados, funções dos CERESTS estaduais e regionais e a composição das equipes multiprofissionais.

A saúde do trabalhador está em construção e pode-se dizer que seu foco é o processo saúde-doença, desenvolvido pelo homem na relação e no campo do trabalho buscando integrar o individual ao coletivo, com o biológico dentro de um contexto social formado no território, com suas alianças políticas. (6,65).

de saúde do trabalhador em consonância com o plano nacional possa desenvolver-se no estado (Portaria nº 2.437/2005 - Ministério da Saúde).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, previstos na RENAST, devem garantir serviços técnicos assistenciais, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Grande parte das ações voltadas à saúde do trabalhador pode ser caracterizada como da atenção básica, outras de atenção especializada. Portanto, toda a rede do SUS deve estar qualificada para responder a essa necessidade. Os Centros de Referência não são pontos de entrada no Sistema, mas sim retaguardas técnicas e difusoras de ações e de idéias de vigilância em saúde de caráter sanitário e de base epidemiológica (72).

1.4 Atenção a Saúde do Trabalhador em Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais, através da Lei nº. 13.317 de 24 de outubro de 1999 (73) no capítulo V regulamenta que, *“saúde do trabalhador é o conjunto de atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador submetido a riscos e agravos advindos das condições de trabalho”*.

Os parágrafos do artigo 1º propõem:

“§ 1º - A saúde do trabalhador será resguardada nas relações sociais que se estabelecem no processo de produção, de forma a se garantirem sua integridade e sua higidez física e mental, observado o que dispõe a legislação pertinente”.

§ 2º - Entende-se como processo de produção a relação que se estabelece entre o capital e o trabalho, englobando os aspectos econômicos, organizacionais e ambientais da produção de bens e serviços” (73).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais (73) é instrumento de gestão, que visa organizar e implementar o modelo de serviço assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), definido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (74) consiste em ações que visam

organizar e implementar a assistência à saúde. O objetivo do plano é garantir acesso aos cidadãos, aos diferentes serviços existentes na região de moradia. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) iniciou processo de regionalização nos anos 1999/2000 e revisado em 2003. Na atualidade, o estado está formado por 853 municípios divididos em 13 macrorregiões, 75 microrregiões e 18 cidades pólos, configuração esta expressa na segunda revisão do Plano Diretor de Regionalização (73). O plano é estruturador do processo de descentralização e regionalização das ações de saúde e base para a constituição das redes de Atenção à Saúde e das Comissões Intergestoras Bipartites (CIB's) Micro e Macrorregionais. Cada macrorregião compreende, por sua vez, um conjunto de microrregiões compostas pelos municípios nelas contidas.

No Estado de Minas Gerais uma microrregião deve apresentar no mínimo 150 mil habitantes, estar localizada a 150 km no máximo, em relação ao Pólo, correspondendo às 2h de distância em vias não pavimentadas. Ao município cabe a função de oferecer a atenção primária, disponibilizando ao usuário os serviços existentes (73).

Com a portaria N° 1679/2002 (69), o Ministério da Saúde cria e determina a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, e a abrangência dos Centros de Referência Estadual e Centro de Referência Regional, definidos por ordem crescente de complexidade e distintas atribuições. O estado de Minas Gerais e de acordo com a portaria n° 1679/2002(72) os 13 centros distribuem se em: um Centro de Referência em

Saúde do Trabalhador Estadual, classificação c, 12 Centros Regionais Referência em Saúde do Trabalhador sendo 7 classificações a e 5 classificações b.

A formação dos CERESTS Regionais a (classificação definida pela abrangência de habitantes) tem a dimensão da Equipe Mínima de 8 profissionais que obrigatoriamente deve conter Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio e 3 profissionais de nível superior - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas. - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado. (69)

1.4.1 O Município de Betim

Betim é município a partir do decreto-lei N°48, de 17/12/1938. Em 1941 é criado o Parque Industrial no município e no final dos anos 40 começa a instalação de indústrias de cerâmica e siderúrgicas de ferro gusa. A construção da rodovia Fernão Dias (BR-381) possibilitou o incremento da atividade industrial definindo o futuro próspero do município e propiciando a instalação da Refinaria Gabriel Passos da Petrobras e de outras grandes indústrias. O parque industrial recebeu a indústria automobilística Fiat, indústrias de plástico, de vestuário, calçados e artefatos, de tecidos, material elétrico-eletrônico e comunicação, indústrias de construção, madeira, materiais de transporte, papel e papelão, mecânica e metalúrgica, indústrias químicas e de transformação de minerais não metálicos.

Betim-MG se encontra situada a 31 km da capital do estado, Belo Horizonte fazendo divisa com os municípios de Esmeralda, Contagem, Juatuba, Igarapé, Ibité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos e Sarzedo.

Segundo dados do IBGE, a população estimada do município de Betim em 01/07/2006 era de 407.003 mil habitantes, dos quais 75.566 eram trabalhadores no setor formal (RAIS, 2005). A Microrregião de Betim possui 617.730 habitantes (IBGE, 2006). Os trabalhadores do setor formal (RAIS/2006) encontram-se distribuídos em atividades rurais (0,3 %), atividades industriais (58,4%) comércio e serviços (41,3%).

Betim é município pólo da Microrregião II da Macrorregião Centro em função da sua disposição geográfica, sua malha viária e capacidade de serviços de saúde instalada, atendendo ainda fatores condicionantes do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (73).

Betim possui um sistema de saúde pública, organizado nos três níveis de atenção a saúde de forma hierarquizada e descentralizada. A rede é constituída na atualidade de 21 Unidades Básicas de saúde (UBS); 14 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), um Hospital e Maternidade, 4 Unidades de Atendimento Imediato (UAIs), 12 Centros de Especialidades, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

1.4.2 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST

Betim

Os Centros de Referência em Saúde do trabalhador por diversas razões são diferenciados nas atividades desenvolvidas, podendo-se destacar os aspectos históricos de sua criação, a vocação para geração de empregos e serviços, a existência prévia ou não da assistência ao trabalhador. O fator comum a todos os CERESTS é o desenvolvimento de ações de assistência (incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação física), de vigilância dos agravos e dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores.

Em Betim, MG, a Coordenadoria de Vigilância à Saúde no ano de 1994, formou uma equipe responsável pela Vigilância em Saúde do Trabalhador que contava com um médico do trabalho, um engenheiro de segurança do trabalho e uma enfermeira do trabalho. Em 27 de abril 1995, através da lei municipal nº 2568/95 (75) foi criado o Serviço de Saúde do Trabalhador (SERSAT) “Enilton Simões de Moura”, com a finalidade de realizar ações de vigilância e assistência à saúde. A assistência atuava independente dos fluxos da rede SUS, com sistemática de atendimentos e encaminhamentos paralelos à rede, as ações de saúde do trabalhador eram custeadas pelo município.

Em decorrência da portaria nº 1679/2002 do Ministério da Saúde (69) o SERSAT passa a integrar a rede RENAST, sendo classificado como Centro Regional em Saúde do trabalhador (CERSAT) tipo “A” o que significa atender a uma população de até 506.161 habitantes, na microrregião delimitada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) que engloba 12 municípios. (Bonfim, Crucilândia, Esmeralda, Igarapé, Mário Campos, Piedade das Gerais, Rio Manso, São José das Bicas, Brumadinho, Florestal, Juatuba e Mateus Leme).

O CERSAT de Betim é credenciado no Ministério da Saúde junto à Rede Nacional de Assistência a Saúde do Trabalhador (RENAST) e recebe recursos federais para financiar as ações.

Em julho de 2004, o CERSAT de Betim com novo gestor, institui novo plano de trabalho em atenção à Portaria n.º 1.679/2002 (69) propondo a adequação da equipe, implantação de referência e contra-referência interna com a locação de carga horária de especialidades, implantação do serviço de Terapia Ocupacional e Fonoaudióloga visando a reinserção dos usuários ao mercado de trabalho, melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, melhoria das condições do processo produtivo na região adstrita; criação e alimentação de bancos de dados referentes às empresas da Microrregião II (Relatório de Gestão CEREST/Betim – 2005).

Em 2005, com reestruturação do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, o CEREST se desliga da vigilância sanitária e passa a pertencer à diretoria operacional de saúde, mudança justificada pelo crescimento da assistência no serviço. Neste período é criado o primeiro plano em Saúde do Trabalhador do município de Betim.

No ano de 2006 o CEREST consta do Plano Municipal da Coordenadoria de Saúde, contemplando as ações em Saúde do Trabalhador, com os objetivos de articular ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho; promover a integralidade junto à rede de assistência no município bem como as ações em vigilância em saúde do trabalhador. Conta com uma equipe multiprofissional de 16 profissionais, conforme quadro 1.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais do CEREST – BETIM.

