

SALMA REGINA RODRIGUES BALISTA

**A DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE
DO TRABALHADOR NO SUS-CAMPINAS**

CAMPINAS

Unicamp

2008

SALMA REGINA RODRIGUES BALISTA

**A DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE
DO TRABALHADOR NO SUS-CAMPINAS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho

PESQUISADORA ASSOCIADA: Prof^a. Sílvia Maria Santiago

CAMPINAS

Unicamp

2008

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

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

B198d Balista, Salma Regina Rodrigues
A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no SUS -
Campinas / Salma Regina Rodrigues Balista. Campinas, SP : [s.n.],
2008.

Orientadores: Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Sílvia Maria
Santiago

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde do trabalhador. 2. Avaliação em saúde. 3. Avaliação
de programas e projetos de saúde. I. Corrêa Filho, Heleno Rodrigues.
II. Santiago, Sílvia Maria. III. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Workers' health surveillance in the Brazilian National
Unified Healthcare System (SUS) at the city of Campinas**

Keywords: • Occupational health
• Health evaluation
• Surveillance of the Workers Health

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Profa. Dra. Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Profa. Dra. Maria Inês Monteiro
Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

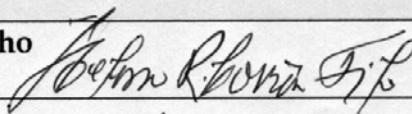
Data da defesa: 26 - 02 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof.^(a) Dr.^(a). Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Membros:

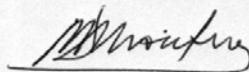
Prof.^(a) Dr.^(a) Heleno Rodrigues Corrêa Filho



Prof.^(a) Dr.^(a) Luiz Carlos de Oliveira Cecílio



Prof.^(a) Dr.^(a) Maria Inês Monteiro



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/02/08

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Flávio Rodrigues (in memoriam), que sempre me ensinou a realizar o melhor de mim.

À minha tia, Evelin Naked de Castro Sá (in memoriam), que, pela sua vida, me mostrou que a Saúde Pública é apaixonante.

Aos trabalhadores da saúde, da vigilância, da saúde do trabalhador, que constroem o SUS a cada dia com sua luta e criatividade.

AGRADECIMENTOS

Ao Heleno, meu professor e orientador, pela presença constante e iluminadora nesse trabalho; e por me conquistar para o mundo da saúde do trabalhador.

À Sílvia Santiago, amiga e professora, pelo acolhimento e pelas orientações, no trabalho e na vida.

Às professoras Inês e Graça, pelas contribuições por ocasião da qualificação.

Ao Gilberto, meu marido, pelo seu amor e pelo seu apoio em tudo o que precisei.

Ao André, meu filho, pelo estímulo às mudanças na vida que este trabalho desencadeou.

À Lígia, minha filha, pelo seu incentivo constante e também por deixar esse texto em paz com o português e o inglês.

Às equipes da Covisa, das Visas e do Cerest, por tolerarem minha ausência da Secretaria da Saúde para fazer esse estudo e, principalmente, por colaborarem dando vida a ele. Sem vocês esse trabalho não seria possível.

Às equipes dos Centros de Saúde, pelo acolhimento dos pesquisadores de campo e pela riqueza da contribuição.

Às minhas amigas e companheiras vigilantes, Brigina, Mena e Eloísa, por dividirem comigo a riqueza, as alegrias e agonias do trabalho de campo.

À Milena e à Nayara, pela ajuda na moderação, observação e transcrição dos grupos focais.

À Aloyde e ao Marcelo, pela ajuda com os trâmites do projeto e com a localização dos documentos da Secretaria da Saúde.

Ao Francisco Saraiva e à Sílvia Carmona, por me entenderem e me auxiliarem com meu afastamento da Covisa para realizar esse trabalho.

Aos meus familiares, especialmente minha mãe e minha irmã, pela torcida pra dar certo.

À Maísa, pelo seu cuidado e carinho com os alunos da Pós-Graduação.

À Andréa, ao Sabino, à Márcia Hespanhol, ao Alexandre, ao Fernando, ao Moacir e à Bet Lelo, pelas dicas e empréstimo de material.

A Deus, por me permitir ter tantas oportunidades e reconhecê-lo em tantas pessoas a minha volta.

Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver do universo...
Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer,
Por isso eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...

Nas cidades a vida é mais pequena
Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.
Na cidade as grandes casas fecham a vista à chave,
Escondem o horizonte, empurram o nosso olhar para longe de todo o céu,
Tornam-nos pequenos porque nos tiram o que os nossos olhos podem dar,
E tornam-nos pobres porque a nossa única riqueza é ver.

Fernando Pessoa

(do livro “Poesia completa de Alberto Caeiro”)

	Pág.
RESUMO.....	<i>xxvii</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxi</i>
1 – INTRODUÇÃO.....	35
1.1 – Reflexões teóricas sobre aspectos da descentralização, da Vigilância em Saúde e da Vigilância da Saúde do Trabalhador.....	38
1.1.1 – Algumas considerações sobre a descentralização das ações de saúde.....	38
1.1.2 – O desenvolvimento da Vigilância da Saúde Pública e da Saúde do Trabalhador desde o século XX.....	47
1.1.3 – A Vigilância da Saúde e a Vigilância da Saúde do Trabalhador no contexto do SUS.....	61
1.1.4 – A Vigilância em Saúde e a Vigilância da Saúde do Trabalhador no município de Campinas.....	69
2 – A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA.....	77
2.1 – O município de Campinas e a sua rede de saúde: o local da pesquisa.....	79
2.2 – Objetivos do estudo.....	81
2.3 – As opções metodológicas do estudo.....	81
2.3.1 – A pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde: os registros e as entrevistas.....	85
2.3.2 - A pesquisa com as Visas, com o Cerest e com a Covisa: os grupos focais.....	88

3 – OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO.....	95
3.1 – Um pouco da história da descentralização da Vigilância em Saúde e da Vigilância da Saúde do Trabalhador: a identificação das diretrizes.....	97
3.2 – As unidades básicas de saúde: o desafio da construção da integralidade.....	111
3.3 – A vivência das Visas, do Cerest e da Covisa: o desejo e a prática.....	125
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
6 – APÊNDICES.....	165

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
Ceasa	Central de Abastecimento de Campinas
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Cims	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
Cisat	Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
Cosat	Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
Covisa	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CoViSA	Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental
Cris	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CS	Centro de Saúde
DCMA	Divisão de Controle do Meio Ambiente
Diesat	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DRTs	Delegacias Regionais do Trabalho
Fundacentro	Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GMVE	Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica
Idec	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
NOB	Norma Operacional Básica

Nost	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Panamericana de Saúde
PAM	Plano de Ações e Metas
Pece	Programa Especial de Controle de Esquistossomose
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PNI	Programa Nacional de Imunização
Prev-saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos da Saúde
Procon	Conselho de Defesa do Consumidor
Pronan	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
Renast	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria de Estado da Saúde
Sesmet	Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho
SFAP	Serviço de Fiscalização da Alimentação Pública
SFS	Serviço de Fiscalização Sanitária
Sivat	Sistema de Vigilância de Acidente de Trabalho
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
SMVCZ	Serviço Médico-Veterinário e de Controle de Zoonoses
Sucen	Superintendência de Controle de Endemias
Suds	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE-2	Sistema de Vigilância Epidemiológica – instrumento de registro de agravos sob vigilância na unidade de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Visa	Vigilância em Saúde

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde por evento relacionado ao trabalho, segundo vínculo com mercado de trabalho. Campinas - SP, 2006.....	115
Tabela 2- Intervenção em local de trabalho segundo preenchimento dos papéis previdenciários e epidemiológicos nas Unidades Básicas de Saúde para acidentes de trabalho. Campinas - SP, 2006.....	116
Tabela 3- Número e porcentagem dos entrevistados, segundo categoria profissional. Campinas - SP, 2006.....	121

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1- Unidades Básicas de Saúde segundo preenchimento de papéis previdenciários e epidemiológicos para os eventos relacionados ao trabalho. Campinas SP, 2006.....	113
Quadro 2- Número de UBS segundo intervenção no local de trabalho e mudança no processo de trabalho. Campinas - SP, 2006.....	117
Quadro 3- Número de UBS segundo intervenção no local de trabalho e mudança no ambiente externo. Campinas - SP, 2006.....	117



RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar o processo de descentralização da Vigilância à Saúde do Trabalhador no município de Campinas. Foi para isso conduzido como uma pesquisa avaliativa formativa, envolvendo unidades da Secretaria Municipal de Saúde – a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa), o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), as cinco equipes distritais de Vigilância em Saúde (Visas), as 49 Unidades que compõem a rede básica – e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). A equipe de avaliadores teve composição mista e utilizou-se a triangulação de métodos no desenvolvimento da pesquisa, com a combinação de elementos quantitativos e qualitativos para proceder-se à análise da história, do contexto e das relações entre os diferentes atores envolvidos. A partir da identificação das diretrizes de descentralização da vigilância da saúde do trabalhador propostas nos documentos produzidos pela Secretaria de Saúde de Campinas, avaliou-se o processo de descentralização, utilizando-se: entrevistas conjuntas, com a técnica de grupo focal com cada equipe de Visa, do Cerest e da Covisa e entrevistas semi-estruturadas com profissional de vigilância em saúde da unidade local. Um indicador de descentralização construído foi a combinação do número de acidentes e doenças do trabalho que foram atendidos e registrados nas unidades básicas de saúde, segundo o vínculo formal ou informal com o mercado de trabalho; se esses problemas de saúde geraram ações de vigilância em saúde; e se as ações provocaram mudanças no processo de trabalho e no meio ambiente. Os resultados obtidos apontam aspectos de descentralização efetiva, como o atendimento dos trabalhadores nas unidades básicas de saúde, a ampliação da capacidade de atuação das Visas e a integração com a vigilância ambiental. Porém, ainda precisam ser aperfeiçoadas questões relativas ao uso e ao sistema de informação e, principalmente, à clareza dos papéis e das relações entre os diferentes níveis do sistema municipal na vigilância da saúde do trabalhador.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, vigilância em saúde do trabalhador, avaliação em saúde, avaliação de programas e projetos de saúde, vigilância em saúde.



ABSTRACT

The objective of this research was to describe and to evaluate the process of decentralization of the Workers' Health Surveillance (WHS) in the Brazilian National Unified Healthcare System (SUS) at the City of Campinas. The study was conducted as a formative evaluation research, with a mixed professionals' assessment team in multicentric settings that included the Central Coordination of Health Surveillance (Covisa); the Workers' Health Reference Center (Cerest); all five districtal teams of Health Surveillance (Visas); the 49 health centers of the city and State University of Campinas (Unicamp). A triangulation method was deployed to achieve an embracing analytical approach combining quantitative, qualitative elements, in historical perspective of the political context and the relationships amongst different social actors involved. From the established directives of the decentralization identified through official documents issued by the City Health Department of Campinas we evaluated the decentralization process by focus groups interviews within the teams of each Visa, Cerest, and Covisa and semi-structured interviews with health surveillance professionals of each health unit. The indicator of results was a combination of: the number of workers' accidents and illnesses registered at the health centers; the proportion of those workers related with the formal or informal job market; and if those work related health problems generated surveillance actions of health interventions, that could promote changes in the job processes and the general environment. Results obtained show aspects of an effective decentralization process like health care providing to workers in the health centers, the improvement of Visas capacity and the integration with environmental health surveillance. However, important questions about the health services' use and the health information systems still remain, mainly with regards to the explicitness of the functions and relationships among different levels of the Municipal System for WHS.

Key-words: occupational health, surveillance of the workers health, health evaluation, program evaluation, health surveillance.



1 - INTRODUÇÃO

A motivação para o desenvolvimento desse projeto está na possibilidade de se fazer uma reflexão mais aprofundada – intimamente vinculada à sua aplicação prática e ao seu compartilhamento com trabalhadores e gestores do SUS – sobre uma experiência de descentralização na área da saúde coletiva.

Os princípios e diretrizes do SUS são aplicados e desenvolvidos nos municípios de diferentes maneiras conforme os contextos locais, com diversos arranjos institucionais. Diferentemente de outros municípios, Campinas vem estruturando o sistema local de vigilância em saúde de forma descentralizada desde 1989, respeitando e valorizando a unidade básica de saúde (UBS)¹ como o local privilegiado onde devem ocorrer as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, nelas incluídas as ações de vigilância à saúde.

Essa descentralização tem significado a estruturação das ações da vigilância em saúde no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, nos distritos de saúde, nos centros de referência, nos hospitais e nas UBSs, de forma a compor com as ações de atenção à saúde um quadro mais completo de intervenções, com o objetivo de atingir o princípio da integralidade no SUS.

Podemos dizer que, sob o olhar da vigilância em saúde, a diretriz da descentralização do SUS foi levada à radicalidade nesse município, atingindo todas as unidades básicas de saúde, ainda que em graus diferentes. Contudo, a questão que se coloca é em que medida isso ocorreu com a vigilância da saúde do trabalhador e em quais serviços a descentralização dessa vigilância chegou de forma efetiva e como se desenvolveu esse processo.

A opção dessa investigação para analisar os resultados foi tomar como ponto de partida os referenciais expressos nos princípios do SUS, estendendo a prestação de serviços e a vigilância à saúde a toda população, como práticas democráticas integradas em todas as áreas, incluindo a saúde dos trabalhadores.

¹ Em Campinas, todas as UBS são estruturadas de modo padronizado para executar ações compatíveis com o nível de atenção primária do SUS com capacidade resolutive que as qualificam como Centros de Saúde. Por essa razão, a terminologia UBS e Centros de Saúde é equivalente e intercambiável para fins do presente estudo.

1.1 – Reflexões teóricas sobre aspectos da descentralização, da Vigilância em Saúde e da Vigilância da Saúde do Trabalhador

[...] aprofundando a tomada de consciência da situação, os homens se “apropriam” dela como realidade histórica, por isso mesmo, capaz de ser transformada por eles.

Paulo Freire

(do livro “Pedagogia do oprimido”)

1.1.1 – Algumas considerações sobre a descentralização das ações de saúde

Tomando a diretriz do SUS da descentralização como o fio condutor deste projeto e, considerando necessário um entendimento maior sobre o termo, no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2004, p. 635), encontramos as seguintes definições:

Descentralização: substantivo feminino; ato ou efeito de descentralizar;

Descentralizar: verbo transitivo direto; afastar ou separar do centro; descentrar. Aplicar o descentralismo a; dar autonomia administrativa a.

Vejamos o conteúdo relativo a esse termo presente no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, referente à Saúde:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

E também como os princípios e diretrizes do SUS estão expressos na Lei Orgânica da Saúde nº 8080, no artigo 7º do Capítulo II:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil, 1990).

Podemos notar que há coerência entre a definição de descentralizar encontrada no dicionário, que expressa uma idéia de divisão de poder com autonomia, com a intenção presente na diretriz do SUS. Também podemos destacar o princípio da integralidade expresso no mesmo artigo da Lei 8080, que pode ser entendido como o grande objetivo do atendimento das necessidades de saúde da população. Este objetivo também está presente no artigo 5º alínea III:

Art. 5º Dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

[...]

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990).

Dessa forma, verificamos que o SUS está fundamentado em princípios doutrinários e diretrizes organizativas incorporados ao texto legal, que constituem o ideário do seu funcionamento (Vasconcelos e Pasche, 2006).

Os princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade. Por universalidade entende-se o direito assegurado de qualquer cidadão ter acesso às ações de saúde; a integralidade é a prestação do conjunto de ações necessários à promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e dos coletivos; e a equidade se traduz na maior oferta de ações de saúde àqueles grupos sob maior risco de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade social (Vasconcelos e Pasche, 2006).

As diretrizes organizativas tem por objetivo dar maior racionalidade ao sistema, e são: a descentralização, regionalização, hierarquização e a participação comunitária. A descentralização administrativa, com comando único em cada esfera de governo, atribuindo aos municípios a responsabilidade pela prestação da maioria dos serviços. A organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, de modo a facilitar e regular o acesso e fluxos entre eles. A participação comunitária, possibilitando a influência dos cidadãos nas decisões da política de saúde (Vasconcelos e Pasche, 2006).

Ao estudarmos o que é apresentado por alguns autores, quando abordam a descentralização e a integralidade na atenção à saúde podemos verificar uma relação entre essa diretriz e esse princípio do SUS, reconhecendo a descentralização como uma das formas de buscar a integralidade do sistema de saúde, na medida em que aproxima os serviços e os profissionais de saúde das pessoas e da realidade mais local (Merhy, 1997; Cecílio, 2001; Mattos, 2001; Campos, 2003; Silva Jr et al., 2003) .

Vejamos como a descentralização e a integralidade podem ser identificadas quando observamos a organização das ações prestadas pelos serviços de saúde.

O fracasso nos tratamentos das pessoas é muitas vezes decorrente da dificuldade dos profissionais de saúde em se envolver com os seus pacientes, em escutar as necessidades sentidas e trazidas por eles, e também da sua incapacidade de ter uma visão integral sobre ele (Cecílio, 2001; Mattos, 2001). Frequentemente, produzem uma abordagem fragmentada através de diversos profissionais, o que dificulta o estabelecimento do vínculo imprescindível entre pelo menos um profissional e o paciente (Silva Jr et al., 2003).

“Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com o paciente e vice-versa” (Campos, 2003, p 68). A construção de vínculo depende do modo como as equipes de saúde se responsabilizam pelos problemas apresentados ou vivenciados pelas pessoas que vivem em um determinado território. E para cada caso há necessidade de um projeto terapêutico singular, pois cada sujeito apresenta sua singularidade (Campos, 2003).

O projeto terapêutico individualizado parece ser uma das perspectivas mais concretas do atendimento das necessidades sentidas pelo usuário, pois representa uma proposta para *aquele* indivíduo, e não para outro; e deve levar em conta alternativas terapêuticas que aumentem a autonomia das pessoas e que considerem suas condições de vida. Contudo, a prática das equipes de saúde tem se concentrado na correção das disfunções, das doenças e não propriamente no cuidado do indivíduo (Silva Jr et al., 2003).

Podemos entender a integralidade no espaço da unidade básica de saúde como o esforço da equipe em compreender e buscar respostas para as necessidades de saúde que o usuário apresenta, muitas vezes complexas. A essa integralidade, Cecílio (2001) dá o nome de “integralidade focalizada”.

A integralidade na atenção à saúde manifestada pela aplicação de um projeto terapêutico individual é uma expressão singular da descentralização: é uma macropolítica como o SUS, transformando-se ou sendo traduzida no cotidiano das micropolíticas, das relações das equipes de saúde que cuidam de um indivíduo (Merhy, 1997); aquela descentralização que repassa poder, na medida em que o profissional de saúde precisa abrir mão do seu poder absoluto e repartir com o usuário (com mais autonomia) o espaço de decisão sobre sua vida e seu tratamento (Silva Jr et al., 2003). E, desta forma, ampliar as possibilidades do usuário-sujeito reconstruir os sentidos do seu modo de conduzir a vida e buscar a satisfação de suas necessidades de forma ampla (Cecílio, 2001).

Assim, em uma unidade básica de saúde que desenvolve tanto projetos individuais quanto coletivos e que está no nível mais local de um sistema de saúde descentralizado, a micropolítica do processo de trabalho da equipe de saúde, carregada da criatividade dos trabalhadores e da subjetividade das relações que se estabelecem entre trabalhador e usuário, tem a potência de realizar traduções da macropolítica que atendam à realidade local (Merhy, 1997).

Para os profissionais de saúde poderem atuar de forma a atender às necessidades de saúde da população, tanto as percebidas pelas equipes de saúde, como as trazidas pelos indivíduos, é preciso mais do que conhecimentos estruturados sobre as doenças e agravos; é necessário que explorem espaços relacionais com os usuários como

espaços terapêuticos e que conheçam e utilizem outras tecnologias que desloquem o eixo terapêutico da correção da disfuncionalidade para o fortalecimento da autonomia, da autoestima, da vida saudável (Silva Jr et al., 2003). O acolhimento e o vínculo são componentes do trabalho vivo em ato² na saúde que possibilitam incorporar o sentido do usuário aos processos de trabalho desenvolvidos (Merhy, 1997). Para que isso ocorra, é necessária a criação de vínculos afetivos entre os usuários e os profissionais, com o estabelecimento de relações de confiança e encontro de subjetividades (Cecílio, 2001). Portanto, parece-nos indicado haver espaços de vivências para que os profissionais de saúde possam perceber melhor seus pacientes com suas angústias, seus sentimentos que, certamente, vão além da necessidade de realização de exames e procedimentos (Silva Jr et al., 2003).