<i>Função</i>	<i>Técnicos</i>	<i>Vínculo</i>	<i>Horas Semanais</i>	<i>Situação</i>
Aux enfermagem	01	PMB	30	Efetivo
Assistente social	01	PMB	20	Efetivo
Tec Seg Trabalho	01	PMB	30	Efetivo
Enfermeira Trabalho	01	PMB	20	Efetivo
Terap. Ocupacional	01	PMB	40	Contrato
Medico Trabalho	02	PMB	20	Efetivo
Fisioterapeuta	02	PMB	20	Contrato
Fonoaudiólogo	02	PMB	20	Contrato
Aux. Administrativo	02	PMB	30	Efetivo
Ag Higienização	01	PMB	30	Efetivo
Engenheiro Trabalho	01	PMB	20	Efetivo
Gerente	01	PMB	40	Efetivo
Total	16			

Fonte: Plano de Ações 2006 CEREST/Betim.

Atualmente, o CEREST-Betim coordena e gerência, as questões relativas ao bem-estar dos trabalhadores nas regiões de referência, tendo como atribuições; informação e vigilância, suporte técnico para ações em saúde do trabalhador, capacitação e educação permanente, operacionalização de estratégias da Política Nacional da Saúde do Trabalhador - PNST - além de atuar como pólo irradiador desta política em uma determinada região (Plano de Trabalho 2008/2009 CEREST/Betim).

O CEREST BETIM se caracteriza como serviço de “porta aberta” atende qualquer trabalhador que o procure espontaneamente. A demanda pode ainda ser proveniente de encaminhamentos da rede básica do SUS, sindicato, advogados, INSS, empresas, amigos entre outros. A agenda do primeiro atendimento pode ser efetivada por telefone ou pessoalmente.

O fluxo obrigatório do atendimento ao trabalhador ocorre inicialmente com o acolhimento, realizado por profissionais de serviço social e ou enfermagem, para definição do problema e relação com atividade de trabalho. Posteriormente, são orientados e ou encaminhados para o Instituto de Previdência Social (INPS), Gerencia Regional do Trabalho (GRT) ou Unidade Básica de Saúde (UBS). Quando detectada necessidade de consulta com médico do trabalho, é agendado o procedimento. Além dos já mencionados atendimentos de enfermagem, médico do trabalho e serviço social, o CEREST - Betim disponibiliza para os trabalhadores serviços de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudióloga, bem como serviços de engenharia e segurança do trabalho. Os agendamentos para os referidos atendimentos são realizados no próprio CEREST - Betim.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

O objetivo deste estudo foi verificar a trajetória de trabalhadores que procuraram o atendimento médico no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador CEREST - Betim.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar o percurso e as principais queixas apresentadas por esses trabalhadores, os respectivos diagnósticos clínicos e a resolutividade dos problemas.

Verificar as opiniões de trabalhadores sobre a resolutividade da queixa que motivou a busca pelo serviço no CEREST - Betim.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com delineamento transversal, realizado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) - Betim , Minas Gerais, no período de outubro a dezembro de 2008, em dois períodos semanais. Para a realização da investigação no CEREST - Betim, foi solicitada e concedida autorização junto a Secretaria de Saúde do Município de Betim, através da diretoria operacional de saúde.

Foram sujeitos do estudo trabalhadores que haviam realizado ao menos uma consulta médica no CEREST - Betim e que se encontravam na sala de espera aguardando consulta médica nos períodos em que a pesquisadora visitava aquele serviço para a realização da investigação. A amostra contou com 46 trabalhadores, tendo sido excluídos aqueles trabalhadores que se dirigiam ao CEREST - Betim para a consulta inicial.

A coleta de dados foi realizada mediante consulta aos prontuários institucionais e posteriormente através de entrevistas com os trabalhadores que concordaram em participar do estudo.

Os dados coletados de prontuários referem-se ao CID, motivo da vinda ao CEREST - Betim queixa principal de dor e localização desta no corpo e objetivo da consulta. Consultou-se ainda o Boletim de Produção da Saúde do Trabalhador (SUS), onde consta a informação sobre motivos que desencadearam ação em saúde do trabalhador por parte da equipe multidisciplinar.

Para a realização das entrevistas utilizou-se instrumento que continha questões sobre dados sócio-demográficos com variáveis como sexo, idade, escolaridade, procedência, situação familiar, renda mensal, além de informações

sobre atividade profissional desenvolvida, acesso ao CEREST - Betim, processo de reabilitação e utilização do serviço de perícia médica do INSS. O instrumento (Anexo 1) continha também a seguinte questão: “Você conseguiu resolver o problema que o trouxe ao CEREST?”.

Após coleta dos dados, estes foram transcritos e digitados para tratamento estatístico no software SPSS – WIN 15.0, onde se realizou análise descritiva e de frequência das variáveis. Após análise os dados foram distribuídos em três subgrupos:

1- Caracterização da amostra estudada

2 - O acesso ao CEREST – Betim

3 - Aspectos clínicos e resolutividade

O primeiro subgrupo contemplou dados sobre as características da população quanto a; sexo, idade, escolaridade, procedência, situação civil, renda, atividade profissional, ramo de atividade econômica, vínculo empregatício, situação de trabalho e seguridade.

O segundo subgrupo referiu-se à questão do acesso ao CEREST - Betim: Tipo da demanda, origem do encaminhamento ao serviço, motivo da consulta, queixas de dor, tempo despendido para obter o primeiro atendimento, utilização dos serviços da rede SUS, serviço utilizados no CEREST - Betim, frequência aos serviços de Reabilitação anterior ao tratamento no CEREST - Betim.

No terceiro subgrupo foram agrupados dados de diagnóstico médico, número de vezes que realizou consultas na perícia médica do INSS, os motivos que geraram ações em Saúde do trabalhador e da equipe multiprofissional e resolução do problema que motivou a vinda no CEREST.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e submetido ao Comitê de Ética da FCM Unicamp, obedecendo às Resoluções 196/96 e 251/97 que se referem às pesquisas com seres humanos. A investigação não envolveu experimento e a participação foi voluntária. Os sujeitos que concordaram em participar assinaram termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após terem sido informados sobre o propósito da pesquisa (ANEXO 2).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o ano de 2008 no CEREST – Betim, quatrocentos e quarenta (440) usuários foram matriculados. O presente estudo realizado entre os meses de outubro e dezembro abrangeu 46 trabalhadores em acompanhamento no serviço. Apesar da abrangência de 12 municípios, a procura pelo centro é pouco expressiva se comparada às possibilidades econômicas da região, constatação que reafirma o processo de construção das ações locais no campo da saúde do trabalhador.

4.1- Caracterização da amostra estudada

A amostra investigada foi constituída por 56,5% de mulheres e 43,5% de homens, com idades variando entre 24 e 65 anos, media de idade de 41,5 anos, sendo que 85,0% dos trabalhadores encontravam-se na faixa etária abaixo dos 50 anos, portanto em idade produtiva; 65,2% cursaram até o ensino fundamental incompleto. A maioria (93,5%) era procedente do município de Betim - MG; 58,7% eram casados e tinham de um a três filhos. A renda familiar referida por 76,1% dos trabalhadores era de até três salários mínimos por mês.

O **quadro 1** apresenta o consolidado de dados permitindo uma visão global da população entrevistada.

Quadro - 1 Consolidado de dados dos entrevistados

Variável	Dados	f	%
Gênero Masculino / Feminino		M =26 F =20	56,5 43,5
Idade	42 anos	7	15,2
Escolaridade	Ensino Fund. Incompleto	29	63,0
Procedência	Betim	43	93,5
Estado civil	Casado	28	68,9
Renda	2 Salários Mínimos (SM)	15	32,6
Local onde trabalha	Indústria	11	23,0
Atividade profissional	Serviço de Limpeza	8	17,4
Tipo de vínculo	Registro carteira profissional	36	78,3
Situação atual de trabalho	Não trabalham	29	63,0
Recebe benefício atualmente	Não	32	69,0
Demanda Espontânea	Não	34	73,9
Origem do Encaminhamento	Amigo	12	26,1
Tempo para obter o Primeiro Atendimento	Menos de 7 dias	31	67,4
Tempo de espera para início da reabilitação	Menos de 7 dias	22	47,8
Local que freqüenta os serviços de fisioterapia, fonoaudióloga e terapia ocupacional.	CEREST	36	78,3
Houve freqüência desse serviço anteriormente à vinda ao CEREST	Sim	28	60,9
Tipo de benefício que recebe	Não recebe	25	54,3
Numero de perícias médicas realizadas no INSS antes de ingressar no CEREST -	Não passou por perícias	18	39,1
Passou por perícia médica no INSS após o CEREST - Betim	Sim	33	71,8
Motivo da perícia médica	Afastamento temporário	22	47,8
Resolveu o problema que o trouxe ao CEREST – Betim	Em tratamento	29	63,0
CID - 10	M 75.1 sínd. do túnel do carpo	7	15,2
	M 51 Sínd. do manguito rotador	7	15,2
Localização da dor no corpo	Dor em membros superiores	17	37,0
Qual o motivo consulta	Suspeita de doença ocupacional	37	80,4
Qual o objetivo consulta	Tratamento	17	37,0
Motivos de ações em Saúde do trabalhador	Ler/DORT	14	30,4
	Demandas externas	14	30,4

Ao analisar a frequência das idades dos trabalhadores da amostra encontrou-se para o gênero masculino a incidência de 20% para a idade de 42 anos e para o gênero feminino a idade de 45 anos incidiu em 15,4%, verificando-se, portanto tanto homens quanto mulheres se encontravam em fase produtiva para o trabalho remunerado.