Favoreto (2004) discute o quanto a clínica da medicina chamada de científica não valoriza o saber prático e nem tão pouco os outros conhecimentos não biomédicos, ligados à pessoa e ao seu sofrimento. A Clínica Ampliada ou Clínica do Sujeito (Campos, 2003), sendo o produto da relação entre os saberes da tecnobiociência e da prática, e buscando superar o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biológico, é promotora da integralidade na ação de saúde. Nesta perspectiva, cuidadores e cuidados interagem para produzir modos de atuar em saúde, numa relação de poder menos assimétrica.

Mattos faz uma reflexão dos sentidos dados para uma das diretrizes do SUS – a integralidade – e o faz a partir de três aspectos: como um traço da boa medicina, como modo de organizar os serviços e as práticas de saúde e finalmente como a resposta governamental a problemas de saúde de grupos específicos. Como idéia central, o autor apresenta a integralidade como um objetivo, um ideal a ser atingido (Mattos, 2001). Ao analisarmos o primeiro aspecto, aquele do traço da boa medicina, vemos a integralidade como a busca da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta, por parte dos diferentes profissionais de saúde, com a revisão dos seus processos de trabalho e de suas posturas profissionais e pessoais frente a essas necessidades.

² Tomamos o termo “trabalho vivo em ato” como aquele que é realizado no espaço de autonomia do trabalhador e que possibilita intervenções no sentido da mudança do que está instituído, tendo o usuário como o centro e a finalidade do trabalho em saúde (Merhy, 1997).

O segundo aspecto aborda os arranjos institucionais que os serviços e as práticas de saúde sofreram ao longo do tempo, que favoreceram ou dificultaram a obtenção da integralidade. O princípio da integralidade corresponde a uma crítica à dissociação das práticas de saúde pública e de assistência e se reflete na reorganização das unidades de saúde quanto à superação da fragmentação das atividades no interior das unidades e, ainda, pela introdução das práticas assistenciais típicas, com o atendimento da demanda espontânea. Neste sentido, as equipes de saúde precisariam se organizar para atender às necessidades da população e não a partir da inserção dela em um ou noutro programa institucional de saúde. Caberia ainda a compatibilização entre as necessidades referidas pela população (demanda espontânea) e aquela identificada pelos técnicos a partir de instrumentais da epidemiologia (demanda programada). A integralidade é um princípio de uma organização constante e contínua dos serviços de saúde de modo a permitir, portanto, uma compreensão ampliada das necessidades de saúde da população (Mattos, 2001).

Quando analisamos o terceiro aspecto, o das respostas governamentais a grupos específicos, vemos que é necessário, para atingir a integralidade, superar a fragmentação entre prevenção e assistência e ir além do setor saúde. O autor traz uma reflexão de que a integralidade só poderá ser atingida quando se estabelecer uma relação sujeito-sujeito nos serviços e práticas de saúde (Mattos, 2001).

A expressão “integralidade ampliada” utilizada por Cecílio (2001) traz a idéia de que a pessoa com suas necessidades de saúde – foco principal e a razão de ser dos serviços de saúde – não conseguirá ter todas as suas necessidades atendidas por um único serviço de saúde, mas só poderá vê-las respondidas e atendidas de maneira articulada com uma rede de serviços dentro e fora do setor saúde. As diferentes tecnologias em saúde estão disponibilizadas em uma ampla rede de serviços e, para atender a algumas necessidades, é preciso uma ação intersetorial.

Neste sentido, parece-nos que a outra diretriz do SUS, a da descentralização, pode favorecer a obtenção desse resultado, uma vez que proporciona a aproximação dos sujeitos e dos serviços – os profissionais de saúde – da realidade local e, com isso, o conhecimento mais aproximado do outro sujeito, que é aquele que tem as necessidades e para quem se destinam as ações de saúde.

Ao refletirmos sobre a organização dos serviços de saúde, podemos dizer que modelos de gestão influenciam e até determinam como as ações destes serviços serão executadas. Neste sentido, verificamos que o Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos (o Método da Roda), estimula o desenvolvimento de sujeitos, na medida em que aumenta a capacidade de análise dos agrupamentos de uma situação sanitária, de identificar os determinantes envolvidos e mesmo com as dificuldades presentes, ampliar as possibilidades de intervenção sobre a realidade considerada ruim ou perigosa (Campos, 2003).

Esse método de trabalho e gestão, que considera o envolvimento dos diferentes atores como condição essencial, pressupõe que o desenvolvimento das ações se dê no local mais próximo de onde estão os sujeitos implicados no problema; ou seja, apresenta implicitamente a descentralização do SUS como um pressuposto indispensável. Não é possível envolver diretamente pessoas, grupos, instituições à distância, mas somente se o serviço de saúde estiver bem próximo a eles. Nem, tampouco, criar e desenvolver vínculo. (Campos, 2003)

A priorização de grupos mais vulneráveis pode ser feita pela equipe de saúde que conhece seus indicadores e os utiliza para planejar melhor suas ações de intervenção bem como identifica aqueles grupos que merecem ação destacada. A definição dos temas a serem escolhidos e trabalhados deve, porém ser feita na roda, espaço coletivo, no qual existe a oportunidade de discussão e decisão, de elaboração de um contrato e de tomada de decisões (Campos, 2003). Novamente, aparece implícita a idéia de proximidade entre serviço de saúde e usuário.

Campos manifesta uma intencionalidade de fortalecimento da rede básica como o *locus* privilegiado onde as ações de saúde devem ocorrer. Chama a atenção para a qualificação da rede básica como ferramenta para ampliar sua capacidade de resolver problemas, para intervir tanto em problemas individuais quanto coletivos, e desenvolver, de maneira articulada, funções de promoção e prevenção, de clínica ampliada e de acolhimento das demandas individuais e coletivas, com avaliação de risco e responsabilização pelos casos. Ressalta que para proceder à reforma da reforma, ou seja, à segunda fase da Reforma Sanitária, é preciso aumentar e modificar as ações de promoção,

de prevenção, reformular e ampliar a clínica e a saúde coletiva, ao mesmo tempo, uma interagindo sobre a outra. Aponta que “essas reformas somente serão viáveis se apoiarem-se em critérios claros; a saber: eficácia do sistema (capacidade de produzir saúde e evitar danos), eficiência (racionalidade gerencial), responsabilização inequívoca pela atenção (definição clara de quem se encarrega do quê), vínculo (abordagem singular dos problemas de saúde), direitos dos usuários e gestão participativa” (Campos, 2003, p. 105).

O autor aponta, ainda, como forma de ampliar a capacidade das intervenções da Saúde Coletiva, a criação de Núcleos de Saúde Coletiva nas Unidades de Saúde, dando concretude à expressão da diretriz da descentralização.

Fica claro que não é possível realizar essas medidas em posição distante da realidade local. Seu equacionamento dar-se-á mais adequadamente, estando-se muito próximo do problema. Novamente implícita a descentralização como facilitadora das mudanças de modelo de atenção capazes de responder mais adequadamente às necessidades de saúde da população.

Alguns arranjos organizacionais do SUS, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e outros programas de saúde, têm-se mostrado especialmente capazes de responder às necessidades dos sujeitos em suas diferentes dimensões, porque integram as dimensões biológica e psicossocial, por estratégia e por uma postura que proporciona práticas mais adequadas a essa resposta (Favoreto, 2004).

Ao tratar do tema da saúde do trabalhador, entendida como parte da atenção à saúde da população em geral, os autores Mendes e Dias (1993) destacam algumas particularidades em suas características como: a limitação do setor saúde para resolver de fato os problemas de saúde dos trabalhadores; a complexidade do objeto que requer uma abordagem interdisciplinar e criativa; a integralidade da abordagem, com superação das visões fragmentadas entre individual e coletivo, biológico e sóciopolítico-cultural, preventivo e curativo.

O Sistema Único de Saúde deve prover a esse grande contingente da população a atenção integral prevista na Lei 8080/90, com acesso universal e igualitário, além de garantir a participação dos trabalhadores. Deseja-se um sistema de saúde resolutivo, ou seja, capaz de dar respostas eficientes aos problemas da população (Brasil, 1990).

1.1.2 – O desenvolvimento da Vigilância da Saúde Pública e da Saúde do Trabalhador desde o século XX

Surge então uma indagação de como a descentralização ocorreu e se fez presente na história da Saúde Pública no Brasil, com destaque para as ações de vigilância da saúde, até chegarmos aos dias atuais, em plena vigência do Sistema Único de Saúde.

Esta questão nos remete ao período do final do século XIX e início do século XX, marcado pelo predomínio de doenças transmissíveis como febre amarela urbana, varíola, tuberculose e sífilis.

Em situação de crise, em razão do surgimento de epidemias, ocorreu a descentralização da organização das ações sanitárias terrestres do Governo Federal para os Estados, possibilitando o que Émerson Merhy chama de "autonomização" dos Estados, especialmente daqueles mais capacitados, como São Paulo e Rio de Janeiro. No Estado de São Paulo, durante a década de 1880, enquanto ocorria a epidemia de febre amarela, fatos importantes estão registrados, como a criação de códigos sanitários estaduais, do Instituto Butantã, do Instituto Vacinogênico, da Comissão de Vigilância Epidemiológica para a zona urbana e a regulamentação do Laboratório Bacteriológico, do Serviço de Desinfecção e do Hospital de Isolamento (Merhy, 1985).

Segundo Merhy (1985), podemos tomar o Estado de São Paulo, já na época, pólo econômico e social mais importante do país, como um bom exemplo para entender o que ocorria nas relações entre o capitalismo e as práticas sanitárias.

A Constituição de 1891 formalizou a responsabilidade dos estados pela saúde pública nas suas respectivas áreas, verificando-se a "organização de estruturas burocrático-administrativas para efetivação daquelas práticas", cuja gestão oscilou entre estado e municípios, conjunturalmente (Merhy, 1985, p. 69 e 70). Havia disputa entre o Estado de São Paulo e os municípios com relação à distribuição das responsabilidades, refletindo a disputa pelo poder oligárquico do momento (Merhy, 1985).

A grave situação das epidemias de varíola e febre amarela suscitava reposta do poder público, que veio em forma de polícia sanitária, campanhas sanitárias e saneamento ambiental, como meios de eliminar focos epidêmicos, especialmente nas regiões de Santos, Campinas e na capital, áreas importantes do complexo cafeeiro (Merhy, 1985).

No início do século XX, a ocorrência de epidemias ameaçando a economia agroexportadora impelia o Estado a tomar medidas como a realização de campanhas sanitárias, tendo Oswaldo Cruz no seu comando. Em 1904 ocorreu uma reforma na organização sanitária, que ampliou as competências da Diretoria Geral de Saúde Pública. No entanto, a assistência médica só era possível para os que podiam pagar ou por intermédio da caridade (Paim, 2003).

Com o início da industrialização, e com as precárias condições de trabalho e de vida das populações urbanas, surgiram movimentos operários que demandavam ao Estado o desenvolvimento de políticas de saúde. Contudo, não eram os problemas de saúde da população e dos trabalhadores que ocupavam a atenção do Estado, mas os problemas relacionados à economia de exportação: a insalubridade dos portos, a atração, recuperação e retenção da força de trabalho, as endemias rurais e urbanas e o saneamento urbano (Possas, 1981; Paim, 2003; Merhy, 1985; Vilela, 2003; Maeno e Carmo, 2005).

Em 1906, ocorreu uma reorganização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, com fortalecimento do estado em relação aos municípios (Merhy, 1985). Em 1911, nova reforma no Serviço Sanitário, liderada pelo Dr. Emílio Ribas, definiu responsabilidades para os municípios sobre as práticas sanitárias locais, ficando o serviço estadual como "retaguarda para as situações que colocassem em risco o Estado como um todo. O município voltou a ser responsável pelos serviços de vacinação, pelos hospitais de

isolamento, pelas informações estatísticas, [...] enquanto que o Serviço Sanitário Estadual atuava na prevenção e controle de epidemias, no registro de estatísticas sobre mortalidade, na fabricação de soros e vacinas, na aprovação dos programas locais" (Merhy, 1985, p. 83). Podemos identificar, portanto, a oscilação que ocorre das responsabilidades entre estado e municípios.

Na década de 1910, houve um aumento das ações sanitárias desenvolvidas nas áreas rurais, com a ocorrência da malária e da ancilostomose, ao mesmo tempo em que ocorreu grande fuga dos trabalhadores do campo para as cidades, agravando o cenário urbano, que não dispunha de infra-estrutura de saneamento. A crise na importação de material de construção contribui para o aumento do desemprego e também para a queda dos salários (Merhy, 1985).

Nesta conjuntura, cresceram os movimentos sociais, com reflexo sobretudo nas relações trabalhistas, com a incorporação de reivindicações dos trabalhadores como férias e redução da jornada de trabalho (Possas, 1981; Merhy, 1985).

Na greve operária de 1917, podem ser identificadas lutas por melhor fiscalização dos alimentos (em preço e qualidade) e por legislação específica para o trabalho de mulheres e crianças (Merhy, 1985). Os principais temas das lutas dos trabalhadores eram a redução da jornada de trabalho, os salários e as condições de trabalho. No período que sucedeu a Revolução Russa, sob forte influência do pensamento anarco-sindicalista, cerca de 25% das 150 greves ocorridas em São Paulo tinham com principal reivindicação as melhorias nas condições de trabalho, particularmente para o trabalho da mulher e da criança e sobre os acidentes de trabalho (Maeno e Carmo, 2005).

No Brasil, o primeiro projeto de lei que tinha como fundamento o risco profissional foi em 1904 (Projeto nº. 169/1904), porém somente em 1919 é que um outro projeto de lei, este elaborado por técnicos do Departamento Estadual do Trabalho, foi finalmente aprovado em forma de lei. Era o ano da criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Essa lei tinha como pano de fundo as numerosas greves no país, incluindo a greve geral de 1917 e também o final da Primeira Guerra Mundial, apresentando uma necessidade de mudanças que auxiliassem na manutenção da paz, além de um cenário internacional de países que adotavam legislações trabalhistas com vantagens em relação àqueles países que não o faziam (Maeno e Carmo, 2005).

Maeno e Carmo chamam-nos a atenção para o fato de que a Lei de Acidentes de Trabalho de 1919, embora tenha significado um avanço jurídico, particularmente porque se baseava na responsabilidade objetiva do empregador, sem necessidade de se comprovar sua culpa, colocou embutido no conceito de risco profissional a sua inerência à atividade profissional, a “indissociabilidade de fatores de risco de determinadas atividades, e que é natural e aceitável que os trabalhadores sejam expostos a eles” (Maeno e Carmo, 2005, p 32). Essa lei não considera que esses fatores de risco existem não pela impossibilidade técnica de eliminá-los, mas sim por determinantes ligados à insuficiente valorização da saúde e da vida dos trabalhadores pela sociedade. Outro aspecto interessante para nos chamar a atenção é o fato da idade mínima estabelecida para o trabalho ser 12 anos. O empresariado defendia, já naquela época, o trabalho de crianças e adolescentes como prevenção da marginalidade (Maeno e Carmo, 2005).

Nesta fase, até o início da década de 1920, o principal alvo das práticas sanitárias era o controle de doenças infecto-contagiosas (a chamada era bacteriológica), para o qual se obteve relativo sucesso. Segundo Merhy, essas práticas, na medida em que interferem drasticamente no quadro sanitário sem tocar nas condições determinantes, contribuem para a manutenção das relações sociais vigentes, do modo de reprodução social e do modelo econômico-social implantado (Merhy, 1985).

Em 1922, o Serviço Sanitário, sob direção de Geraldo Horácio de Paula Souza, incorporou o modelo americano de ações médico-sanitárias com modificação no caráter puramente campanhista para o desenvolvimento de ações que denotavam caráter permanente, para enfrentar doenças mais prevalentes, como se viu na estruturação dos postos de combate à ancilostomose, em ação conjunta do Serviço Sanitário Estadual e a Fundação Rockefeller (Merhy, 1985; Nascimento, 2006).

Neste contexto, a organização dos serviços de saúde no Brasil ocorreu de forma dicotômica, separando as ações de prevenção e controle de doenças na população daquelas da medicina individual (Paim, 2003).

Após a crise de 1929, houve uma grande expansão da indústria, especialmente da indústria químico-farmacêutica e de agrotóxicos, impulsionadas, sobretudo, pela 2ª Guerra Mundial. Houve uma intensa produção normativa e legal nesse período, concentrada principalmente no campo de medicamentos, soros e vacinas; houve também a criação de serviços como Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço de Saúde dos Portos, Serviço Federal de Águas e Esgotos (Costa e Rosenfeld, 2000).

O período final de década de 1920, marcado por greves operárias e intensificação dos processos complementares de urbanização e industrialização, gerou reflexo na transformação das práticas sanitárias do Estado de São Paulo, apontando insuficiência das campanhas e dos Serviços de Saúde Pública, e o crescimento da assistência médica individual (Merhy, 1985).

No plano federal, em 1923, ocorreu o 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, presidido por Carlos Chagas, no qual foi feita a defesa quase unânime por parte dos sanitaristas da adoção do modelo americano para reformulação dos serviços de saúde pública no Brasil (Merhy, 1985). Neste congresso foi expressiva a contribuição de Paula Souza referente à experiência de São Paulo, recomendando “a organização de postos municipais permanentes, que deveriam funcionar como um serviço integral de saúde pública” (Merhy, 1985, p. 93). Aqui se percebe a intenção de aproximar serviços de saúde da realidade local das pessoas a serem atendidas por eles, permanentemente.

Paula Souza advoga para “a saúde pública, uma medicina social, de ação promotora e protetora da saúde”, que, aliada ao saneamento ambiental, exercida por profissionais de saúde em unidades locais de maneira permanente, irá proporcionar plena saúde (Merhy, 1985, p. 94).

É um deslocamento das práticas da influência da escola francesa para a escola americana. O novo Código Sanitário e a reestruturação do Serviço Sanitário incorporam a Educação Sanitária como prática permanente de Saúde Pública e nos Centros de Saúde, ainda que só se tenha conseguido implantar um dos cinco Centros de Saúde propostos para a capital do Estado. Nessa reforma de 1925, as transformações das práticas sanitárias pela polícia sanitária em práticas médico-sanitárias ficavam evidentes. O projeto foi implantado parcialmente, sem desmontar a estrutura da polícia sanitária e das campanhas, construída nas três décadas anteriores (Merhy, 1985; Nascimento, 2006).

Um dos pilares fundamentais da reforma proposta era a unificação das ações sanitárias em postos locais, no qual se exerceria permanentemente a Educação Sanitária. O Centro de Saúde era a figura fundamental na sociedade onde se realizariam as ações sanitárias educativas (Merhy, 1985).

Nas primeiras décadas do século XX começaram a crescer os “serviços médicos de empresas, com características basicamente curativas” (Bedrikow, Junqueira e Nogueira³, 1967), como uma alternativa às deficiências dos serviços de assistência médica previdenciários, e considerando que os trabalhadores, geralmente vindos do campo, apresentavam, freqüentemente, problemas de saúde como desnutrição, doenças transmissíveis e verminoses (Possas, 1981).

A evolução histórica da legislação e normatização sobre as questões saúde e trabalho é originalmente da área da Previdência ou Seguridade Social; posteriormente do Ministério do Trabalho (1930), com a Consolidação das Leis do Trabalho (Mendes e Dias, 1993). A tensão entre essas diferentes instituições e o setor saúde influenciará a organização e a atuação dos serviços de saúde do trabalhador (Possas, 1981; Alessi, 1994; Pimenta e Capistrano Filho, 1988; Lacaz, 2005).

A Segunda Lei de Acidentes do Trabalho é de 1934, no contexto do primeiro governo Vargas, cuja política estatal para a área social se concentrava no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que passou a se chamar Ministério da Revolução. O movimento sindical se caracterizava por uma prática assistencialista médica, jurídica e cultural e pouco reivindicatória e passou a ser controlado pelo Estado. Neste período foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões para as categorias profissionais, também controlados pelo governo e que representavam um novo mecanismo de prestação direta de serviços a determinadas categorias de trabalhadores. Nesta segunda lei, institui-se a obrigatoriedade da comunicação à autoridade policial em caso de acidente de trabalho com afastamento; porém, a prevenção do acidente continuava sem ser mencionada (Maeno e Carmo, 2005).