Com relação ao gênero foi possível observar que a maior incidência da procura pelo CEREST - Betim foi de pessoas do gênero feminino. Alguns autores como Pinheiro (76) e Silva (77) referem que nos países ocidentais são as mulheres e crianças que procuram a assistência com maior frequência. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003 as mulheres procuram consultas médicas mais frequentemente que os homens. Outro aspecto que se pode considerar é a grande inclusão da mulher no mercado, exposta muitas vezes à dupla jornada de trabalho que pode estar contribuir para o aumento do número de adoecimento.

Quanto à escolaridade observa-se que 63% dos trabalhadores possui ensino fundamental incompleto. Os achados sinalizam similaridade com os dados da pesquisa Datagerais de 2003 (78) que indica que os números médios de anos de estudo da população de 25 ou mais anos de idade para o estado de Minas Gerais e para o Brasil são respectivamente 5,9 e 6,3 anos.

A análise do grau de escolaridade por gênero permite inferir que enquanto o gênero feminino apresenta índice maior de 65,4% para o ensino fundamental incompleto, o gênero masculino apresenta percentual de 25% para o ensino médio completo demonstrando que os homens buscam em maior índice aumentar a formação escolar para melhor atender as exigências do mercado de trabalho. (Tabela 2)

Tabela 2. Grau de escolaridade por gênero.

<i>Grau de escolaridade</i>	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>
Ensino fundamental incompleto	17	65,4	12	60,0
Ensino fundamental completo	03	11,5	2	10,0
Ensino médio completo	03	11,5	5	25,0
Ensino superior incompleto	02	7,7	0	0
Ensino médio incompleto	01	3,8	0	0
Analfabeto	0	0	1	5,0
Total	26	100	20	100

Quanto aos rendimentos, a renda de dois salários mínimos foi a mais freqüente e quando comparada com os índices oficiais do Estado de MG (78) observa-se que os trabalhadores entrevistados encontravam-se com salários abaixo da média do município. Quando analisado por gênero, observa-se freqüência de 40% de renda de até dois salários para o gênero masculino, enquanto para o gênero feminino a freqüência é 26,9% tanto para um como para dois salários. Isso demonstra o que já tem sido comprovado que no mundo do trabalho os homens, detêm salários maiores que as mulheres. (Tabela 3)

Com relação aos vencimentos salariais pode-se inferir que desse grupo de trabalhadores, a maior freqüência pela busca da assistência à saúde na rede pública encontra-se entre aqueles com remuneração até dois salários mínimos. Este fato nos faz inferir que trabalhadores com melhor qualificação e renda buscam a atenção na rede suplementar, comprometendo os dados epidemiológicos relativos à saúde do trabalhador no município de Betim.

Tabela 3. Renda em Salários mínimos.

<i>Nº salário mínimos (SM)</i>		<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Feminino</i>	<i>%</i>
Até 2	SM	12	60,0	14	53,8
Até 3	SM	3	15,0	6	23,1
De 4 a 5	SM	2	10,0	2	7,7
Não informou		2	10,0	1	3,8
Não possui renda		1	5,0	1	11,5
Total		20	100	26	100

As atividades profissionais exercidas pelos trabalhadores entrevistados concentravam-se nos ramos da indústria (30,4%), comércio (11%) e na área de serviços (58,6%). Entre os trabalhadores entrevistados foi possível observar a presença de um grande número de ocupações exercidas, sendo que as seis mais freqüentes (serviço de limpeza, serviço geral, ajudante de produção, soldador, motorista e pedreiro) representaram aproximadamente 50,0% do total (tabela 4).

Tabela 4. Profissões dos entrevistados de acordo com a Classificação Brasileira de ocupações (CBO) (79)

<i>código</i>	<i>Família</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
514320	Trabalhadores dos serviços de manutenção de edificações	12	26,08
8118	Operadores de maquinas e instalações de produtos farmacêuticos ,cosméticos e afins	5	10,86
7832-25	Trabalhadores de cargas e descargas de mercadorias	4	8,69
7243-15	Trabalhadores de soldagem e corte de ligas metálicas	3	6,52
7152-10	Trabalhadores de estruturas de alvenaria	3	6,52
5132-15	Cozinheiros	3	6,52
7170	Ajudante obra civil	3	6,52
7823-05	Motorista de automóveis	2	4,34
5135-05	Trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação	2	4,34
8131-10	Operador de processos das indústrias de transformação de produtos químico,petroquímico e afins)	1	2,17
7824-10	Motoristas de ônibus urbanos, metropolitanos e rodoviários	1	2,17
7825	Motoristas de veículos de cargas em geral	1	2,17
7741-05	Montadores de moveis e artefatos de madeira	1	2,17
5121	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	1	2,17
7632-10	Operadores de máquinas para costura de peças do vestuário	1	2,17
7155-0	Trabalhadores de montagem de estruturas de madeira, metal e compósitos em obras civis	1	2,17
3222-30	Técnicos e auxiliares de enfermagem	1	2,17
8485-05	Magarefes e afins	1	2,17
total		46	100,0

Na divisão social e técnica do trabalho, observou-se que para o gênero masculino as atividades profissionais concentravam-se na área industrial enquanto para o gênero feminino na prestação de serviços. No tocante às ocupações, a questão de gênero também foi verificada, pois enquanto para o gênero masculino as ocupações concentram-se nas atividades de motorista, soldador, pedreiro e operador de produção, para o gênero feminino estavam ligadas às atividades de limpeza, serviços gerais, ajudante de produção e cozinheira. (Tabelas 5 e 6)

Tabela 5. Distribuição das atividades profissionais (masculino).

<i>Atividade profissional</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Motorista	4	20,0
Soldador	3	15,0
Pedreiro	3	15,0
Operador de produção	2	10,0
Outras	8	40,0
Total	20	100,0

Tabela 6. Distribuição das atividades Profissionais (feminino)

<i>Atividade Profissional</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Limpeza	8	30,8
Serviço geral	3	11,5
Ajudante de produção	3	11,5
Cozinheira	2	7,7
Auxiliar de cozinha	2	7,7
Outras	8	30,8
Total	26	100,0

Na tabela 7 pode-se observar ainda que a maioria (82,6%) dos entrevistados possuía vínculo empregatício e os demais eram profissionais autônomos (6,5%) e desempregados (10,9%).

Tabela 7. Vínculo empregatício no momento da entrevista

<i>Vínculo empregatício</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Registro em carteira profissional	36	78,3
Desemprego	5	10,9
Autônomo	3	6,5
Servidor público	2	4,3
Total	46	100,0

Dos trabalhadores entrevistados, 37,0% permaneciam em atividade profissional e 63,0% encontravam-se afastados do trabalho devido ao problema de saúde que os levou ao CEREST – Betim.

Quanto à situação previdenciária, na amostra pesquisada 23,9% referiam receber benefícios do INSS. Destes trabalhadores 19,6% recebiam auxílio doença previdenciário (B31), por impedimento de trabalhar devido à doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos e 4,3% o auxílio doença acidentário (B91), por incapacidade para o trabalho em decorrência de acidente de trabalho (típico ou de trajeto) e doença ocupacional. Os demais trabalhadores continuavam recebendo o salário normalmente (69,6%), e 6,5% tiveram seus benefícios suspensos.

Os dados apresentados na tabela 8 permitem verificar que 41,3% nunca passaram por uma perícia médica do INSS e 21,7% já haviam realizado mais de quatro perícias, revelando que o trabalhador é pouco oportunizado a ascender ao direito constitucional de recebimento de benefícios por incapacidade de trabalho e ou acidente. Os direitos sociais garantidos na Constituição de 1988 e regulamentados pelo Ministério da Previdência concedem ao trabalhador os benefícios B31 e B91 desde que autorizados pela perícia médica e devidamente documentados.

Tabela 8. Numero de perícias médicas realizadas no INSS antes de buscar o CEREST- Betim

<i>Número de Perícia médica</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Não passaram	19	41,3
Mais de 4	10	21,7
1	6	13,0
3	6	13,0
2	4	8,7
4	1	2,2
Total	46	100,0

Dos trabalhadores encaminhados para o serviço de perícia médica do INSS 47,8% necessitaram de afastamento temporário. Quando agrupados os valores percentuais, encontrou-se que 71,7% dos entrevistados requeriam afastamento das atividades de trabalho, demonstrando que as atividades desenvolvidas no CEREST - Betim oportunizam obtenção de assistência integral ao trabalhador e minimiza o sofrimento (Tabela 9).

Tabela 9. Motivo da solicitação da perícia.

<i>Motivo da solicitação da perícia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Afastamento temporário	22	47,8
Não recebe	13	28,3
Benefício continuado	5	10,9
Licença de 30 dias	2	4,3
Renovação de benefício	2	4,3
Licença de 60 dias	1	2,2
Aposentadoria e/ou Reab. Profissional	1	2,2
Total	46	100,0

4.2 O acesso ao CEREST - Betim

Neste segundo subgrupo concentram - se os dados sobre o acesso ao CEREST - Betim: tipo de demanda, origem do encaminhamento para o serviço, motivo da consulta, objetivo da consulta, queixas de dores apresentadas e tempo despendido para obter o primeiro atendimento, utilização dos serviços da rede SUS.

A maior parte dos trabalhadores 93,5% reside no município de Betim demonstrando que a localização do CEREST contribui para o acesso dos usuários. Para Unglert (35) a efetiva utilização dos serviços de saúde está relacionada à sua localização geográfica e constitui pré-requisito de fundamental importância para que se possa atingir nível de eficiência na assistência à saúde.

Quanto à procura do CEREST - Betim, pelos entrevistados, observou-se que 26,1% o fizeram espontaneamente e 73,9% foram encaminhados por origens diversas, demonstrando que há conhecimento do Centro de Referência Saúde do Trabalhador e dos atores sociais envolvidos com a questão da atenção ao trabalhador na rede SUS.

A tabela 10 explicita que na origem dos encaminhados desses trabalhadores o controle social reconhece o trabalho do CEREST - Betim. Os resultados encontram aporte em Hortale (37), que define o acesso aos serviços de saúde na dimensão social como categoria-valor referência a ser atingida em qualquer serviço e na dimensão política, como categoria fundamental para a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação do campo da saúde.

Tabela 10. Origem do Encaminhamento ao CEREST - Betim

<i>Origem do Encaminhamento</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Controle social	14	30,4
UBS	11	23,9
Sindicato	8	17,4
PSF	3	6,5
Centro de reabilitação	3	6,5
UAIS	2	4,3
Outros	2	4,3
Hospital	1	2,2
Min. Trab. e Emprego	1	2,2
Médico da empresa	1	2,2
Total	46	100,0

Quanto ao motivo da consulta verificou-se pelos dados registrados nos prontuários dos entrevistados que 80,4% referem-se a suspeitas de doença ocupacional demonstrando que os trabalhadores buscam o serviço a partir da suspeição da correlação adoecimento e atividade profissional (Tabela 11).

Tabela 11. Motivo consulta

<i>Motivo consulta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Suspeita de doença ocupacional	37	80,4
Acidente típico	6	13,0
Orientação previdenciária	3	6,5
Total	46	100,0

Quanto ao objetivo da consulta a maior incidência entre os entrevistados foi a busca de tratamento (37%), seguida pela obtenção de relatório (23,9%) e esclarecimento de diagnóstico (21,7%). Esses achados permitem verificar que os trabalhadores buscam o CEREST - Betim para atendimento na direção da redução de danos e sofrimento causados por patologias adquiridas durante o percurso da vida de trabalho (Tabela 12).

Destaca-se que o princípio da equidade que regula os serviços de atenção à saúde pública, oportuniza aos cidadãos alcançarem a assistência à saúde. Porém aqueles indivíduos que segundo Santos (15) têm sua cidadania regulada pelo Estado e atrelada à condição de trabalhador, são desfavorecidos quando da busca dos serviços de atenção à saúde, uma vez que essa condição e o nexos com as atividades profissionais não são critérios distintivos para prioridade nesses locais. Portanto, o trabalhador enfrenta uma fila de espera para solicitar os atendimentos necessários, e a demora do tratamento pode ocasionar muitas vezes agravamento do quadro clínico. Apresenta ainda dificuldades para o provimento familiar por falta do recebimento de benefício securitário uma vez que se encontra impedido de realizar tarefas profissionais, e finalmente, aumenta a estatística de demanda reprimida nos serviços de saúde.

Tabela 12. Objetivo consulta

<i>Objetivo consulta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Tratamento	17	37,0
Relatório	11	23,9
Esclarecimento de diagnóstico	10	21,7
Concessão de nexos	4	8,7
Concessão de nexos e tratamento	4	8,7
Total	46	100,0

A análise conjunta dos dados sobre a demora para o primeiro atendimento, e objetivos da consulta, demonstrou que 67,39% dos entrevistados receberam atendimento em período de tempo menor que 7 dias e 13,04% em sete dias, confirmando que os trabalhadores encontram certa brevidade para usufruir da assistência à saúde no CEREST - Betim (Tabela 13).

Tabela 13. Período de tempo para o atendimento e objetivo da consulta

<i>Tempo</i>	<i>ED</i>	<i>CN</i>	<i>Trat</i>	<i>Rel</i>	<i>CN e Trat</i>	<i>Total</i>
Menos de 7 dias	7	3	11	8	2	31
Sete dias	0	1	2	2	1	6
Quinze dias	1	0	1	1	0	3
Trinta dias	2	0	2	0	1	5
Mais de trinta dias	0	0	1	0	0	1
Total	10	4	17	11	4	46

Legenda: Esclarecimento de Diagnóstico (ED); Concessão de Nexo (CN); Tratamento (Trat); Relatório (Rel).

Ao relacionar os dados de motivo com objetivo da consulta, verificou-se que dos 37 trabalhadores com suspeita de doença ocupacional, 35,13% buscavam tratamento enquanto 27,02% buscavam o esclarecimento de diagnóstico, confirmando que os trabalhadores buscam o CEREST – Betim, para recuperação dos direitos sociais e principalmente o direito à saúde (Tabela 14).

Tabela 14. Motivo da consulta e objetivo da consulta

<i>Motivo da consulta</i>	<i>Objetivo consulta</i>					<i>Total</i>
	<i>Esclarecimento de diagnostico</i>	<i>Concessão de nexo</i>	<i>Tratamento</i>	<i>Relatório</i>	<i>Concessão de nexo e tratamento</i>	
SDO	10	3	13	7		37
A.Típico	0	0	2	4	0	6
O. P	0	1	2	0	0	3
Total	10	4	17	11	4	46

Legenda - Suspeita de Doença Ocupacional (S D O), Acidente Típico (AC Típico), Orientação Previdenciária (O P)

O motivo gerador da busca ao CEREST - Betim pelos trabalhadores, não está relacionado ao desempenho de cada atividade profissional, mas sim à condição de trabalhador. Demonstra ainda que o trabalhador reconhece o CEREST - Betim como local apropriado para esclarecer a suspeita de doença ocupacional, cuidados para o acidente típico e receber orientações previdenciárias (Tabela 15).

Tabela 15. Motivo da Consulta e Atividade Profissional

<i>Atividade Profissional</i>	S D O	AC Típico	O P	Total
Carpinteiro	1	0	0	1
Serviço geral	3	0	0	3
Limpeza	8	0	0	8
Montador de móveis	1	0	0	1
Abatedor	1	0	0	1
Ajudante de produção	3	0	1	4
Doméstica	1	0	0	1
Operador de produção	3	0	0	3
Cozinheira	2	0	0	2
Moto frete	0	1	0	1
Soldador	2	1	0	3
Auxiliar de cozinha	2	0	0	2
Servente de pedreiro	0	1	0	1
Operador de produção	1	0	0	1
Motorista	2	1	1	4
Auxiliar enfermagem	1	0	0	1
Servente de limpeza	1	0	0	1
Pedreiro	2	1	0	3
Costureira	1	0	0	1
Cozinheira industrial III	1	0	0	1
Ajudante geral	1	1	0	2
Operador industrial	0	0	1	1
Total	37	6	3	46

Legenda - Suspeita de Doença Ocupacional (S D O), Acidente Típico (AC Típico), Orientação Previdenciária (O P)

As queixas apresentadas pelos trabalhadores de dor correspondem a (Tabela 16). E localizam-se principalmente nos membros superiores (Este achado contribui para a inferência de possível limitação no desempenho de atividade profissional, e conseqüente redução da velocidade na produção do trabalho.