³ Bedrikow, Junqueira e Nogueira, 1967 *apud* Possas CA. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981, p. 185.

A terceira Lei de Acidente de Trabalho data de 1944; nela foi criada a figura do acidente de trajeto. Nesse período são criadas as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPAs, para as empresas com mais de cem trabalhadores, com a função de realizar a educação dos trabalhadores em relação a hábitos de higiene e à prevenção do alcoolismo; quanto à prevenção e fiscalização do trabalho, cabia-lhe dar sugestões. A assistência médica era assegurada ao trabalhador por um ano; depois desse período, cabia à rede pública o seu cuidado (Maeno e Carmo, 2005).

As legislações seguintes (Decreto-Lei 293, de 28/2/1967, Lei 5316 de 14/09/1967 e Lei 6367 de 10/10/1976) determinaram que a comunicação de acidentes deveria ser feita pela empresa, em caso de óbito à polícia, e, em qualquer caso, à Previdência Social; restringiam ainda mais a caracterização do acidente de trabalho e desestimulavam as ações judiciais pelos trabalhadores, uma vez que determinavam que os custos das ações improcedentes seriam pagos pelo trabalhador, além da lentidão dos processos judiciais. Além disso, tratavam a doença do trabalho como inerente a determinado ramo de atividade (Possas, 1981; Maeno e Carmo, 2005). Possas chama-nos a atenção para o retrocesso da legislação comparada a de 1944, destacando que houve diminuição das comunicações de acidentes de trabalho devido à maior restrição na sua caracterização, bem como ao pagamento pela empresa dos primeiros quinze dias de afastamento do trabalhador acidentado, o que gerou um sub-registro dos acidentes e que houvesse apenas o registro dos acidentes graves, repercutindo em um falso agravamento dos acidentes nas estatísticas. Essas medidas significaram, também, um alívio para a Previdência Social do ônus que lhe era causado pelas “exigências impostas pelo desgaste que o sistema produtivo opera sobre seus segurados” (Possas, 1981, p. 115).

Maeno e Carmo apontam que as modificações no arcabouço jurídico sobre acidentes de trabalho não alteraram as características das concepções da higiene industrial e da “medicina legal e do seguro”, sem reconhecer a influência dos condicionantes sociais no adoecimento.” (Maeno e Carmo, 2005, p. 42).

Mudanças profundas ocorreram no mundo do trabalho com a Segunda Guerra Mundial e a expansão da indústria, com exigências de transformação também colocadas para a chamada medicina do trabalho. Esta passou a não ser suficiente para abordar e recuperar a capacidade de produção do trabalhador, sendo necessário que o seu entorno fosse considerado com a participação de outras áreas de conhecimento, como a Ergonomia, a Higiene do Trabalho e a Toxicologia. As medidas de prevenção entram, então, em cena. Desta modificação de conceitos surge a saúde ocupacional. A saúde ocupacional, embora amplie o seu rol de instrumentos “para abordagem da relação saúde e trabalho, ainda mantém o trabalhador como objeto de sua intervenção” e, sobretudo, ainda considera que trabalhadores possam ser expostos a “condições insalubres desde que respeitados limites considerados aceitáveis, e que existam níveis seguros de exposição a substâncias nocivas” (Maeno e Carmo, 2005, p 43). Os riscos são assumidos com certa naturalidade como inerentes aos meios de trabalho e são considerados descontextualizados das razões de sua origem, mantendo assim, os mesmos limites da medicina do trabalho. Enfatiza-se, portanto, o uso de equipamentos de proteção individual ao invés das medidas de proteção coletiva. Nessa concepção, o ônus do acidente e da doença é atribuído ao trabalhador pela sua negligência ou ignorância (Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, encarregado das ações de saúde pública; no entanto, a assistência médico-hospitalar foi superando progressivamente as ações e serviços de saúde pública. Incorporou-se a modalidade empresarial de venda de serviços de assistência médica ao Estado através de contratos com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) (Paim, 2003). O acelerado processo de industrialização da segunda metade da década de 1950 colocava a necessidade de organização da assistência médica em função da força de trabalho nele envolvido. Desta forma, na década seguinte, o “florescimento das empresas médicas e de hospitais privados deu impulso à expansão da medicina capitalista no país” (Possas, 1981, p 233).

Nos anos que precederam o golpe militar, propostas de descentralização e municipalização dos serviços de saúde dominaram os debates das Conferências Nacionais de Saúde de 1962 e 1963 (Costa e Rosenfeld, 2000).

O perfil epidemiológico deste período refletia a concomitância das doenças da pobreza e da modernidade: tuberculose, malária, doença de Chagas, acidentes de trabalho, doenças cardiovasculares. Apesar do chamado “milagre brasileiro” no período de 1968 a 1973, com grande migração da população rural para os centros urbanos, não houve melhora do quadro sanitário, destacando-se a importante epidemia de meningite na década de 70 (Costa e Rosenfeld, 2000; Paim, 2003).

O período pós-1974 foi marcado pela crise econômica e social e pelas reformas no setor saúde, com o crescimento da medicina curativa e individual e no setor previdenciário, que foi acompanhado do correspondente crescimento da indústria de medicamentos e equipamentos utilizados na assistência médica (Costa e Rosenfeld, 2000).

A V Conferência Nacional de Saúde realizada em 1975 apontou a grave crise do setor saúde, caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia dos serviços de saúde; nesta ocasião, o governo apresentou a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6229/75, que definia as atribuições dos ministérios relacionados com a saúde e também as responsabilidades da União, dos estados e dos municípios (Paim, 2003). A divisão de atribuições e responsabilidades entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, na qual ao primeiro caberiam as ações de saúde pública para a população em geral e, ao segundo, a assistência médica aos trabalhadores, evidencia a dicotomia entre a saúde individual e coletiva e também a valorização da reposição do trabalhador como a principal função da assistência médica (Possas, 1981).

Diante da oposição de empresários da saúde à regulamentação desta lei, o governo passou a centrar sua ação política em programas verticais como o Programa Nacional de Imunizações (PNI); o Programa Materno-infantil; a Campanha de Meningite; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass); o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (Pece), e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan). Também foram criados nesta época o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (lei 6259/75), a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (lei 6360/76 e Decreto 79056/76) e o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1977 (Costa e Rosenfeld, 2000; Paim, 2003).

A partir da década de 70 houve um crescimento da produção científica e de serviços que ampliou o reconhecimento dos riscos presentes nos ambientes de trabalho, colocando os trabalhadores como uma população vulnerável a eles (Câmara et al., 2003).

A medicina social latino-americana nos anos 70, cujo referencial teórico é o materialismo histórico, conferiu novo olhar às questões do trabalhador, sua inserção no processo produtivo, na organização e divisão do trabalho e as características de cada extrato social, tomando as relações do trabalho como determinantes fundamentais do processo saúde-doença (Laurell e Noriega, 1989; Lacaz, 2005; Maeno e Carmo, 2005; Sato et al, 2006;).

Com o embasamento da medicina social latino-americana e com os conteúdos da saúde coletiva, que agrega os campos de conhecimento da epidemiologia, do planejamento e avaliação dos serviços de saúde e das ciências sociais em saúde, surgiu a saúde do trabalhador, de caráter interdisciplinar e intersetorial, que considera o trabalhador não como simplesmente objeto de seus benefícios, mas sim como “sujeito das ações de transformação dos fatores determinantes do seu processo de adoecimento” (Maeno e Carmo, 2005, p. 44). Diferentemente da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador procura integrar diferentes saberes e práticas de caráter técnico, social e humano, dos profissionais da saúde, da engenharia, do planejamento, das ciências sociais, dos políticos e dos trabalhadores e seus organismos de representação; tem como objetivo a compreensão da integração, cada vez mais complexa, dos elementos do processo de trabalho “que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (Laurell e Noriega, 1989; p. 110), e com isso, obter as mudanças necessárias nos processos de trabalho, com destaque para a importância da socialização das informações entre a classe operária, os técnicos da produção e os de saúde, para poder interferir na carga de trabalho a que os trabalhadores são expostos. A saúde do trabalhador é, portanto, um campo interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, que busca superar as concepções tecnicistas hegemônicas, buscando outros parâmetros de vigilância em saúde do trabalhador (Oddone et al, 1986; Laurell e Noriega, 1989; Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997; Nardi, 1997; Maeno e Carmo, 2005; Sato et al., 2006).

Segundo Oddone e colaboradores os grupos de operários, que são aqueles mais diretamente envolvidos e, portanto, homogeneamente interessados, são os que devem tomar para si a responsabilidade de serem protagonistas nas ações que visem à diminuição da nocividade ambiental. Não delegar aos técnicos nem ao empregador o conhecimento e a decisão sobre essas medidas. Só os operários conhecem com profundidade o processo de trabalho a ponto de opinarem precisamente sobre as modificações que são necessárias para atender às suas necessidades de saúde, a partir de uma definição consensual de prioridades de intervenção acompanhada de uma proposta de intervenção. A associação entre técnicos de saúde e segurança no trabalho com os trabalhadores potencializa a ação de ambos na medida em que socializa conhecimentos dos dois grupos; troca experiência e dá fundamento às observações diretas dos trabalhadores com a produção de conhecimento científico com a participação de trabalhadores; e modifica a visão dos técnicos adquirida pela sua formação, que é parcial e não considera a experiência e a visão dos trabalhadores (Oddone et al., 1986; Sato et al., 2006).

No final da década de 70, especialmente nos anos de 1978/79, o Movimento Sindical cresceu no cenário nacional, a exemplo das grandes greves dos metalúrgicos no ABC paulista; a articulação de vários setores ao movimento sindical proporcionou a criação da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (Cisat) que mais tarde, em 1980, se tornará o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), que fará assessoria aos sindicatos nas questões de saúde e trabalho (Lacaz, 1997).

No início da década de 80, o governo elaborou o Programa Nacional de Serviços Básicos da Saúde (Prev-saúde), apresentado na VII Conferência Nacional de Saúde, na tentativa de reorientar o sistema de saúde, com a integração funcional dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social e das Secretarias estaduais e municipais de saúde, reforçando a atenção primária da saúde (APS), a participação popular, a regionalização e hierarquização dos serviços, o sistema de referência e contra-referência, a integração entre ações preventivas e curativas. Porém, este não foi implantado em virtude das pressões do setor privado e de dirigentes do Inamps (Paim, 2003).

A formulação pelo governo do Plano Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), em 1982, permitiu, através das Ações Integradas de Saúde (AIS), o acesso da população não segurada aos serviços de saúde pública e previdenciários (Paim, 2003).

O período da década de 80 foi marcado por uma retomada dos movimentos cidadãos. A construção da proposta da Reforma Sanitária Brasileira, a campanha pelas eleições diretas para presidente da república, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, a criação de órgãos estatais e da sociedade civil como os Conselhos de Defesa do Consumidor (Procon) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) imprimiram marcas na história da Saúde Pública no Brasil, fazendo com que o governo pendesse a balança em favor do cidadão (Costa e Rosenfeld, 2000; Paim, 2003; Lacaz, 2005).

Em 1983, a Organização Panamericana de Saúde (Opas) editou o “Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores”, para a implantação na rede pública, da atenção à saúde dos trabalhadores (Lacaz, 1997).

A saúde pública assumiu participação ativa no movimento político-ideológico que se chamaria de “Programas de Saúde do Trabalhador (PST)”, com os serviços de saúde articulando setores como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), a Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) e Universidades. Os Programas de Saúde do trabalhador foram criados em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), e também sob a influência do Modelo Operário Italiano, divulgado no Brasil através do intercâmbio entre técnicos e sindicalistas brasileiros e italianos. Esse movimento deixou clara a diferença entre as práticas do PST e dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmet), que foram criados pelo Ministério do Trabalho, com forte alinhamento com o controle da força de trabalho em favor da produtividade e do lucro, selecionando os mais saudáveis e promovendo a adaptação do homem ao trabalho. Os PSTs tratavam do assunto como uma política pública, de caráter integral ao articular assistência e vigilância e universal, pois atendiam a todos os trabalhadores e abriam espaço para a participação dos

trabalhadores e seus sindicatos. Era uma demonstração daquilo que, mais tarde, seria incorporado ao SUS como os princípios e diretrizes da integralidade, universalidade e controle social (Lacaz, 1997; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Lacaz, 2005; Sato et al., 2006).

No Estado de São Paulo ocorreram as primeiras experiências de implantação do PST, nos municípios do ABC paulista, de Salto, Bauru, São Paulo, Ribeirão Preto, Campinas, na Baixada Santista e Vale do Ribeira (Pimenta e Capistrano Filho, 1988; Alessi, 1994; Vilela, 2003; Maeno e Carmo, 2005).

Os PSTs apresentavam algumas características importantes: consideram que o trabalhador conhece a sua realidade de trabalho e o que o agride, portanto é quem tem mais condições de apontar as soluções para diminuir a nocividade do ambiente de trabalho; a mudança só é possível por meio da organização dos trabalhadores e o trabalho de técnicos desvinculados dos trabalhadores é ineficaz; sua opção é pela aliança com os trabalhadores, em favor desses; procuravam expor claramente o problema à sociedade, principalmente pela mídia, buscando modificar o senso comum de que há riscos admissíveis e inerentes ao trabalho a que o trabalhador é exposto; a valorização da integração da clínica e da epidemiologia, a clínica realizada com boa qualidade, seguindo métodos e preceitos e incluindo a categoria de trabalho na anamnese, esta entendida como a descrição da atividade realizada e não a categoria profissional puramente, pensando no desgaste e nos fatores nocivos a que ela expõe o trabalhador. Essas informações da anamnese são “o ponto de partida para a investigação semiológica e epidemiológica” (Alessi, 1994. p. 56). Estabelece-se um diagnóstico clínico-epidemiológico e, a partir dele, propõe-se a intervenção individual e a também a coletiva (Pimenta e Capistrano Filho, 1988; Laurell e Noriega, 1989; Alessi, 1994).

Procuravam implantar o Programa respeitando a rede de serviços já instalada e os fluxos de referência e contra-referência necessários entre eles, valorizando as unidades locais de saúde, criando centros de referência especializados e submetendo o projeto à aprovação nas instâncias deliberativas do setor saúde à época: Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – Cims e da Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – Cris; também firmaram convênio com o Inamps para o atendimento dos acidentes do trabalho e

abertura das Comunicações de Acidentes de Trabalho. Identifica-se a importância da articulação desse grupo com a Universidade que, em alguns casos, foi decisiva para a implantação e manutenção do Programa (Pimenta e Capistrano Filho, 1988; Laurell e Noriega, 1989; Alessi, 1994; Maeno e Carmo, 2005).

Em momento subsequente, os PST deram base para a constituição de serviços especializados – os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – com equipes multiprofissionais, a incorporação de especialistas e tecnologia para apoio diagnóstico e vigilância, e a constituição de seus conselhos gestores que contemplavam a participação dos sindicatos (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

São relatadas dificuldades de integração dos órgãos internos ao setor saúde, tanto da área da assistência individual como da vigilância sanitária e epidemiológica, ou ainda interferência na estruturação dos PSTs, devido às mudanças no quadro político da Secretaria de Estado da Saúde e às diferenças de concepção: a SES postulava a extensão de cobertura da assistência aos trabalhadores baseada no referencial da saúde ocupacional enquanto os grupos dos PST existentes procuravam a institucionalização fundamentados na Epidemiologia Social e também em relação às competências do nível estadual e dos municípios. Em relação às outras áreas como Ministério do Trabalho e Previdência Social também verifica-se a dificuldade em realizar trabalhos articulados, particularmente em relação às ações que significavam competência concorrente entre os órgãos, como a fiscalização do ambiente de trabalho. Identifica-se a dificuldade em realizar gestão compartilhada do PST com os sindicatos, porém isso não significou impedimento ao prosseguimento das ações (Pimenta e Capistrano Filho, 1988; Alessi, 1994).

O processo social que vinha ocorrendo desdobrou-se na VIII Conferência, em março de 1986, e em dezembro do mesmo ano, na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Ambas influenciaram fortemente a Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, e, conseqüentemente, a Constituição Federal de 1988, seguida dos textos legais da Lei da Saúde 8080/90, Lei da Previdência em 1991 e as alterações do capítulo V da CLT, no campo do trabalho (Mendes e Dias, 1993; Lacaz, 2005). Embora esse processo não tenha interferido significativamente na democratização das relações nos ambientes de trabalho, significou inegáveis avanços aos movimentos sociais no campo da saúde,

destacando-se a forte tendência da descentralização, na perspectiva da municipalização dos serviços de saúde e com influência nas constituições estaduais e Leis Orgânicas municipais subsequentes (Lacaz, 1997).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi reconhecida a saúde como direito universal e dever do Estado, e se propôs a criação do Sistema Único da Saúde. Contudo, o Ministério da Saúde mantinha sua prática campanhista, enquanto o Inamps ampliava as AIS para mais de 2000 municípios (Paim, 2003).

Durante o processo da constituinte, ocorreu a transformação das AIS nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), em 1987, que se constituiu na transição para o Sistema Único da Saúde. O Suds apoiava-se em convênios entre os governos federal, estadual e municipal, com repasse de recursos; criaram-se os conselhos estaduais e municipais de saúde, deliberativos e com composição paritária. A criação do Suds representou importante marco na desconcentração de recursos e na descentralização do processo decisório para os estados, processo conhecido como “estadualização”, especialmente pela fusão das estruturas do Inamps às secretarias estaduais de saúde, ampliando a cobertura de serviços de saúde para todos os cidadãos (Paim, 2003).

No final dos anos 80, o movimento sindical apresenta um paradoxo em relação à saúde do trabalhador: de um lado “a defesa do setor público no campo da Previdência Social e da Saúde” e de outro, a reivindicação da ampliação dos convênios médicos do setor privado, indicando uma gradativa despolitização que ocorria, principalmente, nos setores do movimento ligados à economia de ponta (Lacaz, 1997, p 11). Isso também se observa diante da dificuldade dos sindicatos priorizarem as questões da saúde nas suas lutas e reivindicações (Alessi, 1994).

1.1.3 – A Vigilância da Saúde e a Vigilância da Saúde do Trabalhador no contexto do SUS

A Constituição Brasileira de 1988 garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). A concepção ampliada de saúde expressa na Constituição também assegura à toda população – incluídos os trabalhadores – a universalidade, a igualdade e a integralidade no acesso às ações e serviços de saúde, para

promoção, prevenção e recuperação da saúde. Também expressa que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único da saúde, além de se organizarem de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, com uma responsabilidade constitucional que não se limita à assistência médico-hospitalar, e que deve dar prioridade às ações preventivas, sem prejuízo das ações assistenciais (Paim, 2003; Mendes e Dias, 1993).

Com as eleições municipais de 1988, outras cidades além de Campinas, como São Paulo, Porto Alegre, Angra dos Reis, Diadema, Santos, Santo André, São Bernardo do Campo, Contagem, Ipatinga e João Monlevade, assumiram a atenção à saúde do trabalhador como uma programação de saúde pública, na forma do PST, e também criando os CRSTs, aprofundando as experiências de gestão com a participação dos sindicatos dos trabalhadores, com suas equipes multiprofissionais (Lacaz, 1997; Vilela, 2003).

Acrescente-se a isso o mérito da implantação do SUS trazer a fiscalização das condições e ambientes de trabalho para o setor saúde, e dar aos seus profissionais a prerrogativa da vigilância em locais de trabalho e abordá-la de forma multidisciplinar e interinstitucional, com o objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas suas ações. Ainda que a sua execução ocorra de forma desintegrada e por vezes conflituosa com o Ministério do Trabalho (Cordeiro et al., 2005; Maeno e Carmo, 2005).

No ano de 1990 foi criado o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), com a finalidade de coordenar as ações de vigilância epidemiológica no país.

Neste contexto, a visão da Vigilância da Saúde como ação de cidadania, fundamentada na epidemiologia e no enfoque de risco e com base na epidemiologia social, ganhou mais consistência, e alguns passos foram dados em direção à descentralização para estados e municípios no sentido da integração maior das diferentes áreas da Vigilância: epidemiológica, sanitária, ambiental, controle de zoonoses, saúde do trabalhador. Em alguns locais, essa mudança foi acompanhada da modificação do “modo de fazer” a vigilância, procurando a integralidade da ação e a sua direção para o enfrentamento dos riscos à saúde. Em outros locais, houve apenas a mudança de denominação para vigilância em saúde ou vigilância à saúde (Costa e Rosenfeld, 2000; Teixeira et al., 2002; Vilela, 2005).