Tabela 16. Distribuição da queixa de dor relatada pelos trabalhadores.

<i>Segmento corporal da dor</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Dor MMSS	17	37,0
Dor MMSS e Coluna	11	23,9
Dor coluna	6	13,0
Dor MMII	5	10,9
Dor MMSS e OMBRO	4	8,7
Dor MMII e Coluna	3	6,5
Total	46	100,0

Ao analisar os dados de localização da dor no segmento corporal de acordo com o gênero, observou-se que 42,3% do gênero feminino tem a dor concentrada na região dos membros superiores, seguida por 26,9% no conjunto da região membros superiores e coluna (Tabela 17).

Tabela 17. Localização da dor (gênero feminino)

<i>Segmento corporal</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Dor MMSS	11	42,3
Dor MMSS e Coluna	7	26,9
Dor coluna	3	11,5
Dor MMSS e OMBRO	3	11,5
Dor MMII e Coluna	2	7,7
Total	26	100,0

Para o gênero masculino, os dados refletem que há concentração de dor na região dos membros superiores (30,0%), seguida de 25,0% para a região dos membros inferiores (Tabela 18).

Tabela 18. Localização da dor (gênero masculino)

<i>Segmento corporal masculino</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Dor MMSS	6	30,0
Dor MMII	5	25,0
Dor MMSS e Coluna	4	20,0
Dor coluna	3	15,0
Dor MMII e Coluna	1	5,0
Dor MMSS e OMBRO	1	5,0
Total	20	100,0

Ao relacionar os dados de localização da dor no segmento corporal com atividade profissional, para o gênero feminino verificou-se que dentre as 13 categorias profissionais relatadas há incidência da dor em 11 delas, totalizando 84,61% das queixas. (Tabela 19).

Tabela 19. Localização da dor e atividade profissional (gênero feminino)

<i>DSCF</i>	<i>Atividade profissional Feminino</i>													
	SG	LZ	AP	D	OP	CZ	AC	OMPC	AE	SL	CO	CZ	AG	Total
MMSS Coluna	1	3	3			1	1	1					1	11
MMSS e Coluna	1	1			1		1		1		1	1		7
MMII e Coluna		1								1				2
MMSS e Ombro	1			1		1								3
Total	3	8	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	26

Legenda – Dor segmento corporal feminino (DSCF), serviço geral (SG), limpeza (L), ajudante de produção (AP) doméstica (D), operador de produção (OP), Cozinheira (CZ), auxiliar de cozinha (AC), operador de máquina de produção (OPMC), auxiliar de enfermagem (AE), servente de limpeza (SL), costureira (CO), cozinheira industrial III(CZ), ajudante geral (AG).

Para o gênero masculino, ao relacionar dados de localização da dor no segmento corporal com atividade profissional verificou-se que a incidência de dor nos membros superiores esteve presente em 6 categorias profissionais dentre as 12 relatadas perfazendo um total de 50% das queixas. (Tabela 20)

Tabela 20. Localização da dor e atividade profissional (gênero masculino)

DS C M	Atividade profissional masculino												Total
	C	MI	A	AJP	OP	MF	S	SP	M	P	AJG	OPI	
MMSS				1	1				2	1		1	6
MMII		1				1	1	1	1				5
Coluna							1		1		1		3
MMSS e					1		1			2			4
Coluna													
MMII e	1												1
Coluna													
MMSS e				1									1
ombro													
Total	1	1	1	1	2	1	3	1	4	3	1	1	20

Legenda - Dor Segmento Corporal Masculino (DSCM) carpinteiro – C, Montador de móveis- MI abatedor- A, ajudante de produção- AJP, operador de produção- OP, motofrete- MF, soldador-S, servente de pedreiro - SP, motorista- M, pedreiro – P, ajudante geral - AJG, operador industrial - OPI,

Os resultados encontrados permitem inferir que na execução de tarefas pelas categorias profissionais dos entrevistados, os membros superiores são requisitados e utilizados com maior frequência. Esse achado é significativo quando do planejamento de programas de educação e prevenção de agravos, bem como de estudos epidemiológicos de riscos e de estudos da biomecânica muscular, requerida e envolvida no fazer das profissões.

4.3 – Aspectos clínicos e resolutividade

Neste subgrupo foram agrupados dados de diagnóstico médico através do CID 10² (80), encaminhamentos realizados após consulta médica, tipos de serviços utilizados no CEREST - Betim e frequência aos serviços de Reabilitação anterior ao tratamento no CEREST - Betim, motivo que desencadeia ação em saúde do trabalhador para equipe multidisciplinar e resolubilidade do problema.

² CID – 10 acesso <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>(80)

Na tabela 21 estão apresentados os diagnósticos prevalentes, sendo que os de maior frequência entre os entrevistados são a síndrome do manguito rotador (15,2%) e síndrome do túnel do carpo (15,2%).

Tabela 21. Distribuição do diagnóstico clínico dos entrevistados e CID 10⁴

	<i>CID</i>	<i>f</i>	%
Síndrome do manguito rotador	M 51	7	15,2
Síndrome do túnel do carpo	M 75.1	7	15,2
Reumatismo não especificado	M 79	5	10,9
Mononeuropatias dos membros superiores	G 56	4	8,7
Cervicalgia	M 54.2	4	8,7
Epicondilite lateral, Cotovelo de tenista.	M 77.1	3	6,5
Transtorno do disco cervical	M 50.1	2	4,3
Sinovite e tenosinovite	M 65	2	4,3
Compressões das raízes e dos plexos	G 55.1	1	2,2
Doenças hipertensivas	I 10	1	2,2
Gonartrose - artrose do joelho	M 17	1	2,2
Transtornos dos discos cervicais.	M 50	1	2,2
Dorsalgia não especificada, dor nas costas.	M 54.9	1	2,2
Fibromatose fáscia plantar,	M 72.2	1	2,2
Fratura da coluna lombar e da pelve	S 32	1	2,2
Traumatismo superficial do ombro e do braço	S 40	1	2,2
Fratura do antebraço	S 52	1	2,2
Fratura ao nível do punho e da mão,	S 62.7	1	2,2
Ferimento da perna	S 81	1	2,2
Luxação, entorse e dos ligamentos do joelho.	S 83.2	1	2,2
	Total	46	100,0

Ao analisar a localização da dor no segmento corporal e o diagnóstico médico (CID -10) (80), observa-se correlação entre os achados com concentração de dor nos membros superiores, uma vez que as duas patologias acometem regiões que envolvem os membros superiores (Tabelas 21 e 22).

Tabela 22. CID 10 e Localização da dor no segmento corporal

CID-10	Localização da dor no segmento corporal						Total
	MMSS	MMII	Coluna	MMSS e Coluna	MMII e Coluna	MMSS e OMBRO	
M 75.1	6	0	0	1	0	0	7
M 54.2	0	1	0	2	1	0	4
M 51	1	0	3	2	1	0	7
M 79	1	0	1	2	1	0	5
G 56	2	0	0	1	0	1	4
M 17	0	1	0	0	0	0	1
M 77.1	1	0	0	1	0	1	3
M 50	0	0	0	0	0	1	1
M 54.9	1	0	0	0	0	0	1
S 81	0	1	0	0	0	0	1
M 72.2	0	1	0	0	0	0	1
S 83.2	0	1	0	0	0	0	1
M 65	2	0	0	0	0	0	2
M 50.1	1	0	1	0	0	0	2
S 52	1	0	0	0	0	0	1
S 62.7	0	0	0	1	0	0	1
G 55.1	0	0	0	1	0	0	1
S 40	1	0	0	0	0	0	1
S 32	0	0	1	0	0	0	1
I 10	0	0	0	0	0	1	1
Total	17	5	6	11	3	4	46

Ao relacionar os dados de CID – 10 (80) com gênero constatamos que na população do gênero feminino há prevalência tanto da Síndrome do túnel do carpo quanto da Síndrome do Manguito rotador e para o gênero masculino há concentração (15%) na síndrome do túnel do carpo. (Tabela 23)