A expressão vigilância à saúde, ou vigilância em saúde ou ainda, vigilância da saúde tem merecido a reflexão de vários autores sobre seus objetos, metodologia de trabalho, objetivos da ação (Vilela, 2005).

Mendes (1993) propõe o termo Vigilância à Saúde como uma política de governo, que considera o território como a unidade de análise e toma como prioridade as definições apresentadas pelos atores envolvidos, usando o planejamento estratégico como ferramenta essencial para a organização das operações de enfrentamento dos problemas de saúde. Desta forma, os problemas de saúde seriam encarados como problemas de governo.

Waldman (1998) fala da Vigilância em Saúde Pública como equivalente à vigilância epidemiológica e destaca a importância da coleta sistemática de dados, sua análise contínua e a disseminação da informação, porém não considera a realização das medidas de controle como responsabilidade do profissional que atua na vigilância em saúde pública, mas a atribui à autoridade sanitária, que, no seu entender, devem ser profissionais de serviços distintos.

Para Silva-Júnior⁴ (2004), a vigilância sanitária não faria parte integrante da Vigilância em Saúde, mas se constituiria em “território de práticas vizinho”, pelo seu caráter pontual de normatização, fiscalização e controle, e sem ter como objeto a monitorização permanente de agravos.

Neste trabalho, a expressão Vigilância da Saúde é utilizada conforme a proposta apresentada por Teixeira et al. (2002) – cujo referencial teórico é a epidemiologia social latino-americana – e procura fazer uma aproximação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços. Representa uma concepção de modelo assistencial, com “uma combinação de tecnologias voltadas para o enfrentamento continuado de danos, riscos e determinantes de problemas de saúde selecionados. Pode representar a possibilidade de intervenção, além da análise e monitoramento dos perfis de morbi-mortalidade e de riscos,

⁴ Silva-Júnior J B. *apud* Vilela, M F G. Da “moça da vigilância” ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

bem como seus determinantes” (Paim,⁵ 1999). Trata-se de uma “estratégia de reorientação das respostas sociais aos problemas/necessidades de saúde definidos em função das condições e do modo de vida dos distintos grupos sociais” (Teixeira, 2001, p. 90).

A proposta da vigilância da saúde faz uma analogia com o processo da História Natural da Doença proposto por Leavell e Clarck⁶, ao propor, de forma articulada, o enfoque populacional para as ações de promoção e controle das causas, o enfoque de risco para as ações de prevenção e controle dos riscos, e o enfoque clínico para as ações de assistência e controle dos danos (Teixeira, 2001).

A integração das vigilâncias epidemiológica e sanitária aparece como um ponto fundamental nessa proposta, pois ainda que elas possuam racionalidades específicas – no caso da primeira, a técnico-sanitária, fundamentada na clínica e na epidemiologia, e no caso da segunda, a racionalidade político-jurídica, fundamentada nas normas de produção, distribuição e consumo de bens e serviços – não é justificada a sua organização institucional em órgãos separados, especialmente nos municípios (Teixeira et al., 2002).

Dentro dos PSTs surgiu, então, a concepção de vigilância à saúde do trabalhador, que emergiu como prática e proposta do setor saúde, fazendo uma combinação de componentes do modo de desenvolver as vigilâncias sanitária e epidemiológica e também das inspeções em ambientes de trabalho, em um momento de grande efervescência do movimento social pela democratização do país (Vilela, 2003).

A vigilância em saúde do trabalhador é uma prática social que requer “uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal inter e intra-setorial”, ou seja, que deve ser exercida a muitas mãos, pelos diferentes atores que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde. É influenciada diretamente pela medicina social latino – americana e pela experiência italiana de reforma sanitária. A vigilância em saúde do trabalhador congrega diferentes componentes estruturais para a abordagem interdisciplinar

⁵ Paim, J S. *apud* Vilela M F G. Da “moça da vigilância” ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

⁶ Leavell e Clarck *apud* Teixeira CF. O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

da relação processo de trabalho e saúde: os componentes tecnológicos utilizados em determinado processo de produção; epidemiológicos para a avaliação de risco; e sociais, como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores, incorporando o processo de trabalho como categoria e objeto fundamentais para sua análise e intervenção. Busca o conhecimento para a ação e, com isso, também gera novos conhecimentos (Machado, 1997; Machado, 2005).

A abordagem territorial é facilitadora da ação de vigilância da saúde do trabalhador, pois estimula e permite o conhecimento dos riscos presentes em determinada área geográfica, como a área de abrangência de uma unidade de saúde ou macrorregiões e também a atuação diferenciada para cada um deles, possibilitada por uma aproximação dos determinantes desses agravos e riscos (Machado, 1997).

O processo de implantação do SUS promoveu a descentralização da vigilância em saúde para os municípios, ainda que tenha que se considerar a ampla heterogeneidade epidemiológica e sanitária dos municípios brasileiros e as diferentes capacidades municipais de gerirem seus sistemas locais. Portanto, a organização dos sistemas locais de vigilância da saúde deve permitir a flexibilidade necessária à realidade local (Teixeira et al., 2002).

A vigilância sanitária enfrentou sérias dificuldades para a sua municipalização, tanto pela diversidade dos municípios, como pela necessidade de aparato jurídico próprio, financiamento adequado, infra-estrutura e capacitação das equipes locais para exercerem as atividades (Vecina-Neto et al., 2006).

Este também foi um período de intensa produção de normas e legislações. Em 1995, o Ministério da Saúde editou o “Manual de Normas e Procedimentos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde – SUS” que exprimia os avanços obtidos pelos PSTs e recomendava que fossem incorporados “elementos de vigilância em saúde ocupacional tradicionais, da vigilância à saúde e da epidemiologia social”, além de articular com outras áreas, por exemplo, o meio ambiente, como modo de executar a vigilância em saúde do trabalhador (Vilela, 2003, p. 102).

No final dos anos 90, estava em curso a reforma do Estado, tendo como eixo as privatizações, a descentralização de funções para estados e municípios e a ampliação do controle de áreas estratégicas pelo governo federal. Em 1999, foi aprovada a Lei 9.782 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Paim, 2003).

Apesar das dificuldades para a implantação do SUS no país, foram elaboradas as constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios. Podemos destacar a legislação do Estado de São Paulo (Constituição Estadual, Código de Saúde e Código Sanitário) que, além de definir atribuições do SUS estadual, também garantem direitos aos trabalhadores de acesso às informações de situações de risco e suas medidas de controle, de participação nas ações de vigilância nos seus locais de trabalho e da interrupção das atividades de trabalho em condições de risco iminente ou grave. Também foram experimentados modelos assistenciais e de organização de serviços, através dos distritos sanitários, em vários municípios, e foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, a qual, além de denunciar o não cumprimento da legislação sanitária, defendeu a municipalização da saúde (Paim, 2003; Vilela, 2003; Maeno e Carmo, 2005).

Em 1993, foi editada a Norma Operacional Básica 01 (NOB-93) que estabeleceu as diferentes condições de gestão do sistema (incipiente, parcial e semi-plena), permitindo um avanço na descentralização e na municipalização. Em 1996, publicou-se a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOB-96), que previa duas formas de habilitação dos municípios junto ao SUS: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, ampliando o enfoque para além da transferência financeira, propondo transformação das relações entre usuários e os serviços de saúde, e também a intervenção ambiental, para modificar fatores que determinam as condições de saúde (Paim, 2003). Em 1998, foi publicada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost), importante documento de política pública, que recomendava a criação de núcleos de referência técnico-operacional para saúde do trabalhador nos estados e nos municípios, o que foi um importante reforço à diretriz da descentralização e à disseminação das experiências em curso no SUS (Vilela, 2003; Maeno e Carmo, 2005).

Segundo Câmara et al. (2003), na década de 90 no Brasil, a Saúde Ambiental passou a ocupar lugar nas questões prioritárias no campo da Saúde Coletiva, na medida em que problemas de saúde são relacionados ao ambiente, este considerado na sua totalidade, incluídos aí o ambiente natural e o de trabalho. Esses autores chamam a atenção para a ligação entre as práticas de saúde do trabalhador e de saúde ambiental, representada pelos processos produtivos. Essas atividades produtivas implicam em consumo de matéria prima, de combustíveis, de atividade de trabalho humano, consumo do produto final ou da mercadoria, e que durante todo o processo de produção, armazenamento, transporte, distribuição e consumo geram resíduos. E desta forma, as situações de risco relacionadas aos processos produtivos podem atingir não só trabalhadores, mas populações diversas, consumidores, pessoas em suas próprias casas (Câmara et al., 2003). Ou seja, “a degradação do ambiente natural e das cidades, a contaminação que atinge a todos enquanto consumidores e enquanto moradores, têm origem nos locais de trabalho” (Oddone et al., 1986, p. 8). Nesse sentido, os movimentos de trabalhadores, consumidores e ambientalistas teriam uma convergência de objetivos e se potencializariam na direção do aumento da consciência ecológica na sociedade (Oddone et al., 1986; Lacaz, 1997). Apesar das evidências das vantagens da abordagem mais ampla e integrada desses dois campos – da saúde do trabalhador e da vigilância ambiental da saúde – os autores Minayo-Gomez e Lacaz (2005) apontam as limitações do modelo tradicional de Saúde do Trabalhador ao não incorporar as questões ambientais, de extrema relevância para a sociedade. Esses autores também chamam a atenção para as mortes entre trabalhadores causadas por violência e acidentes de trajeto, coincidentes com o perfil de morbi-mortalidade da população brasileira, problema de saúde bastante atual (Wünsch-Filho⁷, 2004).

Em 2002, foi publicada a Portaria 1.697 do Ministério da Saúde que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS, (Renast) abordando aspectos de assistência e vigilância, porém com maior ênfase para as questões relacionadas à assistência à saúde dos trabalhadores, reforçando as diretrizes de descentralização, hierarquização e controle social, além de ressaltar a importância da estruturação das ações

⁷ Wünsch-Filho *apud* Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 (4): 797-807.

na rede de atenção básica, de média e alta complexidade, no Programa de Saúde da Família e na rede de centros de referência de saúde do trabalhador. A XII Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003, ao abordar a saúde do trabalhador, menciona a importância da implantação da Renast e da integração entre vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador (Brasil, 2002, 2005 a; Maeno e Carmo, 2005). Ressalte-se o quanto é fundamental a articulação das ações de assistência e de vigilância na atenção ampla à saúde dos trabalhadores, especialmente na fase de implantação da Renast no país, considerando o conceito da vigilância em saúde do trabalhador, incorporando estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Machado, 2005; Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) também advertem que a Saúde do Trabalhador não tem sido preocupação central da Saúde Pública, e que as dificuldades financeiras e de recursos humanos que o SUS enfrenta contribuem para que não seja estruturada uma ação integral e ao mesmo tempo diferenciada para os trabalhadores.

No ano de 2003, em substituição ao antigo Cenepi, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com uma estrutura que procurava facilitar a integração interna de áreas da própria vigilância, como as doenças transmissíveis, as não transmissíveis, a análise de situação de saúde e a vigilância ambiental em saúde (Brasil, 2006). Porém, as ações de saúde do trabalhador e de vigilância sanitária ficaram excluídas dessa nova estrutura e permaneceram, respectivamente, sob responsabilidade da Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (Cosat) da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde e da Anvisa, reforçando a fragmentação estrutural das práticas de vigilância (Vilela, 2005). Importantes ações no sentido do fortalecimento da descentralização da gestão da vigilância foram desenvolvidas, principalmente com a pactuação entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de atividades, metas e recursos financeiros feita pela Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS) (Brasil, 2006).

Em 2005, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, com o tema “Trabalhar sim. Adoecer não”, que procurou chamar a atenção para o adoecimento específico e desigual que o trabalhador sofre em decorrência do trabalho, abordando o tema em três eixos de discussão: a integralidade da atenção, a política de desenvolvimento sustentável e o controle social (Brasil, 2005 b; Maeno e Carmo, 2005).

No final de 2005, foi publicada a portaria 2.437 que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Renast no SUS, na qual estão detalhados aspectos da implantação e atribuições dos Cerest, com destaque para seu papel de articulador da política de Saúde do Trabalhador (Brasil, 2005 a).

No ano de 2007, a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (Cosat) deixou de estar vinculada administrativamente à Secretaria de Assistência e passou a ligar-se à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Considerando o atual crescimento do universo dos trabalhadores ligados ao mercado informal de trabalho, em virtude da crise das relações sociais de produção, o SUS desempenha papel estratégico de inclusão, na medida em que se constitui em política pública com capilaridade capaz de oferecer a integralidade e a universalização da atenção à saúde dos trabalhadores, com ações individuais e coletivas e estimular e promover o controle social por parte dos trabalhadores (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

1.1.4 – A Vigilância em Saúde e a Vigilância da Saúde do Trabalhador no município de Campinas

A história do município de Campinas é fortemente marcada pela ocorrência da epidemia de febre amarela, no final do século XIX.

Há informação da primeira estrutura formal de vigilância da saúde pública no município de Campinas ser de 1933: a Inspetoria Municipal Veterinária, com a competência de fiscalizar os alimentos, os cães e a vacinação dos mesmos contra a raiva (Saglioni e Balista, 2004).

Em 1968, a Secretaria Municipal de Saúde foi desmembrada da Secretaria do Bem-Estar Social e passou a contar, dentre os seus setores, com o Serviço Veterinário e com o Serviço de Fiscalização Sanitária e de Alimentação Pública. Assim, nos anos 1970, começou a se organizar a atuação de Vigilância Sanitária (Saglioni e Balista, 2004; Nascimento, 2006).

No ano de 1970, ocorreu o 1º Congresso Nacional Sobre Abastecimento de Carnes em nível de município, no qual foram abordados temas sobre a qualidade e distribuição de carnes e produtos cárneos e a defesa do consumidor. Nessa época, a chamada “federalização” da inspeção destes produtos não dava conta da sua execução de forma satisfatória, centralizava todas as ações e excluía os municípios com potencial para contribuir para a sua realização. A mesma atitude era adotada pela Secretaria de Estado da Saúde, através da Divisão de Policiamento da Alimentação Pública, a qual realizava ações concorrentes com o município de Campinas na área dos estabelecimentos de alimentos (Saglioni e Balista, 2004).

Já adotando uma prática municipalizadora, a Secretaria Municipal de Saúde firmou convênio com a Secretaria Estadual de Saúde no qual ao município coube a vigilância do comércio varejista e, ao Estado, a indústria e o comércio atacadista dos alimentos, mitigando o conflito então existente (Saglioni e Balista, 2004).

As ações de Vigilância Epidemiológica foram assumidas integralmente pelo município desde 1987 com a criação do Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica, antes mesmo da municipalização formal, que ocorreu em 1988 (Saglioni e Balista, 2004).

O Serviço Médico Veterinário e de Controle de Zoonoses tinha o controle da raiva como sua principal atribuição; além dele, realizava o controle da população de ratos e, com a introdução do *Aedes* no município, juntamente com a Regional da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), passa a atuar no controle do vetor da dengue (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Em 1989, a estrutura organizacional da Vigilância da Secretaria de Saúde era denominada como Divisão de Controle do Meio Ambiente (DCMA), e era composta por quatro serviços: Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica (GMVE), Serviço Médico-Veterinário e de Controle de Zoonoses (SMVCZ), Serviço de Fiscalização Sanitária (SFS) e Serviço de Fiscalização da Alimentação Pública (SFAP), estes dois últimos desdobrados da estrutura anterior (SFSAP). Estes serviços atuavam com incipiente integração entre si e praticamente nenhuma com a rede básica de Unidades de Saúde (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Era um momento de intensa discussão sobre modelos assistenciais de saúde, com forte peso na municipalização e na descentralização. Vivia-se a efervescência da criação do SUS. Na procura por modelos, aí estava o desafio de integrar a vigilância e a assistência (Saglioni e Balista, 2004).

A partir de 1989, iniciou-se um processo intenso de capacitação e descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Unidades Básicas de Saúde, com a incorporação da função do “vigilante local” ou da “moça da vigilância”, que, juntamente com a coordenação da Unidade, respondiam pela organização e execução dessas ações em nível local (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004; Vilela, 2005).

Aqui cabe um esclarecimento quanto à denominação das unidades de saúde. O termo Unidade Básica de Saúde é utilizado em publicações oficiais do Ministério da Saúde para designar aquelas unidades que prestam atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas. É também utilizado como sinônimo de Centro de Saúde (Brasil, 2007).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) apresenta o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) como

um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território

processo) bem delimitados, pelas quais essas equipes assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2004, p. 24).

A Secretaria de Saúde de Campinas adota há muito tempo a denominação Centro de Saúde para as suas unidades básicas. É uma nomenclatura consolidada na rede municipal e que pretende deixar clara a idéia de que as Unidades não desenvolvem apenas ações de baixa complexidade, como a denominação pelo adjetivo “básica” poderia sugerir. Portanto, os termos Unidade Básica e Centro de Saúde serão usados como sinônimos.

No final dos anos 80 e início dos anos 90, também vemos a criação de três Núcleos de Vigilância Epidemiológica nos principais hospitais da cidade e a implantação de um plantão 24h através de BIP para a notificação, investigação e medidas de controle em casos de doenças de notificação compulsória (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

As unidades básicas ampliaram suas ações incorporando grande parte da demanda por assistência médica da população. As ações de imunização foram estendidas para todos os Centros de Saúde (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004; Nascimento, 2006).

O município promulgou a Lei Municipal nº 6.764/91 que dispõe: "fica o Executivo autorizado a observar, no Município de Campinas, a legislação federal e estadual concernente às ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, de fiscalização da alimentação pública e da nutrição, de fiscalização do saneamento, do meio ambiente e da saúde do trabalhador", para dar amparo jurídico às ações. A sua regulamentação estabeleceu

os processuais administrativos e definiu a figura da autoridade sanitária constituída nos diversos níveis da Secretaria de Saúde, ou seja, das unidades básicas de saúde em nível central (Campinas, 1991 b; Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

A vigilância sanitária foi oficialmente municipalizada no final de 1992, com exceção dos serviços de hemodiálise, dos bancos de sangue, órgãos e tecidos. Imediatamente após, no ano de 1993, quando a Secretaria assume irreversivelmente a estruturação dos distritos sanitários, foram formadas cinco equipes distritais de vigilância à saúde (Visa). Estas equipes foram compostas, inicialmente, por parte dos técnicos que atuavam no nível central da SMS, na DCMA, e, assim, foram descentralizadas as ações de vigilância à saúde para essas equipes, constituindo-se autoridades sanitárias distritais (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Nesse mesmo ano a DCMA passou a denominar-se Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental (CoViSA). Ao mesmo tempo que deixou de incumbir-se diretamente da realização das ações de vigilância, passou a desempenhar atividades de coordenação de projetos e programas, assessorando a rede e os Distritos, fazendo ainda a interface com as outras esferas de governo e outras instituições (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004). Posteriormente, no ano de 2005, adotou-se a denominação de Coordenadoria de Vigilância em Saúde.

Ainda em 1993, o SMVCZ passou a ser chamado de Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), pois, de fato já exercia as funções de um centro de referência, já na mesma direção da implantação pelo Ministério da Saúde da política de incentivo à criação de centros de zoonoses em municípios brasileiros, à qual, o município de Campinas veio a aderir, em 1997.

Também no mesmo ano constituiu-se o Colegiado de Vigilância, composto pelas gerências da CoViSA, das VISAs e do CCZ, com o objetivo de harmonizar as ações e facilitar a gestão do sistema de vigilância (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Com a assunção da gestão plena do SUS em 1997, foram municipalizados todos os serviços sob vigilância, sem exceção. Posteriormente, as equipes foram sendo compostas com novos técnicos, de diferentes formações (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) foi criado no município de Campinas em 1987, por iniciativa de sindicatos, Universidade Estadual de Campinas e governos municipal e estadual, atuando a partir de 1993 como Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CRST (Medeiros, 2001). A partir de 2006, em atendimento à deliberação do Plano de Ação e Metas (PAM) da Saúde do Trabalhador do município de Campinas, passou a adotar a denominação de Cerest, indicada pela Renast para todos os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador no Brasil (Campinas, 2006 a).