Tabela 23. Incidência de patologia por gênero

<i>patologia</i>	<i>CID-10</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>f</i>
Síndrome do túnel do carpo	M 75.1	3	4	7
Síndrome do manguito rotador	M 51	2	5	7
Reumatismo não especificado	M 79	1	4	5
Mononeuropatias dos membros superiores	G 56	0	4	4
Cervicalgia	M 54.2	2	2	4
Epicondilite lateral, Cotovelo de tenista.	M 77.1	2	1	3
Dorsalgia não especificada, dor nas costas.	M 65	0	2	2
Transtorno do disco cervical	M 50.1	2	0	2
Gonartrose - artrose do joelho	M 17	1	0	1
Sinovite e tenosinovite	M 50	0	1	1
Compressões das raízes e dos plexos	M 54.9	0	1	1
Ferimento da perna	S 81	1	0	1
Fibromatose fáscia plantar	M 72.2	1	0	1
Luxação, entorse e dos ligamentos do joelho.	S 83.2	1	0	1
Fratura da coluna lombar e da pelve	S 52	1	0	1
Traumatismo superficial do ombro e do braço	S 62.7	1	0	1
Fratura do antebraço	G 55.1	1	0	1
Fratura ao nível do punho e da mão,	S 40	0	1	1
Ferimento da perna	S 32	1	0	1
Doenças hipertensivas	I 10	0	1	1
Total		20	26	46

Quanto aos motivos que desencadearam ações de saúde, as LER/DORT (Lesão de esforço repetitivo, Distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho) em conjunto com outras demandas, encontram-se entre as causas que mais exigem ações dos profissionais na atenção ao trabalhador (Tabela 24).

Tabela 24. Motivos de ações em Saúde do trabalhador

<i>Motivos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ler/DORT	14	30,4
Demandas externas	14	30,4
Para fechamento de nexos causal	7	15,2
Acidente de trab mutilação	3	6,5
Acidente de trabalho leve/moderado	3	6,5
Disfunção Neuro Mus Esq sem nexos causal	3	6,5
Pneumoconioses	2	4,3
Total	46	100,0

Vários autores apontam para o deslocamento do perfil de morbidade causada pelo trabalho na modernidade, com o desaparecimento das clássicas doenças profissionais e o surgimento de novas formas de adoecimento e outros riscos ocupacionais entre eles as Lesões de Esforços Repetitivos (LER) e o estresse (6), resultantes das modificações do estilo de vida das pessoas.

Nesse sentido, segundo Dias (4) *"Novos e velhos padrões de produção e consumo se relacionam com o ambiente e saúde e se expressam no viver, adoecer e morrer dos trabalhadores e da população e na degradação ambiental"*.

Os achados desta investigação permitem ainda inferir que as condições das estruturas osteomusculares dos trabalhadores estão fragilizadas, necessitando de cuidado e atenção para tratar a condição inflamatória e de dor, mas também de programas educativos, na direção da apropriação dos mecanismos de funcionamento do corpo. Orientação para aquisição de estratégias para percepção das necessidades corporais diante das atividades realizadas, bem como para a manutenção das condições de saúde, no sentido de se evitar o adoecimento.

As ações complementares, após a consulta médica, apontam a grande incidência de encaminhamentos para exames laboratoriais e serviço de fisioterapia, demonstrando que a população da pesquisa busca o CEREST - Betim para obter assistência das disfunções em seu corpo, provocadas pelo desgaste nas atividades cotidianas (Tabela 25).

Tabela 25. Distribuição dos encaminhamentos após consulta médica.

<i>Encaminhamentos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Exames laboratoriais e fisioterapia	14	30,4
Fisioterapia	8	17,4
Diagnóstico especialista	5	10,9
Diagnóstico e exames laboratoriais	5	10,9
Não houve encaminhamento	3	6,5
Exames laboratoriais	2	4,3
Diagnóstico de especialista, Exames laboratoriais e Terapia Ocupacional	2	4,3
Exames laboratoriais, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.	2	4,3
Diagnóstico com especialista e fisioterapia	2	4,3
Terapia Ocupacional	1	2,2
Diagnóstico com especialista, fisioterapia e Terapia Ocupacional.	1	2,2
Não se aplica	1	2,2
Total	46	100,0

Na tabela 25 observa-se que o CEREST - Betim foi o local onde a assistência clínica para alívio da disfunção detectada foi efetivada, comprovando que há grande necessidade dos serviços que compõem o processo de reabilitação dentro das unidades de atenção a saúde do trabalhador, como estratégia para agilizar a assistência e o retorno do trabalhador em melhores condições para o desempenho das atividades profissionais.

Tabela 26. Local onde se realiza os atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

<i>Local onde se submete a reabilitação</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
CEREST	36	78,3
Não freqüenta	7	15,2
Rede	3	6,5
Total	46	100,0

Na tabela 27 observa-se que a maioria dos trabalhadores (60,9%) utilizou os serviços de reabilitação anteriormente à vinda ao CEREST - Betim,

achado importante para inferir que estes cidadãos, quando chegam ao referido Centro já estão adoecidos.

Tabela 27. Utilização do serviço de reabilitação

<i>Utilizou o serviço antes</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sim	28	60,9
Não	17	37,0
Não se aplica	1	2,2
Total	46	100,0

Dados sobre a resolutividade do problema que motivou a busca ao CEREST - Betim, indicou que 87,0% dos trabalhadores tiveram seu problema solucionado ou em andamento, sugerindo que se encontravam em tratamento. (Tabela 28)

Tabela 28. Resolutividade do problema que o trouxe ao CEREST - Betim

<i>Resolveu o problema</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Em andamento	29	63,0
Sim	11	24,0
Não	6	13,0
Total	46	100,0

Ao relacionar dados de resolutividade do problema com a origem do encaminhamento, observou-se que a maioria dos trabalhadores encaminhados pelo controle social (26,08%) encontrava - se em tratamento, enquanto os encaminhados pelas UBS (23,91%) encontrava - se em tratamento ou já tinham seu problema resolvido, demonstrando que o CEREST - Betim é o local onde os trabalhadores encontram respostas às suas demandas.

Quando questionados sobre a resolutividade do problema que os trouxe ao CEREST, foi possível observar pelos fragmentos de discurso, que o CEREST vem correspondendo à expectativa de atenção à saúde do trabalhador, com oferta de serviços de qualidade para a solução das necessidades. Foi possível constatar a satisfação dos trabalhadores em vários discursos afirmativos como rapidez, acolhimento, atenção humanizada, orientações, bom atendimento, entre outras:

“Resolveu... encaminharam-me muito bem, recebo o benefício até hoje, quando tenho alguma dificuldade ligo para cá e eles resolvem para mim. Eu marquei médico no mesmo dia que eu tenho a fisioterapia, não tenho o que reclamar. O atendimento é ótimo”.

...”Sim, consegui atendimento de Fisioterapia para tratamento da fratura que tive no membro inferior direito, após o acidente de trabalho”.

...”Resolveu sim, gostei do atendimento, os profissionais se preocupam com a gente, tratam bem preocupam com a nossa saúde, dão apoio, se precisar de ajuda eles estão à disposição. Só consegui as coisas depois que vim pra cá. O INSS tinha cortado (o benefício), consegui de novo, consegui a Fisioterapia, a clínica da dor na UFMG no hospital das clínicas. Estou satisfeito...”.

Outros trabalhadores, todavia tem a percepção da limitação da rede pública de saúde na oferta de serviços, e a morosidade para a solução dos problemas de saúde.

...”Não resolvi, porque o INSS me deu alta e os médicos da empresa não me consideraram apta para voltar ao trabalho. Ainda estou em tratamento para o tornozelo (queda sofrida no trabalho) e para a mão direita, mas o serviço que me atende esta de férias (PUC). Gostaria que no CEREST tivesse um ortopedista, para os atendimentos serem mais rápidos e para conseguir os

relatórios mais facilmente, pois demora muito para consegui-los para levar para a perícia quando a consulta é marcada no centro de reabilitação Divino Braga...”.

...“Ainda estou aguardando para retornar para o tratamento, mas estou com dificuldade em relação ao horário, pois só posso ser atendida após as 16 h, porque a empresa não me libera durante o expediente. Quanto às consultas médicas e ao processo junto ao INSS estou sendo bem orientada e estou conseguindo resolver de acordo com o necessário...”.

...”Ainda não até hoje. O que ajudou muito foi a órtese que a terapeuta ocupacional fez para dormir. Diminuiu muito a dor e a dormência...”.

...”Ainda não, porque ainda preciso de mais tratamento e o médico já disse que eu necessito fazer uma cirurgia no ano que vem. O atendimento aqui é bom, o médico explicou melhor que o ortopedista que eu tratava. Com o médico daqui entendi o meu problema de saúde”.