O PST deveria exercer suas atividades em três áreas: assistência à saúde, vigilância e educação – sendo a vigilância à saúde do trabalhador vista como instrumento fundamental para a identificação e intervenção em situações de risco à saúde relacionadas ao trabalho (Medeiros, 2001).

Identificam-se pontos importantes que marcaram seu início, como a necessidade da rede de serviços de saúde ser capacitada para diagnosticar doenças profissionais e também a necessidade de controlar os riscos à saúde produzidos pelo trabalho, revelando uma intenção de que fossem desenvolvidas ações de assistência e de vigilância à saúde (Abrahão, 1994; Medeiros, 2001).

Ainda em seu trabalho, Medeiros mostra que a saúde do trabalhador é vista como marginal no SUS Campinas, sem clareza de diretrizes e metas para esta área, sem sustentação sólida do serviço, que fica "ao ritmo da dança político-partidária municipal" (Medeiros, 2001, p. 100).

Outro ponto marcante é a integração interinstitucional, com destaque para o convênio de cooperação internacional entre Brasil e Itália – decisivo para a implantação de diversos projetos, com aporte significativo de recursos financeiros e organizacionais – e a relação com o Ministério Público do Trabalho e com o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (Abrahão, 1994; Medeiros, 2001).

O serviço é caracterizado pelo atendimento especializado às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho, realizado por equipe multiprofissional constituída pelas áreas da medicina, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, cuja demanda é prioritariamente originária dos sindicatos e secundariamente da rede pública, das empresas e do poder judiciário (Medeiros, 2001).

Em 1990, esse serviço assumiu a Coordenação de Acidente de Trabalho, que ficava até então a cargo do INSS. Essa medida teve importância estratégica e singular, na medida em que possibilitou a entrada no local de trabalho para estabelecer o nexo causal e, principalmente, viabilizar a ação coletiva capaz de proporcionar diminuição do risco de adoecer para outros trabalhadores além daquele acometido, sendo esse o principal elo entre a assistência e a vigilância à saúde (Medeiros, 2001).

A forte ligação dos PSTs com os sindicatos de trabalhadores poderia facilitar o conhecimento de riscos potenciais à saúde presentes nos locais de trabalho e, desta forma, orientar as medidas de prevenção a serem tomadas. Conforme apontam Santos e colaboradores, o estabelecimento de critérios de prioridade para a intervenção em ambientes de trabalho deve ser produzido em consonância com as discussões com os trabalhadores e sindicatos, conhecedores da realidade de trabalho, a respeito das mudanças necessárias nos ambientes de trabalho, para diminuir ou eliminar os riscos à saúde (Santos et al., 1990).

Contudo, identifica-se que a demanda do serviço era essencialmente originária dos sindicatos e também constituída de trabalhadores demitidos, porém, sem nenhuma ação de vigilância, de caráter coletivo. A sobrecarga do atendimento causada por acidentes de trabalho causou uma distorção na atuação dos profissionais, com consequência direta na qualidade da assistência prestada, reproduzindo o padrão que era oferecido pelo INSS (Medeiros, 2001).

Em 1994, ocorreu a descentralização para a rede básica do atendimento de acidentes de trabalho e tinha como objetivo a readequação do papel do PST, tirando do CRST uma “demanda cartorial, que não faz parte do serviço” (Medeiros, 2001 p. 127). O intuito era dar condições ao CRST de realizar sua missão de prestar atenção à saúde do

trabalhador, desafogando o atendimento médico. O outro ganho com a descentralização foi diminuir a “*via crucis*” dos trabalhadores, que tinham de peregrinar entre serviços de saúde, empresa e INSS (Medeiros, 2001 p. 128).

Contudo, segundo Medeiros (2001), a descentralização ocasionou piora na qualidade dos registros das informações, com comprometimento das ações de intervenção coletivas.

O espaço livre deixado pela descentralização do acidente de trabalho foi rapidamente ocupado pela epidemia de LER, obrigando o CRST a adiar seu projeto de atuação efetiva na área da vigilância. A assistência seria reorientada a partir da vigilância, contudo, isso não foi possível (Medeiros, 2001)

Em 1998, a descentralização da assistência às doenças do trabalho era fortemente discutida como a única maneira de desafogar o CRST da avalanche de LER e realizar ações preventivas, tendo como pano de fundo dessa discussão a Rede Básica como porta de entrada do sistema de saúde. Com capacitação da rede, retaguarda laboratorial e a retaguarda técnica do CRST isso seria possível. A descentralização da assistência não faria sentido se fosse descolada da descentralização da intervenção nos ambientes de trabalho (Medeiros, 2001).

A vigilância à saúde é identificada como área estratégica de atuação do CRST, porém com resultados insuficientes (Medeiros, 2001).



2 - A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

[...] a realidade aí encontrada [...] é infinitamente mais rica, mas dinâmica, mais complexa do que qualquer discurso científico sobre ela; [...] a ciência que aborda qualquer realidade social, também a da saúde e da doença, não a captura, ela apenas indica a direção e a organização intelectual, segundo a qual se pode ter maior certeza na aproximação. [...] O pesquisador das questões da saúde não está fora da realidade que investiga. O real que ele conhece é o que ele realiza, e sua objetividade é uma construção que se dialetiza no processo de objetivação e subjetivação. Não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa.

MariaCecília Minayo

(do livro “O desafio do Conhecimento”)

2.1 – O município de Campinas e a sua rede de saúde: o local da pesquisa

O município de Campinas tem uma área de 796 km² e é, atualmente, o terceiro município paulista em população, conta com 1.039.297 habitantes (IBGE, 2008, censo 2000 e estimativa para 2007). Localiza-se a 100 Km da capital do estado e é sede de uma região metropolitana composta por dezenove municípios. No período de 2000 a 2007 apresentou uma taxa geométrica de crescimento anual da população de 1,21 % (Seade, 2008).

Conta com um aeroporto internacional e uma malha viária que se constitui de importantes vias de acesso à capital e a outras localidades do país e do exterior. Conta também com uma moderna infra-estrutura de telecomunicações, renomadas universidades e instituições de pesquisa e um parque industrial diversificado.

Segundo a Fundação Seade (2008), no ano de 2005, 53,36% dos vínculos empregatícios estavam no setor de serviços, 23,90% no comércio, 19,04% na indústria, 3,10% na construção civil e 0,6% na agropecuária.

A cidade de Campinas ocupa o 11º lugar entre os municípios em relação à participação no Produto Interno Bruto do país, sendo responsável por 0,96% dele (IBGE, 2008).

No setor saúde, Campinas integra e é município sede da região administrativa do Departamento Regional de Saúde VII da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

A rede básica de saúde de Campinas estava composta em 2007 por 49 Centros de Saúde, 13 módulos de Saúde da Família ligados a estes centros de saúde, e estes serviços são distribuídos em cinco distritos de saúde. Além da rede básica, há 17 centros de referência, 3 Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD), 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), 3 pronto-atendimentos. Os serviços de saúde específicos da área de vigilância em saúde são a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa), as cinco equipes de Vigilância em Saúde dos distritos (Visa), o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e o Centro de Referência em DST/Aids, sendo que estes dois últimos têm também o forte componente da assistência, além de três Núcleos Hospitalares de Epidemiologia nos dois hospitais universitários e no hospital municipal.

Com uma rede de serviços bastante consolidada, o município de Campinas vem buscando aprimorar o desenvolvimento das ações de saúde, através de estratégias que fortalecem a descentralização, com o objetivo de aumentar a percepção das necessidades de saúde da população e a capacidade de intervenção efetiva.

Nesse contexto, a diretriz da descentralização da Vigilância à Saúde, atingiu a todas as Unidades Básicas de Saúde, ainda que em graus diferentes. A pergunta que esta pesquisa pretende responder é em que medida isso ocorreu com a Vigilância à Saúde do Trabalhador, e em quais serviços a descentralização dessa vigilância chegou efetivamente e como esse processo se desenvolveu.

A hipótese considerada é a de que a descentralização da Vigilância da Saúde do Trabalhador apresentou-se de maneira heterogênea, na forma de desenvolvimento das ações nas cinco equipes de Vigilância à Saúde dos distritos sanitários de Campinas e que, nos Centros de Saúde, ela ocorreu de modo incipiente.

2.2 – Objetivos do estudo

♦ Objetivo Geral

Avaliar o processo de implantação da diretriz da descentralização da vigilância da saúde do trabalhador em Campinas.

♦ Objetivos Específicos

♦ Recuperar a história e analisar os resultados do processo de descentralização da vigilância da saúde do trabalhador para as unidades básicas de saúde e para as equipes distritais de vigilância em saúde de Campinas.

♦ Definir indicadores de avaliação do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde do trabalhador.

2.3 – As opções metodológicas do estudo

Esta pesquisa segue os princípios estabelecidos pela resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e o seu protocolo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, conforme Parecer nº 066 de 27 de março de 2007 e CAAE 0142.0.000.146-07.

Este trabalho constitui-se em uma pesquisa avaliativa, de caráter formativo, com equipe de avaliadores de composição mista (interna e externa) – ou seja, relacionados e não relacionados ao programa de saúde do trabalhador e à vigilância do município – e multicêntrica envolvendo o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de

Ciências Médicas da Unicamp, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa), o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), as cinco equipes distritais de Vigilância em Saúde (Visas) e os 49 Centros de Saúde, com a finalidade de verificar a efetivação da descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no SUS do município de Campinas (Worthen et al., 2004; Silva, 2005).

O processo de avaliação constitui-se no levantamento sistemático de informações relevantes e na aplicação de critérios de julgamento defensáveis para a determinação do mérito, propriedade ou valor de um determinado programa ou ação; com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão a partir de recomendações voltadas para o seu aperfeiçoamento e para a ampliação e aprofundamento do conhecimento sobre um programa social (Scriven⁸, 1991; Silva, 2005).

O objeto a ser pesquisado – a descentralização da vigilância à saúde do trabalhador – como estratégia facilitadora do acesso e da integralidade das ações de saúde, é um componente de uma política pública. A opção pelo método da pesquisa avaliativa se dá, portanto, por ser um método que considera a complexidade de políticas sociais e, assim, a influência do contexto e o maior número possível de implicados com a ação (Stenzel, 1996; Silva, 2005). Dessa forma, a avaliação do que resultou a implantação de uma política deve levar em conta também o significado que essa política tem para os diferentes atores que irão implantá-la e como eles se posicionam diante dela; inclui os atores do projeto não somente como objeto de estudo, mas como sujeitos da avaliação (Vilela, 2005; Minayo, 2006).

Uma avaliação, como já dito anteriormente, pressupõe a emissão de um juízo bem fundamentado, de um julgamento a respeito do objeto que está sendo avaliado. A escolha do método da avaliação está relacionada à opção de considerar as diferentes visões dos atores envolvidos no processo da descentralização da vigilância em saúde do trabalhador, do contexto em que se deu o processo e dos resultados alcançados, e assim, poder chegar mais perto de uma “verdade” construída coletivamente e que tenha essa expressão (Spink, 2003; Stenzel, 1996).

⁸ Scriven *apud* Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas. São Paulo: Ed. Gente, 2004.

Em razão da natureza e complexidade do objeto a ser estudado, parece-nos adequada a utilização da triangulação de métodos proposta por Minayo, que possibilita uma abordagem múltipla e abrangente pela combinação de diferentes elementos: “a presença do avaliador externo”, compondo com indivíduos que trabalham no programa uma equipe mista de avaliação; “as abordagens quantitativas e qualitativas e, de forma relevante, a análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação” (Minayo, 2006 p. 28), permitindo uma melhor compreensão das diversas faces da realidade. Ou seja, a abordagem de um problema que apresenta várias questões pode ser feita de formas diferentes que exigem métodos também diferentes; para cada pergunta do pesquisador há a escolha de um método mais adequado para respondê-la, mobilizando estratégias e técnicas possíveis e necessárias para melhor analisar o objeto, “sem preconceitos e sem interdições” (Silva, 2005 p. 30).

Assim, pretendemos abordar indicadores específicos, resultados objetivos e também recuperar a história, abordar componentes do processo em si, das relações que se estabelecem entre as equipes e a gestão, do modo de fazer e da subjetividade de cada equipe, das possíveis diferentes maneiras de implantação dessa política, das restrições e dos facilitadores desse processo de descentralização (Worthen et al., 2004; Silva, 2005; Vilela, 2005).

Primeiramente, realizamos a leitura de referências bibliográficas sobre os conceitos e temas envolvidos na pesquisa: o princípio da integralidade e a diretriz da descentralização no SUS, a Vigilância em Saúde e da Saúde do Trabalhador na história da Saúde Pública, particularmente no município de Campinas, a pesquisa avaliativa, os métodos qualitativos e a técnica do grupo focal. Não é proposta desse trabalho realizar uma revisão bibliográfica sistemática; por isso, a revisão foi direcionada para autores específicos.

Para obtermos maior adequação do método da pesquisa, dos indicadores a serem utilizados e da própria execução da mesma, fizemos uma reunião entre a pesquisadora, o orientador e técnicos da Covisa, do Cerest e de uma das Visas para apresentar a proposta inicial e produzir os ajustes necessários, segundo o entendimento daquele grupo de técnicos dos serviços envolvidos com o tema. Esse passo foi

importantíssimo para que os membros desses órgãos pudessem se integrar ao projeto e ajudarem na construção dos instrumentos e indicadores utilizados no trabalho (Worthen et al., 2004; Silva, 2005).

Foram levantados os documentos produzidos pela Secretaria de Saúde de Campinas relativos à vigilância à saúde e, particularmente, relativos à vigilância à saúde do trabalhador, no período de 1990 a 2006. Esses documentos foram analisados, procurando-se identificar quem formula as diretrizes propostas, em que contexto isso ocorre, quais os seus conteúdos e a efetivação da descentralização da vigilância em saúde e da vigilância à saúde do trabalhador, na municipalização da vigilância em Campinas e na sua subsequente descentralização intramunicípio, do nível central da Secretaria de Saúde e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para as Visas dos distritos sanitários e unidades básicas de saúde.

Os critérios de avaliação construídos nos ajudarão a definir o quanto os documentos e depois as ações implementadas aproximam-se ou afastam-se das diretrizes da descentralização (Worthen et al., 2004; Silva, 2005).

Para prepararmos o início do trabalho de campo e proporcionar maior adesão à pesquisa por parte dos profissionais envolvidos, após autorização do Secretário Municipal de Saúde, foi feito o contato com o Diretor do Departamento de Saúde e com os Coordenadores dos Distritos de Saúde para apresentação da pesquisa, com a entrega de uma carta com a explicação da mesma (Apêndice 1). Em seguida, foi feito o contato com cada coordenador de Centro de Saúde e agendada a visita. Também foi feito o contato com as coordenadoras das Visas, do Cerest e das áreas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental da Covisa para a apresentação da pesquisa, convite e agendamento das reuniões dos grupos focais (Worthen et al., 2004; Silva, 2005).

Optou-se, nessa pesquisa, por trabalhar com as várias instâncias da vigilância, que compõem a rede de serviços de saúde do SUS em Campinas, mas não com os trabalhadores ou empresas. Ou seja, foi um recorte que olha a rede de serviços. O trabalho, portanto, não se propôs a analisar a opinião de trabalhadores, atores externos à rede, particularmente devido à dificuldade operacional bastante significativa em coletar as

informações de trabalhadores nas áreas de abrangência das UBS, uma vez que não há representação específica de trabalhadores externos à rede de serviços de saúde nos Conselhos Locais de Saúde.

2.3.1 – A pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde: os registros e as entrevistas

Elegemos os acidentes e as doenças do trabalho como eventos a serem considerados para a avaliação da descentralização das ações para as equipes distritais de vigilância em saúde e também do reconhecimento dos problemas de saúde dos trabalhadores por parte dos centros de saúde. A escolha desses eventos dá-se em função de terem sido o objeto da descentralização do atendimento dos trabalhadores do Cerest para as unidades básicas e também pela possibilidade de sua verificação em todos os centros de saúde, permitindo que se tenha uma avaliação do que ocorreu em todo o município de Campinas (Worthen et al., 2004).

Fizemos a avaliação do quanto as unidades básicas de saúde reconhecem os acidentes e doenças do trabalho como um problema relevante que merece ser registrado em seus instrumentos de vigilância para ser melhor enfrentado com ações sobre ele. Para isso, utilizamos como indicador o número de acidentes e doenças do trabalho registrados no SVE-2 das unidades, os percentuais de registros que permitiam identificar gravidade e frequência dos acidentes e também os percentuais desses trabalhadores segundo o seu vínculo formal ou informal ao mercado de trabalho. A escolha da verificação do atendimento do trabalhador, segundo o vínculo ao mercado de trabalho, dá-se em função do crescimento do número de trabalhadores informais na economia brasileira, que, na nossa hipótese, mesmo que sejam atendidos nos Centros de Saúde, não estão sendo registrados como “trabalhadores”, embora o sejam. Procuramos também verificar se, a partir desses problemas de saúde relacionados ao trabalho, as Unidades Básicas desencadearam ou realizaram ações de vigilância em saúde no local de trabalho, e se essas intervenções provocaram mudanças no processo de trabalho e no meio ambiente.

Para obter esses indicadores, tomamos como base o ano de 2006 e utilizamos o instrumento de registro de dados no nível local do Sistema de Vigilância Epidemiológica – SVE-2 e os registros das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT).

Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, pela legislação brasileira, são considerados eventos de notificação compulsória e devem ser notificados por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho preenchida pela empresa, pelos serviços de saúde, sindicatos ou pelo próprio trabalhador. A CAT tem como finalidade principal o reconhecimento legal do acidente ou da doença e significa o direito do trabalhador aos benefícios previdenciários junto ao INSS para aqueles trabalhadores regidos pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Contudo, não estão incluídos na obrigatoriedade do preenchimento das CAT os trabalhadores autônomos, empregados domésticos, garimpeiros, pescadores, proprietários, empresários, produtores rurais, religiosos, funcionários públicos civis e militares estatutários (Cordeiro et al., 2005; Wünsch-Filho, 1999).

Não utilizamos o Sistema Nacional de Agravos sob Notificação (Sinan), uma vez que os mesmos não faziam parte do rol de doenças e agravos de notificação compulsória no ano de 2006, o que não tornava possível a inserção de dados relativos a nenhum agravo além daqueles para os quais o Sinan estava preparado àquela época.

Realizamos entrevistas semi-estruturadas com o profissional do Centro de Saúde, que é o responsável pela vigilância da saúde do trabalhador ou que ao menos conhece e sabe informar como ocorrem as ações dessa área no Centro de Saúde. As entrevistas tiveram como objetivo conhecer o modo como o Centro de Saúde desencadeia as ações de vigilância a partir do conhecimento dos casos de problemas de saúde relacionados ao trabalho. Foi anotada a categoria profissional do entrevistado.

Perguntamos se há o preenchimento dos documentos previdenciários, considerados o conjunto de impressos de Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT, e epidemiológico, considerado o impresso oficial – o livro de registro de agravos notificáveis - SVE-2 ou livro similar, referentes ao acidente de trabalho. Perguntamos também se são realizadas intervenções no local de trabalho, se essas possíveis intervenções foram capazes de provocar mudanças no processo de trabalho desses trabalhadores expostos a algum risco, e, ainda, se essas intervenções foram capazes de provocar mudanças no ambiente externo.

Utilizamos um formulário para coleta de dados na Unidade de Saúde e para o registro das entrevistas com os profissionais (Apêndice 2) (Worthen et al., 2004). Durante a realização das primeiras entrevistas percebemos que a resposta à primeira questão (A UBS providenciou os papéis previdenciários e epidemiológicos para o trabalhador doente ou acidentado?) era subdividida em duas: uma para os papéis previdenciários (CAT) e outra para os papéis epidemiológicos (SVE-2 ou similar) então, passamos a registrar as duas respostas, utilizando os espaços de “observações” dessa mesma questão, existente no formulário. Quando perguntávamos se houve intervenção no local de trabalho, alguns entrevistados se referiam a algum caso; nessa situação, foi feito o registro sumário dos casos relatados, nos quais houve intervenção. Esses casos, no nosso entender poderiam ser chamados de “casos exemplares”, pois ficaram gravados na memória desses profissionais de saúde entrevistados e, diante do estímulo da pergunta, puderam ser resgatados.

Inicialmente, pretendíamos gravar e transcrever as entrevistas, porém, isso não foi necessário, pois as respostas eram registradas pelo entrevistador e mostradas ao entrevistado no mesmo momento, para que as confirmasse ou modificasse. Foi apresentado ao entrevistado e utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme Apêndice 3.

A pesquisa nos Centros de Saúde foi realizada pela própria pesquisadora e por mais três entrevistadoras, todas enfermeiras, treinadas pela pesquisadora, para homogeneizar a forma de coleta das informações (Worthen et al., 2004).

As informações quantitativas coletadas foram inseridas em banco de dados, utilizando o sistema Epi Info versão 6.04.

Não foram incluídos na pesquisa os módulos de saúde da família por apresentarem estrutura de vigilância heterogênea e ainda em formação, que poderia interferir no resultado da pesquisa. Também não foi incluído o Ambulatório da Central de Abastecimento de Campinas (Ceasa), por se tratar de um serviço de saúde com características peculiares e direcionado especificamente à população trabalhadora da Ceasa, o que também representaria um viés da pesquisa.

2.3.2 - A pesquisa com as Visas, com o Cerest e com a Covisa: os grupos focais

A opção metodológica foi pela pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal, que pode ser descrita como “pessoas reunidas em uma série de grupos que possuem determinadas características e que produzem dados qualitativos sobre uma discussão focalizada”, em função da intenção de captarmos a singularidade de cada grupo, a construção de sentidos e a diversidade de funcionamento de cada equipe (Krueger⁹, 1996).

Os grupos focais foram utilizados na época da Segunda Guerra Mundial para conhecer os efeitos da propaganda política e os treinamentos das tropas, sendo os trabalhos de Paul Lazarsfeld, Robert Merton e Kendall, no início da década de 1940, um marco no desenvolvimento dessa técnica. A partir da década de 1980, a área do “marketing” lançou mão dessa ferramenta para avaliar respostas às campanhas publicitárias de lançamentos de produtos, e a área da saúde começou a utilizá-la para entender comportamentos dos doentes e, também, aspectos relacionados à reprodução e à sexualidade (Vaz et al., 2001; Cruz-Neto et al., 2002; Gondim, 2002; Osis et al., 2004; Simão, 2006).

A origem dessa técnica está nas entrevistas grupais, porém com características diferentes. O grupo focal pode ser definido como uma técnica que possibilita captar dados, informações a partir da interação do grupo. Não fornece simplesmente a soma das informações fornecidas por seus integrantes, como se fossem submetidos à entrevista conjunta, mas proporciona conhecer as respostas que aquele grupo formula, a partir da sua interação, nas explicitações de opiniões, conflitos, divergências e também na reformulação de idéias e na geração de consensos. O que interessa é a manifestação do grupo como sujeito do processo de descentralização da vigilância da saúde do trabalhador. O grupo é a unidade de análise e não cada indivíduo participante (Cruz-Neto et al., 2002; Gondim, 2002; Simão, 2006).

⁹ Krueger *apud* Cruz-Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, 2002.

Assim, o que se busca é uma melhor compreensão da realidade complexa (Minayo, 2006). Torna-se possível conhecer as interações que se estabelecem entre os participantes, reproduzindo as relações que acontecem fora daquela reunião, gerando resultados e aproximações do problema e permitindo ao investigador conhecer como o grupo avalia uma determinada experiência, suas opiniões, sentimentos e significados em relação a um tema (Westphal, 1996).

As reuniões dos grupos foram conduzidas por uma moderadora, com a função de propor questões para o debate dos participantes, encorajando a expressão livre das opiniões e sentimentos sobre o tema em questão, focalizando a discussão, fazendo resumos e retomando o assunto, quando o grupo tendia a dispersar. A moderadora não deveria exercer um papel diretivo junto a cada membro do grupo, mas sim facilitar o processo de discussão entre todos os participantes, estimulando os mais tímidos e calados, evitando polarizações e monopolizações. No início de cada reunião, a moderadora explicou os objetivos da mesma, os papéis da moderadora e da observadora, forneceu as orientações para o seu desenvolvimento, como o respeito à fala e à vez de todos, o lanche colocado à disposição durante a reunião, a garantia do sigilo das informações, a participação voluntária e apresentou o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4) (Westphal, 1996; Cruz-Neto et al., 2002; Gondim, 2002; Osis et al., 2004; Simão, 2006).

Os grupos contaram com uma observadora, que se encarregou da anotação do processo realizado pelo grupo, inclusive da linguagem não-verbal dos participantes, bem como da gravação das reuniões. Em dois dos grupos, houve a participação de uma segunda observadora. Essas profissionais possuíam experiência prévia no uso dessa técnica (Westphal, 1996; Cruz-Neto et al., 2002; Gondim, 2002; Simão, 2006).

As gravações foram transcritas por quatro pessoas, incluindo a pesquisadora e todas as transcrições foram conferidas pela pesquisadora. A transcrição de cada reunião foi apresentada aos participantes daquele grupo, para certificação de exposição e validação de seu conteúdo.

A pesquisadora não participou das reuniões dos grupos focais para evitar a interferência no andamento do grupo, por ocupar, na época, cargo de gestora do sistema de vigilância em saúde no município.

Foram convidados a participar dos grupos todos os trabalhadores das Visas, do Cerest e da Covisa, por meio de convite nominal a cada um deles (Apêndice 5). Os encontros foram agendados de modo a garantir a participação dos gestores e dos técnicos diretamente envolvidos com esse tema, que eram os participantes essenciais dos grupos. Cada grupo deveria contar com aproximadamente 10 pessoas. Na literatura consultada, o número de participantes varia entre quatro e quinze pessoas, porém, o número habitualmente recomendado é de seis a dez pessoas. Contudo, o grupo deve ter um número de participantes que permita a todos a oportunidade de expor suas idéias e proporcionar a diversidade de opiniões e se estabelecido em função dos objetivos do estudo (Westphal, 1996; Tanaka e Melo, 2001; Cruz-Neto et al., 2002; Gondim, 2002; Minayo, 2006; Simão, 2006) .

As reuniões com cada equipe de Visa tiveram a duração aproximada de 2 horas, e da Covisa e do Cerest, de aproximadamente 3 horas; ocorreram em local de fácil acesso aos participantes, em ambiente e condições que possibilitaram a privacidade, a interação e o conforto do grupo (Westphal, 1996; Tanaka e Melo, 2001; Cruz-Neto et al., 2002; Gondim, 2002; Simão, 2006) .

As reuniões dos grupos focais com a equipe de cada Visa distrital foram feitas para compreendermos o modo de trabalho daquela equipe, com o objetivo de identificar se há um padrão ou se há diferenças entre elas no modo de operar a vigilância da saúde do trabalhador, na formação das equipes que atuam diretamente nesse núcleo de conhecimento, na percepção que cada Visa tem do trabalho a ser desenvolvido, na identificação de situações graves ou de risco à saúde e, conseqüentemente, nas intervenções sobre os processos de trabalho e sobre o meio ambiente, na concepção de quem deve executar essas ações e ainda, nas relações das Visas com os outros níveis do sistema municipal de vigilância em saúde do trabalhador – o Cerest e a Covisa. Procuramos identificar quais os facilitadores e quais os obstáculos à descentralização da vigilância à saúde do trabalhador.

Também utilizamos a técnica da entrevista por meio do grupo focal em uma reunião com a equipe do Cerest e em outra com a equipe da Covisa, para identificarmos as visões destes dois grupos gestores sobre este processo da descentralização da vigilância da saúde do trabalhador.

Foi utilizado um mesmo roteiro para o desenvolvimento das sete reuniões (Apêndice 6), para identificar o conteúdo em relação ao modo de trabalhar de cada equipe: o modo de operar, a formação profissional, as atribuições internas, a percepção do próprio trabalho, a identificação de situações de risco à saúde, as correlações entre componentes do Sistema de Vigilância à Saúde do Trabalhador. A utilização de um roteiro teve como objetivo a organização de pontos a serem abordados pelo grupo, de modo a facilitar e estimular a discussão, porém não deveria representar uma sequência rígida de questões a serem respondidas. A moderadora deveria considerar os pontos abordados, ainda que em ordem diferente da proposta original. O roteiro deveria ser um auxiliar na discussão e não uma finalidade em si mesmo (Westphal, 1996; Tanaka e Melo, 2001; Cruz-Neto et al., 2002; Gondim, 2002; Simão, 2006).

Esse roteiro, preparado a partir dos objetivos deste estudo, continha as seguintes questões:

1. Apresentem-se, contando qual a sua formação e o que cada um faz na equipe de trabalho.
2. O que vocês entendem por descentralização?
3. E sobre a descentralização da vigilância à saúde do trabalhador ocorrida aqui no município de Campinas?
4. Quais têm sido as facilidades e os obstáculos encontrados para essa descentralização da vigilância à saúde do trabalhador no município de Campinas?

5. Como vocês se organizam para enfrentar o processo de descentralização da vigilância à saúde do trabalhador (agendas, prioridades, alcance das atividades)?
6. Qual a relação entre os diferentes níveis e serviços de vigilância do município (CSs, Visa, Cerest, Covisa)?

Destacamos que elementos da história da descentralização vivida ou conhecida por cada participante foram levantados e recuperados em vários momentos da discussão.

No final da reunião foram destacados pela moderadora os principais pontos abordados e submetidos à validação mediante a confirmação ou correção pelo próprio grupo, de modo a minimizar os equívocos nas interpretações (Gondim, 2002).

O conteúdo das discussões será apresentado nesse trabalho de forma a não identificar as pessoas e as equipes (Simão, 2006).

Por tratar-se de uma pesquisa avaliativa, utilizaremos, na análise dos resultados, categorias selecionadas para a abordagem, permitindo identificar os fatores que facilitaram e os que dificultaram o processo de descentralização. Faremos agrupamentos de opiniões, confrontando e comparando os significados das falas, permitindo visualizar de modo sintético o que cada grupo expôs em relação a cada tópico, tendo a interação dos participantes do grupo como o foco principal da nossa atenção e não as falas tomadas individualmente (Gatti, 2005).

Desta forma, apresentamos a seguir as categorias de análise – ou critérios de avaliação – e as respectivas justificativas para sua escolha:

1. Participação e democratização das discussões e das relações: a diretriz da descentralização carrega, em si, um forte componente de democratização das relações institucionais e de trabalho, por facilitar a proximidade de quem executa uma determinada ação de quem é objeto dela, favorecendo o desenvolvimento de sujeitos. A participação ampliada nas discussões da elaboração e das estratégias de implantação da diretriz da descentralização

da vigilância de diferentes atores, dos trabalhadores da saúde e dos representantes da sociedade civil organizada, particularmente os sindicatos, envolvidos com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, parece ter papel fundamental no resultado desse processo.

2. Disputa de projetos políticos de descentralização: a definição da estratégia para a implantação de uma diretriz pressupõe poder político para exercê-la e o aumento da autonomia dos níveis descentralizados. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador ocorreu em um momento de grandes mudanças na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, inclusive do modelo assistencial de saúde, o que favoreceu as disputas de poder entre os diversos projetos, grupos e pessoas da Secretaria. A adesão a uma proposta ou a obediência a uma determinação podem ter sido conseqüências dessas disputas e negociações de um projeto coletivo.
3. Gestão do processo de descentralização: é fundamental que se estabeleçam acordos entre os atores envolvidos sobre os processos que serão desenvolvidos, as atribuições, as responsabilidades, os fluxos, as relações, para que haja clareza de onde se quer chegar e quais resultados atingir.
4. Estrutura disponível para a viabilização da proposta de descentralização: composição das equipes e recursos materiais, incluindo as características dos profissionais que compõem as diferentes equipes, seja quanto a sua formação acadêmica, vivência e posições ideológicas frente às áreas de vigilância à saúde e de saúde do trabalhador, seja quanto ao número de profissionais, e, também, o planejamento e a disponibilidade de recursos materiais necessários ao desenvolvimento das ações são fatores essenciais para o sucesso da implantação uma determinada política, e a sua falta pode implicar em resultados insatisfatórios.



3 - OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO

O seu olhar, o seu olhar
melhora, melhora o meu

Arnaldo Antunes

(da música “O seu olhar”)

Nesse capítulo apresentaremos os resultados obtidos a partir do material empírico ou seja, os relatos das vivências dos profissionais colhidos nas entrevistas individuais nas Unidades Básicas de Saúde e nas entrevistas coletivas dos grupos focais e também a análise dos documentos pesquisados que expressam as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde para as áreas de vigilância em saúde e de saúde do trabalhador, com destaque para a confluência delas: a vigilância em saúde do trabalhador. Faremos a discussão dos achados ao longo desse capítulo, levando-se em conta a experiência dos técnicos envolvidos com esse tema no município, inclusive da própria pesquisadora, procurando dialogar com a bibliografia utilizada como referência.

3.1 – Um pouco da história da descentralização da Vigilância em Saúde e da Vigilância da Saúde do Trabalhador: a identificação das diretrizes

O sistema de vigilância em saúde de Campinas começou a atuar, ainda que de maneira pouco articulada, antes da implantação do SUS no município, com fatos marcantes como a atuação no comércio varejista de alimentos, o controle da raiva humana e, particularmente no ano de 1987, a criação do Programa de Saúde do Trabalhador e do Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS, sofre novo impulso, sob forte influência do pensamento da Reforma Sanitária e respeitando os princípios e diretrizes do SUS, e, assim, vem procurando atuar de forma a responder satisfatoriamente às necessidades que se apresentam (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Com as eleições municipais em 1989 e nova gestão na SMS, dá-se início a um processo de integração entre os serviços existentes na Divisão de Controle do Meio Ambiente (DCMA): Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica (GMVE), Serviço Médico-Veterinário e de Controle de Zoonoses (SMVCZ), Serviço de Fiscalização Sanitária (SFS) e Serviço de Fiscalização da Alimentação Pública (SFAP) (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

O Sistema de Vigilância em Saúde de Campinas, desde seu início, ainda quando era composto por distintos serviços de Vigilância, vem atuando tendo como diretriz a descentralização para a rede básica e para os distritos de saúde.

As discussões sobre modelos assistenciais eram intensas e acompanhadas de forte caráter municipalizador e descentralizador, tendo a rede de unidades de saúde como o eixo central da SMS. Nesse período, as Unidades conhecidas popularmente como “postinhos de saúde” passaram a ser chamadas de Centros de Saúde, em um movimento evidentemente emancipatório, de capacitações e incorporação de ações de assistência individual e de saúde coletiva.

A diretriz da descentralização, ponto chave para a Secretaria da Saúde de Campinas, é seguida pelo então Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica, de acordo com a capacidade estrutural e técnica dos centros de saúde e mediante capacitação de vigilância epidemiológica sobre os principais agravos de notificação compulsória para todas as Unidades e acompanhamento pelo nível central da vigilância, conforme consta no Boletim Epidemiológico nº 1 de 1990, produzido pela Divisão de Controle do Meio Ambiente da SMS. A menção à descentralização também se dá para a área de vigilância de alimentos. Quanto à vigilância sanitária de ambientes de trabalho, o mesmo documento cita a expectativa de melhoria e aumento das vistorias em conjunto entre equipes de vigilância sanitária e saúde do trabalhador e os sindicatos. Era o período anterior à municipalização da vigilância sanitária (Campinas, 1990; Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004; Vilela, 2005).

E ainda, o planejamento do Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica, em 1991, apontava como objetivo geral “melhorar a qualidade e agilidade das ações de V.E. no município e ampliar as ações de proteção à saúde coletiva”, e dentre seus objetivos específicos, “efetivar a descentralização das ações de V.E., [...], ofertar novas ações de proteção à saúde coletiva”, aí incluídas as doenças ocupacionais, e “trabalhar conjuntamente com os atores envolvidos nas ações de proteção à saúde coletiva” (Campinas, 1991 a).

Em 1991, o município fez promulgar legislação que o autorizava a utilizar toda a legislação estadual e federal existentes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito das Vigilâncias, incluindo o ambiente natural e do trabalho (Campinas, 1991 b; Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Outro fato marcante foi a municipalização das ações de Vigilância Sanitária em 1992, com o município assumindo quase a totalidade das responsabilidades nesse campo, à exceção dos bancos de sangue, órgãos e tecidos, e dos serviços de hemodiálise e hemoterapia (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Até esse ano, embora a gestão da SMS já se organizasse de forma regionalizada, os serviços de vigilância eram todos centralizados.

Em 1993, com nova mudança de governo municipal e a criação dos distritos sanitários, ocorreu a criação das equipes distritais de Vigilância em Saúde, inicialmente com técnicos que atuavam em nível central da vigilância. Segundo os participantes da época, o que se viu foi um processo de divisão dos técnicos e dos poucos recursos materiais, marcado por conflitos e sentimentos de exclusão, de disputa e de medo do desconhecido, misturados com a ânsia de acertar. E a recém municipalizada vigilância sanitária que estava sendo descentralizada! Conhecer, aprender, errar e acertar: tudo ao mesmo tempo!

Nesse mesmo ano, o PST passou a atuar como Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRTS) e a DCMA passou a denominar-se Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental (CoViSA), deixando de realizar diretamente as ações de vigilância e passando a coordenar projetos e programas, assessorando a rede e os Distritos, fazendo ainda a interface com as outras esferas de governo e outras instituições (Abrahão, 1994; Medeiros, 2001; Saglioni e Balista, 2004).

Em documento que faz o relato do Seminário das Vigilâncias, ocorrido em agosto de 1993, é demonstrada a intenção de se adotar práticas compatíveis com o modelo de Vigilância da Saúde, e constam entre as diretrizes “a incorporação das ações de vigilância por todas as unidades de atenção à saúde” e ainda “modelo de atenção descentralizado, horizontalizado e hierarquizado intra-município”. Este mesmo documento aponta a necessidade de revisão das atividades exercidas pelos Centros de Controle de Zoonoses e de Referência em Saúde do Trabalhador, em função da descentralização para as Visas e Centros de Saúde (Campinas, 1993; Abrahão, 1994).

Para harmonizar as ações entre os diferentes executores e facilitar a gestão do sistema de vigilância, constituiu-se o Colegiado de Vigilância, composto pelas gerências dos serviços de vigilância CoViSA, Visas e CCZ (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Em 1993, o I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador definiu as diretrizes para a área de saúde do trabalhador no SUS. Na área da Assistência, o grande mote é a descentralização para as Unidades Básicas: “[...] Dar continuidade ao plano de descentralização das ações de assistência para os Centros de Saúde”, incluídas aí, as ações relativas ao preenchimento das CATs, a notificação e o encaminhamento desse documento previdenciário (Campinas, 1996 a).

Para a área da vigilância, as diretrizes eram:

1. Definir claramente suas atribuições frente aos demais órgãos de modo a fortalecer a ação do setor público de saúde nas ações e vigilância;
2. Criação de um sistema de informação em saúde do trabalhador que contemple dados sobre os riscos ocupacionais, acidentes e doenças

do trabalho que seja acessível e integrado à rede de serviços do SUS;

3. Planejamento das ações segundo enfoque de riscos com o aprimoramento do trabalho de intervenção sobre os ambientes laborais, valorizando-se a informação epidemiológica;
4. Integrar as ações de vigilância às demais ações de saúde do trabalhador;
5. Capacitar recursos humanos para atuar em vigilância da saúde do trabalhador;
6. Desburocratizar e descentralizar os órgãos notificadores;
7. Promover a integração interinstitucional para as ações de vigilância (epidemiológica e sanitária), de modo a fortalecer a ação do setor público;
8. Ampliar, integrar e otimizar a utilização dos recursos existentes (Campinas, 1996 a; 1996 b).

Em 1994, ocorreu a descentralização do atendimento dos acidentes de trabalho do CRST para os Centros de Saúde, acompanhada de grande investimento em capacitação e acompanhamento das unidades. Em 1994 e 1995, foi realizada capacitação para toda a rede básica para o atendimento de acidentes de trabalho que não necessitassem de assistência hospitalar. No segundo semestre de 1995, a rede básica passou a realizar esse atendimento, incluindo o registro e os encaminhamentos previdenciários ao caso. São apontadas dificuldades para a execução das ações como a falta de retaguarda jurídica, o não reconhecimento da SMS/PMC como autoridade fiscal pelas empresas, procedimentos administrativos burocratizados e ineficientes, falta de pessoal especializado (médico e engenheiros de segurança) no Cerest e nas Visas (Campinas, 1996 b; 1997).