Os trabalhadores que ainda se encontram em tratamento também demonstraram satisfação com a atenção e orientações recebidas.

...”Melhorou muito, perdia o senso de equilíbrio e o labirinto, a dor continua, mas diminuiu. O CEREST tem ajudado a resolver os problemas de saúde. Tenho gostado e não sabia que existia, estava procurando emprego...”.

...”Está resolvendo. O CEREST ajudou muito. Quando cheguei não estava agüentando andar, não estava afastada pelo INSS. O Doutor me ajudou muito, me orientou”. Com os relatórios do Doutor o INSS nunca me voltou...”.

...”Resolvi grande parte do meu problema, pois ao iniciar o tratamento, eu estava muito mal, tanto que meu afastamento foi imediato. Sei que posso não melhorar tudo, mas estou bem melhor...”.

Os achados encontrados permitem verificar que de acordo com Hortale, Travassos, Unglert,(33,35,42) a população percebe-se acolhida nos serviços, que ofertam ações desenvolvidas por equipe multidisciplinar .

5 - CONCLUSÃO

Ao estudar a trajetória da amostra de trabalhadores que buscaram o CEREST - Betim no ano de 2008, foi possível apreender algumas constatações que serão expostas a seguir.

Apesar da abrangência de 12 municípios, a procura pelo CEREST Betim é pouco expressiva se comparada às possibilidades econômicas da região.

A maior incidência da procura pelo CEREST - Betim foi de pessoas do gênero feminino, com prevalência do ensino fundamental incompleto.

Constatou-se que 87,0% dos trabalhadores tiveram seu problema solucionado ou em andamento.

Os trabalhadores ao buscar o CEREST-BETIM, percebem-se acolhidos e obtêm encaminhamentos segundo as necessidades detectadas.

Estabelecido o nexa com a situação de trabalho, os serviços de ações de saúde complementar da rede pública são utilizados para auxiliar o diagnóstico do médico do trabalho.

Recebem atendimento para o processo de reabilitação dentro do próprio CEREST, com espera menor que sete dias, para início do tratamento.

A grande maioria é encaminhada para o serviço de perícia médica do INSS, percebem-se atendidos quanto à busca de esclarecimento de suspeita de doença ocupacional, recebem tratamento e relatórios médicos.

Na resolução do problema relatam que os encaminhamentos realizados atendem à expectativa e concluem que se encontram no caminho da solução.

Ressaltam a importância da escuta e do acolhimento, ou seja, são tratados com responsabilidade e respeito.

O CEREST - Betim foi o local onde a assistência clínica para alívio da disfunção detectada foi efetivada, comprovando que há necessidade dos serviços que compõem o processo de reabilitação dentro das unidades de atenção à saúde do trabalhador, como estratégia para agilizar a assistência e o retorno ao trabalho em melhores condições para o desempenho das atividades profissionais.

Constata-se a satisfação dos trabalhadores que buscaram o CEREST – Betim que tem correspondido à expectativa de atenção à saúde do trabalhador, com oferta de serviços de qualidade para a solução das suas necessidades.

A Saúde do trabalhador está em construção e a população entrevistada permitiu sinalizar a eficácia, do modelo de assistência oferecido pelo CEREST - Betim.

Apesar da existência da Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador, de investimento na criação e implementação de Centros Referências em Saúde do Trabalhador, da conquista de direitos regulados a partir da última Constituição da República Federativa do Brasil e dos diferentes Ministérios envolvidos com o tema, o trabalhador ainda encontra dificuldade para obter assistência integral à saúde.

6 - RECOMENDAÇÕES

A baixa procura por parte dos usuários aos CEREST – Betim, expressada pela estatística de 440 matrículas no ano de 2008, sugere a necessidade de maior amplitude na campanha de divulgação do centro para se estabelecer estratégias de informação que atinja os trabalhadores que por diversos motivos, utilizam a rede privada de atenção à saúde, repercutindo no desconhecimento das reais condições de trabalho e saúde dessa população.

O trabalhador necessita educação permanente em programas de orientação e cuidados básicos para a saúde, prevenção de agravos dentro e fora do local de trabalho constantemente.

Necessita ainda atenção aos cuidados da saúde integralizada entre os diferentes ministérios em razão da gama diversificada de áreas de abrangência que envolve o tema trabalho .

Atividades congregadas e informações advindas da atenção à saúde facilitam ações de vigilância sanitária, fortalecem o sistema de informação, geração de dados epidemiológicos e estatísticos permitindo efetividade de ações regionalizadas, articuladas para preservação do trabalhador saudável, na área com competência.

Ações e atividades que possibilitam configuração do mapa nacional da atenção à saúde do trabalhador demarcam as diversidades regionais, facilitam a conformação do geo processamento da atenção à saúde do trabalhador no Brasil.

7 - Referências Bibliográficas

- 1 - Segabinazzi C. Identidade e trabalho na sociedade capitalista. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre: 2007; 6 (1): 2-18. Jan./jun.
- 2 - Antunes R. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- 3 - Lukács G. As Bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. São Paulo: Editora Ciências Humanas, 1978.
- 4 - Dias E C, Rigotto R M, Augusto L G S, Cancio J , Hoefel M G L. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde no SUS: oportunidades e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 2009, 14 (6):2061-2070.
- 5 - Minayo-Gomes C. S. & Thedim-Costa S M F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 1997; 13 (Supl. 2): 21-32.
- 6 - Mendes R, Dias E C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista Saúde Pública. São Paulo, 1991; 25 (5): 25:341.
- 7 - Abramides M B C, Cabral M S R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo em Perspectiva, 2003; 17(1): 3-10.
- 8 - Krug S B F. Sofrimento no Trabalho: A Construção Social do Adoecimento Tese Doutorado. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
- 9 - Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.
- 10 - Medeiros M A T. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência. [Dissertação] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.
- 11 - Luz M. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1991.
- 12- Castro L A. Poder ideologia e saúde no Brasil na primeira republica: ensaio de sociologia. histórica. In: Hochman G (org). Cuidar, controlar, curar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- 13 - Mendes E V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes,

E.V. org. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC/Abrasco, 1993.

14 - Andrade S M, Soares D A, Cordoni L J. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: EDUEL, 2001.

15 - Santos W G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

16 - Elias P E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva, 2004; 18(3): 41-4.

17- Nicz L F. Previdência social no Brasil. In: Gonçalves, E L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

18 - Oliveira J A. A & Teixeira S M. F.T. (Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

19- Mansur M C. O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: Tendências da Década de 1990. [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

20 - Takahashi M.A.B. Avaliação em Reabilitação Profissional a experiência de adoecer por LER e o resgate da autonomia – uma trajetória singular. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2000.

21 – BRASIL. Ministério da Saúde. (1987), Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasil. Acesso http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf

22 - Mendes E V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

23 - Fleury, Sonia Proteção Social em um Mundo Globalizado, Saúde em Debate, 2007; 29 pp. 10-20.

24 - Cunha J.P., Cunha, R.E., Sistema Único de Saúde - Princípios. Campos FE, Oliveira MJ, Tonon LM. In: Planejamento e gestão em saúde. Cadernos de Saúde 2. Belo Horizonte: Coopmed-Bh; 1998.

25 - Grigório, Deise de A. Saúde: Estudos de uma Década Sob a Ótica do DeCS Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, agosto de 2002.

26 - Baima Francisco R. Análise de desempenho dos investimentos dos fundos de pensão no Brasil, dissertação de mestrado UFSC, Florianópolis, 1998.

27 - Teixeira, Sonia M F. Política Social e Democracia: Reflexões Sobre O Legado da Seguridade Social. Cadernos de Saúde Pública, 1985; 1(4): 400.

28 - Nascimento Á. A pré-constituente da saúde: contexto histórico. <http://www.revistasaudeemdestaque.com.br/materia.php?id=134>

29 – BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>

30 - Viacava F, Almeida C, Szwarcwald C L, Travassos C, Oliveira E, Novaes H M D, Noronha J C, Rocha J Y, Silva L M V, Almeida M F, Uga M A, Barros M; Carvalho M S, Martins M, Ibañes N, Caetano R, Porto S M. Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). 2003. Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Relatório Final. Rio de Janeiro, Agosto. 2003 <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/> acessado em 12/ Set/2009.

31 - BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

32 - BRASIL. Ministério da Saúde Lei 8080.19 de setembro de 1990 Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: 1990

33 - Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004;20 (Supl 2): 190-198.

34 - Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 1(5): 133- 149.

35 - Unglert C V S, Rosenburg C P, Junqueira C B. Acesso a serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública. Revista Saúde Pública, 1987; 21 (5): 439-446.