Porém, segundo aponta Medeiros (2001), a descentralização do atendimento dos acidentes não significou aumento da capacidade do CRST em atuar na vigilância em saúde como ação estratégica.

Em 1997, o município assumiu a gestão plena do sistema de saúde, e com ela, aquelas ações de vigilância sanitária que haviam ficado sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (Abrahão, 1994; Saglioni e Balista, 2004).

Em 1998, foi realizada a Oficina de Planejamento das ações de saúde do Trabalhador, utilizando metodologia do Planejamento Estratégico Situacional em cujos objetivos está definido o aprofundamento da descentralização em curso desde 1994. Foram descritos objetivos que tratavam de capacitação e definição de atribuições dos diferentes níveis do sistema. Não participaram dessa oficina os representantes dos centros de saúde. O resultado dessa oficina indica serem de competência dos centros de saúde as ações de vigilância e de assistência (avaliação de risco em ambientes de trabalho, análise epidemiológica dos dados e indicadores da sua área de abrangência, atendimento dos casos de acidentes e doenças, preenchimento de laudos de exames médicos de CATs), além de reafirmar a competência das Visas em realizar ações de vigilância em saúde do trabalhador. Ficou definida como principal atividade do Cerest as ações de vigilância. À Covisa, caberia a elaboração de instrumentos, análises e boletins epidemiológicos (Campinas, 1998).

Também, em 1998, inicia-se a descentralização da assistência às doenças do trabalho, processo que irá se efetivar em 2006, com a implantação do Plano de Ação e Metas da Saúde do Trabalhador no município, e seguindo as orientações da Renast.

As deliberações da 5ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em fevereiro e março de 2000, são enfáticas quanto à descentralização da vigilância em saúde do trabalhador e do sistema de informação para as Visas e centros de saúde, com os recursos necessários para isso, com a participação das entidades representativas dos trabalhadores e com a assessoria jurídica específica.

O Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador do Município de Campinas apresentou pontos para apreciação das instâncias do SUS, com o objetivo de formular política de saúde do trabalhador para o município. A base desse documento é a 5ª Conferência e também é enfático na diretriz de descentralização, de incremento do sistema de informação de acidentes e doenças para trabalhadores do mercado formal e informal, da participação popular nas ações que dizem respeito às condições de trabalho e ambiente (Campinas, 2001 a)

Em 2001, ocorreu nova mudança do governo municipal, naquele momento assumido por membros do Partido dos Trabalhadores – PT, com forte empenho na consolidação do SUS e também envolvimento com o início do Programa de Saúde do Trabalhador em Campinas.

Nesse contexto, deu-se a implantação do Programa Paidéia, um modelo de atenção à saúde que valoriza a atuação da rede de Unidades Básicas, o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a clientela atendida e também a responsabilização pelo território onde essa população vive, e propõe um arranjo institucional – os Núcleos de Saúde Coletiva nas unidades de saúde – como estratégia para ampliação das ações coletivas, e, assim, aumentar a capacidade dos serviços de prevenir e resolver problemas de saúde. Desta forma, pretendia-se modificar a atuação dos profissionais das equipes locais, “em relação ao indivíduo, à família, a grupos, ao meio ambiente e ao de trabalho” e a tudo que esteja no território que afete a saúde das pessoas: “o saneamento, as fontes de poluição, as empresas, os serviços, as instituições, os animais. [...]. Portanto, são as equipes locais de referência que realizarão as ações de saúde coletiva (vigilância epidemiológica, sanitária, da saúde do trabalhador, do meio ambiente, a educação em saúde)”. Faz-se destaque ao trabalho do Núcleo de Saúde Coletiva de forma matricial no apoio técnico às equipes de referência, “especialmente em ações sobre grupos, instituições, ambientes natural e de trabalho” (Campinas, 2001).

Quanto às atribuições do Núcleo de Saúde Coletiva, são elas:

- 3.1 – Realizar análise epidemiológica dos agravos sob vigilância (entende-se **todos** os agravos que a Unidade de Saúde considerar como sendo necessários manter um acompanhamento, ex: as doenças de notificação compulsória, pré-natal de alto risco, anemias, desnutridos, hipertensos, diabéticos, acidentes ocupacionais, recém-nascidos de risco, acidentes de trânsito, cobertura vacinal, óbitos maternos, etc).
- 3.2 – Divulgar e discutir os resultados da análise com a equipe da Unidade de Saúde para elaboração de propostas e intervenções.

3.3 – Coordenar, na área de abrangência, as ações de saúde coletiva.

3.4 – Promover intersetorialidade.

3.5 – Promover ações de educação em saúde.

3.6 – Identificar e intervir em situações de risco com relação à ocorrência de doenças (crônicas, transmissíveis pessoa a pessoa, transmissíveis por vetores, por agentes químicos, por animais peçonhentos), danos ao meio ambiente (contaminação da água, esgoto a céu aberto, deposição inadequada de resíduos urbanos, uso de agrotóxico, desmatamentos, fontes poluidoras) e à saúde do trabalhador (acidente de trabalho, ambientes insalubres, doenças ocupacionais).

3.7 – Apoiar as equipes de referência, desenvolvendo trabalhos conjuntos e também dando retaguarda técnica e operacional (Campinas, 2001).

Nesse período, foi realizado um amplo processo de capacitação das equipes das Unidades Básicas como estratégia fundamental para a implantação do novo modelo de atenção à saúde, com destaque para as diretrizes que o modelo propunha: a clínica ampliada, acolhimento e responsabilização, apoio matricial, sistema de co-gestão, cadastro de saúde da população com vinculação de famílias à equipe local de referência e capacitação (Nascimento, 2006). Esse processo de capacitação proporcionou aumento da qualificação das equipes locais, trazendo também um significado de valorização dos profissionais da rede de saúde.

Com essa nova gestão da SMS, ocorreu uma modificação na coordenação do Programa de Saúde do Trabalhador no nível central da SMS, assumindo um caráter maior de representação político-sindical e menos de representação técnica, como era anteriormente. Além disso, a vinculação institucional desse coordenador deixou de ser à Covisa, como era anteriormente, e passou a ser ao Gabinete do Secretário da Saúde e depois ao Departamento de Saúde.

No documento “Termo de Referência para o Projeto de Ampliação da Cobertura da Assistência e Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS – Campinas”, elaborado pela SMS em junho de 2001 e apresentado ao Ministério da Saúde, está expressa a diretriz de descentralização tanto da assistência como da vigilância, como estratégia de aumento da resolutividade e abrangência dos serviços, considerando a extensão territorial e o tamanho populacional do município como Campinas. Considera-se que a intervenção em ambientes de trabalho (vigilância sanitária) já está em andamento nos distritos, porém necessita de maiores subsídios de informação (vigilância epidemiológica), especialmente em relação ao trabalho informal (Campinas, 2001 b).

O mesmo documento faz referência à decisão da 5^a Conferência Municipal de Saúde de descentralizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador para os distritos de saúde e, na medida das possibilidades, para as equipes locais de referência, como forma de ampliar a identificação, avaliação e intervenção nos riscos em ambientes de trabalho. Essa descentralização ocorreu no primeiro semestre de 2001, momento esse, como já referido anteriormente, início de um governo municipal no qual se depositava ampla expectativa pela implantação e consolidação de políticas para a saúde dos trabalhadores.

E ainda resume as diretrizes para a área de saúde do trabalhador como:

- Realização, por parte dos Centros de Saúde, de suspeita de doenças do trabalho e diagnóstico e tratamento dos casos de menor complexidade;
- Descentralização da produção de informações sobre acidentes e doenças do trabalho para as VISAs distritais e centros de saúde, inclusive e particularmente as que acometem pacientes não previdenciários (trabalhadores do mercado informal);
- Maior intervenção em ambientes de trabalho pelas Visas (Campinas, 2001 b)

Havia também uma proposta de utilizar um instrumento semelhante ao proposto pela Cist – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – do Conselho Nacional de Saúde, instrumento compatível com a CAT, de forma a contemplar os dados de cadastramento do PSF e articulado com o Sistema de Informação de Saúde, também atendendo à deliberação da 5ª conferência.

Ainda sobre esse mesmo documento: há objetivos, metas e indicadores estabelecidos em relação à assistência, mas não em relação à vigilância.

Outro documento produzido pela SMS, com o título “Descentralização da Vigilância Sanitária em Ambientes de Trabalho”, demonstra a proposta de trabalho, de capacitação e organização das ações a serem realizadas pelos profissionais de vigilância de Cerest que seriam descentralizados para as Visas (Campinas, 2001 e).

Há registro em um relatório do Centro de Referência em Saúde do trabalhador, de dezembro de 2001 (Campinas, 2001 d), que aponta pontos relativos à descentralização: positivos, como o aumento do número de vistorias, a ampliação da capacidade de atuação e integração com as outras áreas da vigilância e com outros serviços e órgãos, e negativos, como a falta de planejamento prévio à descentralização, a falta de estrutura logística nas Visas, a desestruturação da equipe de vigilância no Cerest, a falta de vínculo formal dos profissionais descentralizados com o Cerest, tornando-os mais vulneráveis a outras prioridades, que não as de saúde do trabalhador, falta de conhecimento técnico e de padronização das ações, baixa resolutividade das vistorias. Também indica que foi elaborada uma ficha epidemiológica para registro dos acidentes e doenças de trabalhadores do mercado informal, a ser implantada, porém ainda com dificuldades.

A oficina de saúde do trabalhador realizada em 07 de março de 2002 apontou nos seus objetivos, dentre outros, descentralizar as ações de atenção à saúde do trabalhador para a rede básica, consolidar a descentralização e a hierarquização da vigilância em saúde do trabalhador, e intervir sobre os riscos do trabalho informal (Campinas, 2002 a).

O CRST apresentou à Secretaria Municipal de Saúde documento elaborado pela sua equipe técnica, com o título “O Érgon no Paidéia: uma proposta de inserção da atenção aos problemas relacionados ao trabalho em um novo modelo de saúde”. Nesse documento estão claras as diretrizes de descentralização da saúde do trabalhador: assistência e vigilância para UBS; vigilância para as Visas, CRST reduz seu papel, na medida em que a rede se estrutura, e então aumenta seu papel de retaguarda e referência técnica (Campinas, 2002 b).

Também em 2002 foi elaborado pelo CRST o texto “Vigilância em Saúde do Trabalhador – Proposta de estruturação de níveis de ações”, que estabelece claramente as atribuições e responsabilidades daquele centro de referência e propõe, para discussão, critérios para a atuação de sua equipe em casos mais complexos (Campinas, 2002 c).

Mais um texto do mesmo ano – “O CRST no Sistema Único de Saúde: a experiência de Campinas” – reafirma a política de descentralização deixando clara a sua necessidade e recoloca o papel do CRST como retaguarda, referência e aglutinador de informações epidemiológicas para subsidiar as ações, no sentido de melhorar sua capacidade de atuação (Campinas, 2002 d).

Nesse período, a coordenação do CRST passou a ter assento no Colegiado de Vigilância.

Em março de 2003, realizou-se uma oficina para reorganização dos trabalhos no nível central do Sistema de Vigilância, e nela foi proposto que houvesse uma referência técnica de Vigilância da Saúde do Trabalhador na Covisa, nos mesmos moldes que havia para outros temas (Campinas, 2003). Essa proposta não se efetivou, em grande parte pela dificuldade sempre existente e mais intensa àquela época, em constituir equipe no nível central, pois havia uma clara prioridade em alocar pessoas nos níveis locais e distritais da SMS.

Nessa oficina foram reafirmadas diretrizes gerais para a Vigilância em Saúde, como a autonomia relativa para cada nível de gestão descentralizada, o aumento da capacitação técnica do nível local, a responsabilização das UBS pelas ações locais de saúde coletiva e o desenvolvimento da Vigilância da Saúde de modo a estimular o protagonismo do cidadão (Campinas, 2003).

Em decorrência dessa oficina, foi proposto que a Covisa passasse a ser denominada Departamento de Saúde Coletiva, acompanhando a nova estruturação da SMS. Contudo, essa estrutura não ganhou formalidade por meio de uma reforma administrativa correspondente, continuando a trabalhar com uma estrutura informal.

Com a aproximação de novas eleições municipais, e tendo como objetivo consolidar as práticas de vigilância na rede e apresentar ao novo governo as propostas dos técnicos e gestores da área, foi realizado o Seminário de Saúde Coletiva em duas etapas: a primeira, em outubro, enfocando os núcleos de saúde coletiva das UBS e a segunda, em novembro, sobre o modelo de vigilância em saúde de Campinas, tendo como foco os serviços específicos de vigilância em saúde da SMS. Nesse seminário foram reforçadas as diretrizes do modelo de vigilância em saúde: integralidade nas ações, descentralização com autonomia, ação no território com enfoque de risco, desenvolvimento de sujeitos e intersetorialidade. Também foi apontada como avanço obtido a descentralização da vigilância da saúde do trabalhador para as Visas e indicada a necessidade da melhoria das relações entre os serviços e os centros de referência, incluído aí o CRST. Esse seminário indicou também a realização de uma oficina de trabalho para proceder à revisão do processo de trabalho da vigilância em saúde (Campinas, 2004).

No ano de 2005, já em período de outro governo municipal, a equipe de vigilância do nível central propôs e adotou-se a denominação de Coordenadoria de Vigilância em Saúde, mantendo a mesma sigla Covisa, que já era uma denominação amplamente conhecida, e, mais recentemente, também adotada pelo município de São Paulo, quando iniciou a sua municipalização das ações de Vigilância em Saúde.

Conforme apontou o seminário de 2004, em agosto de 2005 realizou-se a Oficina de Vigilância em Saúde. A partir de um questionário enviado a todos os profissionais de vigilância da SMS para levantamento de problemas relativos ao processo de trabalho, foram elaboradas propostas de capacitação dos técnicos, melhoria das relações internas e entre os serviços, diminuição da heterogeneidade de processos de trabalho, priorização de ações em função do risco e clareza na definição de competências (Campinas, 2005 a; 2005 b).

Com a mudança de governo municipal, a coordenação do Programa de Saúde do Trabalhador manteve-se ligada ao Departamento de Saúde, porém passou a ser exercida pela coordenadora do Cerest, que passou a acumular as duas funções. Em 2007, o Cerest passou a ter um co-gerente.

Como subsídio para as discussões da 7ª Conferência Municipal de Saúde que foi realizada em abril de 2006, foram apresentadas as diretrizes do modelo de vigilância em saúde de Campinas, quais sejam:

1. O pilar do sistema é a unidade básica de saúde;
2. Descentralização das ações, de forma competente e responsável;
3. Integralidade das ações, com apoio dos diversos serviços, evitando-se a fragmentação das práticas;
4. Equipes multidisciplinares;
5. Estimular a participação, o protagonismo da população na resolução dos problemas e aumentar a autonomia das pessoas (trabalhar COM e não SOBRE ou PARA);
6. Educação em saúde, utilizando-se da fiscalização como um dos instrumentos de atuação;
7. Utilização da informação para tomada de decisões (Campinas, 2006 b).

O ano de 2006 foi marcado por dois importantes eventos para a Vigilância em Saúde e para a Saúde do Trabalhador: a realização dos Planos de Ações e Metas (PAM) para essas duas áreas, elaborados por gestores, trabalhadores e usuários. Os usuários para a Saúde do Trabalhador foram representantes de sindicatos e conselheiros municipais. Para o PAM da Vigilância, os usuários foram conselheiros municipais e distritais e representantes de entidades protetoras de animais. Além da importância da presença de usuários na tomada de decisões, fato nada convencional para a área da vigilância, os dois planos foram elaborados considerando a alocação de recursos financeiros para a consecução das metas, recursos esses provenientes dos repasses específicos do SUS e de verbas municipais e significaram um aprimoramento da gestão municipal nesses dois campos de atuação (Campinas, 2006 a; 2006 c).

Em setembro de 2006, foi elaborado por técnicos do Cerest o Manual de Notificação de Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais através da CAT, com o objetivo de atualizar as informações disponíveis aos profissionais da rede básica de Campinas para realizar esse tipo de atendimento de forma integral, a fim de atender prontamente ao trabalhador, minimizar seu sofrimento, evitar seqüelas, buscar a cura, oferecer as orientações necessárias para a garantia dos seus direitos trabalhistas e manter os fluxos dos documentos exigidos pelo INSS. Utilizando as CATs como notificação, e por analogia, como uma ficha epidemiológica de um agravo, deve-se analisar o perfil das ocorrências para subsidiar as propostas de intervenção nos ambientes de trabalho, que poderão ser realizadas pelos diversos níveis do sistema de vigilância em saúde. Este manual estabelece também a entrega de uma via da CAT ao trabalhador e outra para a empresa e os passos do fluxo da notificação dos centros de saúde para as Visas, que enviarão as vias ao INSS, procederão ao registro epidemiológico e posterior envio de uma via ao Cerest (Campinas, 2006 d).

Nos documentos analisados, fica clara a diretriz de descentralização da vigilância da saúde e da vigilância da saúde do trabalhador para as Visas e para as UBS e também identifica-se a influência do modelo assistencial na definição dessas diretrizes.

A concretização da diretriz da descentralização, levando a prestação de serviços ao ponto mais próximo possível da população, aproximando trabalhadores e usuários, iria ao encontro do princípio da integralidade da atenção às necessidades de saúde das pessoas, conforme indicam Cecílio (2001), Mattos (2001), Campos (2003), Silva-Júnior et al. (2003).

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

Também nota-se que alguns documentos foram frutos de decisões tomadas em fóruns colegiados de diferentes níveis de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que se constituem em espaços privilegiados de discussão entre os gestores do sistema municipal de saúde.

3.2 – As unidades básicas de saúde: o desafio da construção da integralidade

Foram registrados os dados das 49 UBS do município de Campinas. As entrevistas foram realizadas quase que na totalidade (em 46 centros de saúde), no período de 27/02/2007 a 17/05/2007, sendo que em apenas três, por dificuldades operacionais, precisaram ser adiadas e realizadas entre 23/08 e 12/09/2007. Foram realizadas 28 entrevistas pela própria pesquisadora e 21 por outras três entrevistadoras, capacitadas previamente pela pesquisadora.

Conforme as informações colhidas nas entrevistas com os profissionais responsáveis pela vigilância da saúde do trabalhador nas UBS, apenas uma das 49, não preenche as Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), o que foi justificado pela falta do profissional médico naquela Unidade, fazendo com que os trabalhadores fossem encaminhados ao CEREST para essa providência (Quadro 1). Quanto à significativa maioria das unidades que informa que preenche as CATs, pudemos notar que os funcionários da unidade referem um cuidado em cumprir a burocracia no preenchimento desse documento, uma vez que o mesmo representa implicações legais e previdenciárias para o trabalhador do mercado formal, conforme apontam documentos da Secretaria Municipal de Saúde (Campinas, 2006 a; 2006 b; 2006 d) e os autores Cordeiro et al. (2005) e Wünsch-Filho (1999).

Das 49 UBS, 43 preenchem o SVE-2 ou um similar (Quadro1). Como o SVE-2 é um instrumento destinado à anotação de todos agravos de notificação compulsória com a lógica predominante da doença transmissível, ele não prevê campos específicos de cada agravo, mas sim, campos gerais como o nome, o endereço, a doença ou agravo, data de início da investigação, exames realizados e um espaço destinado às observações, que

geralmente é utilizado para complementar as informações, com aqueles dados importantes para o caso, como, por exemplo, número do prontuário do paciente, se frequenta alguma instituição coletiva do tipo creche ou escola. Assim, procuramos verificar se as unidades utilizavam o SVE-2 de maneira a registrar os dados relevantes para que ela pudesse conhecer a demanda que utiliza seus serviços e identificar sinais de alerta na situação epidemiológica. Para isso, verificamos se havia o registro com alguma descrição do tipo de acidente ou doença dos trabalhadores, pensando que essa informação pudesse ser usada para indicar elementos de gravidade e frequência dos eventos. Também, procuramos verificar se havia o registro do local de trabalho, com o objetivo de que essa informação também pudesse orientar intervenções em locais que gerassem eventos com maior frequência ou gravidade. Das 43 unidades que fazem algum registro em SVE-2 ou similar, 25 (58,14%) delas não registram o tipo de acidente, contra 18 (41,86%) que o fazem; quanto ao local de trabalho, em 7 unidades (14,28%) havia a informação da empresa, em 10 não havia o registro e em 26 a informação é ignorada. Esse dado relativo ao local de trabalho está prejudicado, pois o instrumento de coleta de dados não previa essa anotação e na maioria das entrevistas não foi registrado. Seis Unidades não fazem registro em SVE-2 ou similar; fazem apenas um registro administrativo das CATs, de envio de documento ao Distrito de Saúde, do tipo “guia de remessa”. Podemos dizer que as Unidades não fazem o registro do acidente ou doença apresentados pelo trabalhador de maneira a privilegiar o caráter epidemiológico. A constatação da baixa qualidade da informação epidemiológica sobre os acidentes de trabalho nas UBS é coerente com a afirmação de Medeiros (2001) de que houve uma piora na qualidade da informação sobre os acidentes de trabalho, após a descentralização para as UBS.