36 - Penchansky R, Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care. 1981; v. 19 (2): 127 – 140.

37 - Hortale VA, Pedroza M, Rosa M L G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000; 16 (1): 231-239.

38 - Donabedian, A. “Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care”. Cambridge: Harvard University Press, 1973

- 39 - Frenk J. Conceptual measurement of accessibility. *Salud Publica Mex* 1985; 27:438-53.
- 40 - Donabedian A. The assessment of need. In: Donabedian A, editor. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press; 1973. p. 58-77.
- 41 - Gibbard, A. The prospective pareto principle and equity of access to health care. *Milbank mem. Fd Quart.* **60**: 399-428 1982.
- 42 - Unglert, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. *Revista Saúde Pública*, 1990, v. 24, n. 6, p. 445-452.
- 43 - Campos FE de Santos FP, Acúrcio FA et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1990; 6(1), 50-61.
- 44 -Fekete, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde: Desenvolvimento gerencial de Unidade Básicas de Saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS. Brasília, 1997. P.177-184.
- 45 - Acurcio, FA, Guimarães, MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. 1996; 12(2): 233-242.
- 46- Starfield, Bárbara Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 47 - Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; v.20,Sup: 2, p.190-198.
- 48 - Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; n.36, p. 1-10.
- 49 - Unglert, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.
- 50 - Assis M M A, Villa T C S, Nascimento M A A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003 8 (3): 815-8.

51 - Viana Ana Luiza A; Fausta Márcia Cristina Rodrigues; Lima Luciana Dias Política de saúde e equidade. São Paulo Perspectiva. Vol.17 nº. 1. Jan./Mar. 2003.

52 - Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; v.1, n.5, p.133-149.

53 - Paim, J. 1997 Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata, R.B. (org.) Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro, Abrasco, 7-30.

54 - Teixeira, C. 2000. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília.

55 - Escorel, Sarah; Lucchese, Patrícia. XI Conferência Nacional de Saúde: algumas primeiras impressões. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 102-106, set/dez. 2000.

56 - Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol. M.Z.; Almeida FN. (Orgs.) Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI. 2003; p.567-86 2003a, p.568

57 – Alves V S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. In: Política Nacional De Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

58 - Brasil Ministério da Saúde .Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.Divulga o Pacto pela Saúde.Diário Oficial da União 2006;23 fevereiro..

59 - Franco TB, Júnior HMM. Integralidade Na Assistência À Saúde: A Organização das linhas do cuidado. Merhy EE organizador. In O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

60 - Merhy E E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

61 - Cecílio L.C.O.; Merhy E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003.

62 - Mattos R A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de. (Orgs.).

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. P. 39-64.

63 - Giovanella L & Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In C Eibenschutz (org.). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

64 - Cecílio L.C.O. (Org.); Inventando a mudança na saúde; São Paulo, Hucitec, 1997.

65 - Lacaz F A C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13 (Supl. 2): 7-19.

66 - Lacaz FAC. O sujeito na saúde coletiva pós-modernismo. Ciência Saúde Coletiva. 2001; 6 (Supl.2): 233-42.

67 - BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.908 de 30/10/1998 de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01 – “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”. 2. Ed.revisada e atualizada, aprovada pela Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, e pela regulamentação complementar. Brasília, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 116).

68 - BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 NOAS – SUS/2002 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização acesso <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno20NOAS2002.pdf>.

69 - BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.679/GM de 19 setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Diário Oficial da União;2002.

70 - BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.125 de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.

71 - BRASIL Ministério da Saúde, Portaria 2.437, dezembro de 2005, Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENASt no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. DOU nº 127, de 5 de julho de 2005, Seção 1, página 46. Acesso <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>

72 - Braga D J. Elementos para Implementação de uma Política Nacional de Saúde para os Trabalhadores. Boletim Epidemiológico Paulista. Outubro, Número 10, 2004.

73 - Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG). da Lei n.º 13.317 de 24/09/1999 (Plano Diretor de Regionalização (PDR) Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/politicas de saude/plano-diretor-de-regionalizacao](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao)

74 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

75 - BETIM. Câmara Municipal do município de Betim da lei municipal nº. 2568 de 27 de abril de 1995 Denominação Oficial ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

76 - Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(4): 687-707.

77 - Silva LF & Alves F. A saúde das mulheres em Portugal. Afrontamento, 2003.

78 - Datagerais – 2000. Acesso em 27 de setembro de 2009 http://www.datagerais.mg.gov.br/site/int_minas_aspectos_demograficos.php

79- Classificação Brasileira das Ocupações (CBO). Acesso em 27 de setembro de 2009 . <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>

80 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) acesso <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

8- Anexos

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Protocolo de Pesquisa Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
(CEREST) Betim

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR:

Nome: _____ Idade: _____ anos
Escolaridade: _____
Reside no município de Betim: Sim Não
Endereço: _____
Situação familiar: casado solteiro número de filhos ____
Renda familiar: _____
Diagnostico clínico: _____
Atividade Profissional: _____ Cargo: _____
Local onde trabalha: _____ Endereço: _____
Tipo de vínculo empregatício _____
 servidor publico registro em carteira profissional autônomo
Você esta desempregado atualmente? ____ Há quanto tempo ____
Tempo de exercício profissional nesse local: _____
Atualmente esta trabalhando sim não
Esta afastado há quanto tempo? _____
Recebe beneficio do INSS, Qual? _____

ACESSO:

Como chegou até o CEREST - Betim

Demanda espontânea: sim não

Encaminhado por: UBS

UAIS

PSF

Sindicato

- Controle social
- Hospital
- Micro região
- amigo
- Centro de Reabilitação

Após ter conhecimento do CEREST quanto tempo demorou em obter o primeiro atendimento?

- Menos de sete dias
- sete dias
- Quinze dias
- 30 dias
- Mais de 30 dias
- três meses

RESOLUBILIDADE

Após o acolhimento no CEREST foi encaminhado para: Serviço médico do trabalho

- Serviço social
- DRT
- Rede SUS
- INSS
- outro

Após consulta médica foi encaminhado para:

- Diagnostico de especialista
- Exames laboratoriais
- Fisioterapia
- Fonoaudióloga
- Terapia Ocupacional

Quem realizou o agendamento de exames laboratoriais e Consulta com especialistas na rede?

- Cerest
- Você

O processo de reabilitação foi iniciado quanto tempo após a consulta com o médico do CEREST

- menos de sete dias
- mais de sete dias
- 15 dias
- 30 dias

Onde você realiza atualmente os serviços de Fisioterapia, Fono e T.O.?

- CEREST
- Rede

Quanto tempo demorou em agendar a reabilitação na Rede de Assistência SUS

- Menos de sete dias
- sete dias
- Quinze dias
- 30 dias
- Mais de 30 dias

Você já freqüentou esses serviços antes?

- SIM
- NÃO

Em caso afirmativo onde? _____

Quais serviços você utiliza no CEREST?

- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia
- Psicologia

Quais serviços você utiliza na Rede de Assistência SUS

Fisioterapia Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia Psicologia Especialidades médicas

Encaminhamento ao INSS:

Você já passou pelo serviço de perícia médica do INSS? Sim Não

Em caso afirmativo quantas vezes antes de vir para o CEREST?

um dois três quatro mais de quatro

Desde que iniciou os atendimentos no CEREST você agendou consultas para a perícia médica?

Sim Não

Em caso negativo quem efetuou o agendamento.

Empresa CEREST

Assistência do SUS

Familiar

Perícia médica do INSS foi solicitada para:

Afastamento temporário

Licença de 30, 60, 90, 120 dias.

Benefício continuado

Aposentadoria

Reabilitação Profissional

Você resolveu o problema que o trouxe ao CEREST?

ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que pretende conhecer os trabalhadores que buscam o CEREST e avaliar como se dá o acesso e a solução dos problemas que os trouxeram aqui no CEREST – Betim. Este estudo é importante para sabermos como o serviço vem atendendo a necessidade do trabalhador aqui de Betim.

Gostaríamos de pedir sua autorização para a realização da entrevista e também para rever a comunicação em caso de alguma dúvida. Sua participação neste estudo é voluntária, e caso não queira participar não haverá prejuízo no seu atendimento no CEREST. Sua participação nesse estudo será uma oportunidade para você falar das suas dificuldades e dessa forma levarmos as suas sugestões aos responsáveis pelo serviço.

As informações serão mantidas em sigilo e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos.

Declaro que entendi as informações que me foram transmitidas e concordo em participar deste estudo.

Data: ____/____/____.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: Tânia Lúcia Hirochi

Telefone para contato: (0XX31) 34982254
Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa: 19- 3788-8936