A elaboração por técnicos do Cerest e, principalmente, a utilização, do Manual de notificação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais através da CAT, que reforça a possibilidade da CAT ser utilizada como um instrumento epidemiológico, parece ser uma ferramenta adequada para diminuir esse problema do não registro nas Unidades (Campinas, 2006 a).

Quadro 1- Unidades Básicas de Saúde segundo preenchimento de papéis previdenciários e epidemiológicos para os eventos relacionados ao trabalho. Campinas SP, 2006.

Papéis previdenciários	Papéis epidemiológicos		Total
	Sim	Não	
Sim	43	5	48
Não	0	1	1
Total	43	6	49

Fonte: Entrevistas e SVE-2

Uma das UBS não localizou o SVE-2 de 2006, o que pode ser apenas um “fato isolado” e uma intercorrência indesejada ou então sugerir outros tipos de problemas da unidade como desorganização ou pouco interesse nos dados epidemiológicos.

Quatro unidades possuíam um SVE-2 por equipe de referência e não havia um SVE-2 único da Unidade. Isso pode indicar que a avaliação epidemiológica de toda a área de abrangência da Unidade está prejudicada; além disso, traz a necessidade da reflexão sobre a implantação de uma diretriz que pretendeu valorizar o trabalho da equipe de referência e o seu conhecimento da realidade de sua microárea de abrangência, mas que não deve significar prescindir da avaliação do todo da unidade.

Foram registrados em 2006, nos SVE-2 e similares das 49 UBS, um total de 12.853 agravos à saúde, sendo aqueles de notificação compulsória no Estado de São Paulo e também outros que a Unidade de Saúde tenha eleito como relevantes. A média anual foi de 262 agravos por centro de saúde, a mediana de 236, o desvio padrão de 176,448 e a variância de 31134,050.

Dos 12.853 registros, 1.420 foram eventos relacionados à saúde do trabalhador, representando 11,05% do total dos registros. A média dos agravos à saúde do trabalhador foi de 28,98 casos por UBS, a mediana foi de 22, o desvio padrão de 28,547 e a variância 814,937. Desses 1.420 registros, 1.363 (96%) foram acidentes de trabalho e 57 (4%)

doenças do trabalho. Podemos dizer que, de acordo com esses dados, os acidentes de trabalho têm recebido maior atenção por parte das unidades do que as doenças do trabalho; essas podem estar sendo atendida nas unidades, porém não sendo identificadas como tal e, conseqüentemente, estarem subnotificadas.

Em um estudo sobre os acidentes de trabalho no Brasil, utilizando os dados do INSS a partir das CATs – portanto para trabalhadores do mercado formal – no período de 1970 a 1995, Wünsch-Filho (1999) verificou que as doenças profissionais respondiam por menos de 1% a cada ano da série histórica e que os acidentes de trabalho significam praticamente a totalidade dos registros. Esse estudo mostrou a queda na incidência e na mortalidade e o aumento da letalidade dos acidentes de trabalho e a relação com a reestruturação produtiva vivida pelo país, apontando o deslocamento da mão-de-obra do setor secundário para o terciário e o aumento da informatização que induz à redução do número de trabalhadores como os principais fatores responsáveis pela diminuição dos riscos e do número de expostos. Quanto ao aumento da letalidade, à explicação está na subnotificação de acidentes, provavelmente aqueles mais leves, fazendo com que as taxas se elevem.

Ainda que este nosso estudo não tenha se proposto a analisar a ocorrência dos acidentes de trabalho e, portanto, os números colhidos não possam ser analisados com esse objetivo, destacamos que os 1.420 registros feitos pelas Unidades também devem significar sub-registro. Isso pode estar relacionado com a precariedade das relações de trabalho, pouca organização dos trabalhadores e serviços de saúde que não estejam atentos para essa problemática, fazendo com que os trabalhadores não consigam obter o registro do seu acidente, de acordo com o que aponta Wünsch-Filho (1999).

Quanto à distribuição dos casos segundo o vínculo de trabalho, 1.385 eram trabalhadores do mercado formal e 3 do mercado informal; para 32 registros não foi possível obter informação do tipo de vínculo com o mercado de trabalho (Tabela 1). Observamos que apenas o trabalhador do mercado formal tem o registro do seu acidente ou doença do trabalho feito sistematicamente na UBS. Ainda que se considere somente o trabalhador do mercado formal, o número de casos registrados pode estar subestimado.

Tabela 1- Pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde por evento relacionado ao trabalho, segundo vínculo com mercado de trabalho. Campinas - SP, 2006.

Problema saúde	Trabalho formal			Total	%
	sim	Não	Ignorado		
Acidente	1328	3	32	1363	96
Doença	57	0	0	57	4
Total	1385	3	32	1420	100

Fonte: SVE-2 das UBS de Campinas

Conforme sugere o relato nas entrevistas, o trabalhador do mercado informal, como grupo social, está à margem desses serviços de saúde. Segundo Cordeiro et al. (2005), há um desconhecimento sobre o que acontece com o trabalhador do mercado informal na economia brasileira, pois não existe um sistema de informação que o inclua.

Conforme aponta Cecílio (2001), a superação da não-integralidade a grupos específicos só poderá acontecer se ela for captada na sua singularidade, ou seja, no espaço individual da prestação do cuidado, no encontro do usuário – esse trabalhador do mercado informal – com o profissional da unidade de saúde. Há uma pessoa ali, sendo atendida. O primeiro passo está dado. Esse trabalhador é atendido na sua queixa aguda, mas não tem o seu problema registrado e conduzido como algo relacionado ao trabalho e que necessita de uma intervenção do serviço de saúde. O registro do acidente de trabalho desse trabalhador informal é feito de maneira eventual, não sistemática, nas UBS. Acreditamos que a “preferência” do registro dos eventos ocorridos com o trabalhador do mercado formal se deva à exigência burocrática da abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho para eles e também à desvalorização do registro epidemiológico do acidente de trabalho.

Esse dado reforça a idéia de que a vigilância da saúde do trabalhador ainda carece de conceitos, formulações e mecanismos que abordem de forma adequada as questões relativas ao amplo e crescente universo de trabalhadores do mercado informal, fruto da reestruturação produtiva da atualidade, conforme apontam Minayo-Gomez e Lacaz

(2005). No mercado informal devem estar presentes riscos e incidências ainda maiores do que no mercado formal, portanto a vigilância em saúde do trabalhador deve voltar seu foco para esse segmento dos trabalhadores (Wünsch-Filho, 1999).

Quanto à intervenção em locais de trabalho: 39 unidades (79,6%) relataram não ter havido intervenção no local de trabalho, contra 10 (20,4%) que relataram ter havido. As intervenções foram relatadas nas entrevistas como sendo: orientações para mudanças de funções no trabalho e realização de ginástica postural, realização de exames periódicos, organização e limpeza do ambiente de trabalho e interdição de equipamento. Também foram consideradas as solicitações de intervenção feitas pela unidade básica à Visa ou ao Cerest. Chamamos a atenção para o fato de o único centro de saúde que relatou não preencher CAT por não possuir médico, informou ter havido intervenção no local de trabalho (Tabela 2). Conforme apontam Santos et al. (1990), a definição de prioridades para a intervenção em ambientes de trabalho deve ser feita em consonância com as discussões com os trabalhadores e sindicatos, conhecedores da realidade do trabalho, o que parece não ter acontecido.

Tabela 2- Intervenção em local de trabalho segundo preenchimento dos papéis previdenciários e epidemiológicos nas Unidades Básicas de Saúde para acidentes de trabalho. Campinas - SP, 2006.

		Intervenção					
Preenche papéis		Sim	%	Não	%	Total	%
Previdenciários	Sim	9	18,7	39	81,3	48	100
	Não	1	100	0	0	1	100
Epidemiológicos	Sim	8	18,6	35	81,4	43	100
	Não	2	33,3	4	66,6	6	100
Total		10	20,4	39	79,6	49	100

Fonte: entrevistas e registros das UBS de Campinas

Das 10 intervenções relatadas nos locais de trabalho, 4 provocaram mudanças no processo de trabalho, contra 1 que não houve mudança e 5 com informação ignorada (Quadro 2). Medeiros (2001) relata que com a descentralização do atendimento de acidentes de trabalho para as UBS houve piora na qualidade das intervenções coletivas. Contudo, os dados obtidos por essa pesquisa não permitem a verificação e confirmação dessa afirmação.

Quadro 2- Número de UBS, segundo intervenção no local de trabalho e mudança no processo de trabalho. Campinas – SP, 2006.

Intervenção	Mudou processo trabalho			total
	sim	não	ignorado	
sim	4	1	5	10
não	0	39	0	39
total	4	40	5	49

Fonte: entrevistas nas UBS de Campinas

Destas mesmas 10 intervenções, 4 tiveram repercussão no ambiente externo, contra 2 sem repercussão e outras 4 sem informação (Quadro 3).

Quadro 3- Número de UBS segundo intervenção no local de trabalho e mudança no ambiente externo. Campinas - SP, 2006.

Intervenção	Mudou ambiente externo			total
	sim	não	ignorado	
sim	4	2	4	10
não	0	39	0	39
total	4	41	4	49

Fonte: entrevistas nas UBS de Campinas

Quanto a esses dados, não podemos afirmar que todas as intervenções deveriam necessariamente provocar mudanças no ambiente externo, pois não há informação suficiente para essa análise. No entanto, podemos estar diante de uma limitação na abordagem dos ambientes de trabalho, pois, de acordo com os apontamentos de Minayo-Gomez e Lacaz (2005), o modelo tradicionalmente desenvolvido de atenção à saúde dos trabalhadores não incorpora componentes da questão ambiental, altamente relevante na atualidade para a sociedade, e que ainda carece de protagonismos dos trabalhadores tanto nos locais de trabalho quanto nos espaços de exercício de cidadania.

No momento da entrevista em que era perguntado se houve intervenção no local de trabalho, alguns entrevistados, apesar de responderem “não”, se reportavam a casos que marcaram a UBS e estavam na sua memória, sem necessariamente, serem relativos ao período da pesquisa. O relato desses casos pode nos fornecer elementos que ajudem na compreensão de como a Unidade percebe o problema e lida com ele. O questionamento que esta pesquisa buscou responder é relativo à ocorrência ou não da descentralização da Vigilância da Saúde do Trabalhador, e não era uma avaliação do impacto dessa descentralização na saúde dos trabalhadores. Contudo, devido à relevância do tema e, sobretudo, à riqueza das entrevistas apresentando conteúdos que revelam a preocupação dos profissionais de saúde com a modificação das condições adversas a que os trabalhadores estão expostos, faremos, a seguir, o relato sumário de alguns casos que podemos chamar de exemplares, pois podem apontar na direção de uma futura avaliação de efetividade, pois dão indícios de ações desenvolvidas que poderiam ter impacto positivo sobre a saúde dos trabalhadores.

Relato de alguns casos exemplares

Caso1: *Tem uma fábrica que gerava muita queimadura com produto químico. Nós avisamos a VISA, e eles fizeram alguma intervenção. Não houve mais acidente atendido no CS, não sabemos se a empresa se adequou ou se os funcionários foram orientados a não procurar mais o CS. Também, temos um projeto já em andamento de cadastrar todas as empresas e fazer o atendimento dos trabalhadores aqui no CS.*

Caso 2: *Quando houve muitos casos na mesma empresa teve encaminhamento para o CRST; houve discussão no Núcleo de Saúde Coletiva; houve atendimento de ginástica postural para os casos de doença profissional, principalmente LER ou dor lombar.*

Caso 3: *Teve intervenção para um caso, coincidentemente para aquele único sem registro em carteira. Foi encaminhado para a VISA e eles fizeram alguma coisa, mas não temos retorno da informação. Houve um surto de escabiose entre garçons desse mesmo local, que moravam em um alojamento em condições precárias. Fomos até lá, foram feitas as orientações de higiene e o tratamento de todos os trabalhadores e o surto foi interrompido. Também, tem acidente na Odonto da Unidade, de difícil intervenção; os acidentes são em campo e, independentemente de usar duas luvas, podem se acidentar.*

Caso 4: *Na Unidade de Saúde houve orientação sobre cuidados e prevenção de acidentes. Para os casos de LER foi enviado um documento para a empresa, indicando a mudança de função dos trabalhadores. Avisamos o CRST sobre a frequência de acidentes em empresa de limpeza terceirizada. Nós sabemos que uma trabalhadora com LER foi demitida.*

Caso 5: *Houve dois casos marcantes. Uma intoxicação numa lavagem de jeans e uma morte numa fábrica de sabão. A Visa fez alguma intervenção, acho que o CS acompanhou.*

Caso 6: *Houve uma visita do CRST aqui no CS, devido ao número elevado de casos de acidentes com perfurocortantes na Odonto.*

Caso 7: *Fazemos vigilância dos acidentes biológicos aqui no CS. Foi feito um trabalho com a Coordenadoria Setorial de Segurança e Saúde do Trabalhador da PMC; a Cipa participou e melhorou muito.*

Caso 8: *Teve um óbito de um motoboy, que nós ficamos sabendo após o óbito, pelo pedido de abertura de CAT. Para esse caso, não houve nenhuma intervenção. De uma empresa de costura, uma paciente chegou com queixas de dor e tristeza; relatou que outra colega também tinha sido afastada com o mesmo problema. Nós encaminhamos essa paciente ao CRST, pedindo que avaliassem o caso e a empresa, mas não sabemos se houve alguma intervenção.*

Caso 9: *Havia muitos casos na mesma empresa. A médica e algumas pessoas foram lá para dar orientações, depois disso, diminuiu a procura pelo CS e a proprietária também procurou informações. Também teve muitos casos em outra empresa, mesmo sem CAT aberta, e orientamos.*

Caso 10: *Teve o caso da empresa “Y” que a equipe 2 fez um trabalho e solicitou a referência do CRST.*

Caso 11: *Houve uma intervenção em uma empresa por um surto de intoxicação alimentar. E também em uma empresa de bobinas de papel, que gerava muitas CATs e houve um acidente fatal. Nesse caso, interrompeu o uso do equipamento da produção e esse equipamento também poluía a água.*

Caso 12: *Houve uma intervenção para picadas de escorpião que os camelôs sofriam, feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Era uma situação muito crítica. Acho que os profissionais da unidade se sensibilizaram pela situação crítica e pela vulnerabilidade daquelas pessoas. Isso não mudou o processo de trabalho deles, mas mudou as condições ambientais do local.*

Caso 13: *A Visa e o CRST fizeram ações em várias empresas daqui. Em algumas, houve mudança como Liang Gong, ginástica postural, exames periódicos e alguns trabalhadores até mudaram de setor de trabalho. Houve uma suspeita de intoxicação por chumbo em uma criança que manipulava resíduo de uma empresa, mas não conseguiram intervir nem confirmar o caso.*

Caso 14: *Quando o médico da equipe percebe aumento dos casos, como foi da empresa “Z”, nós discutimos o que fazer.*

Podemos dizer que o Centro de Saúde não realiza e também não desencadeia ou solicita a intervenção a outros níveis – Visa ou Cerest – baseado em dados epidemiológicos, seja porque não os registra, não os busca ou não os têm disponíveis. Quando ocorre alguma intervenção é baseada na sua “percepção” de problema, pela gravidade, ou pela vulnerabilidade social em alguns poucos casos ou ainda, por demanda do Cerest ou da Visa, que o Centro de Saúde acompanha. Esta situação nos leva à necessidade de discutir a utilidade dos sistemas formais de informação para desencadear as ações necessárias à diminuição ou eliminação de fatores nocivos à saúde.

Os sistemas de informação deveriam fornecer informações confiáveis para orientar a formulação de políticas de promoção, prevenção e assistência à saúde das populações (Cordeiro et al., 2005).

Os registros tradicionais da vigilância epidemiológica, como o SVE-2, devem se prestar a favorecer a identificação de situações de alerta; não há nada de sofisticado nisso. Apenas a constatação de que o registro parece não necessário para a unidade de saúde. Ainda mais se ele não é cobrado por ninguém. Nem pelo trabalhador acidentado ou doente. A definição de temas prioritários a serem trabalhados e de ações a serem desencadeadas poderia ser feita em espaços coletivos, como indica o Método da Roda proposto por Campos (2003), considerando os diferentes conhecimentos trazidos para o grupo, entre eles, a informação epidemiológica gerada no serviço de saúde.

Os profissionais entrevistados apresentaram a seguinte distribuição conforme a categoria profissional, com frequência em ordem decrescente: 18 enfermeiros (36,7%), 17 auxiliares de enfermagem (34,7%), 13 coordenadores de centro de saúde (26,6%) e 1 técnico de enfermagem (2,1%) (Tabela 3).

Tabela 3- Número e porcentagem dos entrevistados, segundo categoria profissional. Campinas - SP, 2006.

Categoria profissional	Número	Porcentagem
Enfermeiro	18	36,7
Auxiliar de enfermagem	18	36,7
Coordenador	12	24,5
Técnico de enfermagem	1	2,1
Total	49	100,0

Fonte: entrevistas nas UBS de Campinas

Sugestões apresentadas pelos entrevistados

Pudemos identificar nas entrevistas que os profissionais reconhecem as ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador como de responsabilidade das UBS, porém apontam necessidades que visam ao aprimoramento dessas ações. Apresentamos a seguir o relato sucinto de algumas sugestões nesse sentido, apresentadas pelos entrevistados. Algumas falas foram transcritas, com a intenção de transmitir um pouco da vida contida nas entrevistas.

1. Deve haver maior troca de informações entre as UBS e as VISAs, sobre as ações que são feitas nas suas áreas de abrangência. *“Descentralizou, mas precisa chegar mais perto!”*

2. *“O preenchimento da CAT é difícil. Mais profissionais deveriam se envolver com o preenchimento dos impressos para o atendimento dos acidentes.”*

3. A ocorrência de um acidente *“é um momento de fragilidade para o trabalhador e qualquer falha do serviço pode ter repercussões sérias para ele”*. A equipe da Unidade deveria acolher melhor o trabalhador acidentado e dar respostas ao que ele precisa.

4. A unidade precisa rever as ações de Saúde do trabalhador e o núcleo de Saúde Coletiva pode facilitar essa discussão. *“As reuniões do Núcleo de Saúde Coletiva poderiam ter como pauta as avaliações dos acidentes e programar a ida às empresas que têm mais acidentes, junto com a VISA, e fazer ações, palestras nas empresas.”*

5. *Depois da mudança de fluxo e dos papéis, ficamos com menos controle; o fluxo está confuso e se perdeu. Todos os funcionários deveriam ter treinamento para lidar com a CAT, com um fluxo estabelecido claramente.*

6. *Deveria haver intervenção na zona rural em casos de intoxicação por agrotóxico, de verminoses, sobre a qualidade da água, mas temos muita dificuldade. Não há investigação de doenças do trabalho. Quando fazíamos a carteira de saúde era possível fazer orientação sobre prevenção de acidentes e doenças do trabalho.*

7. O número de trabalhadores atendidos pelo Centro de Saúde supera o número de moradores; estamos fazendo um ensaio de um prontuário especial para esses trabalhadores que não são moradores, facilitando a identificação dos mesmos.

8. O Centro de Saúde deveria ser mais parceiro da VISA no acesso às empresas, conhecer os produtos que manipulam, que resíduos geram, os riscos que oferecem à população, para facilitar os diagnósticos e as conclusões dos casos.

Por esses relatos, podemos perceber que há problemas identificados e sugestões apontadas que vão na direção do estabelecimento de fluxos, rotinas e procedimentos, capacitação e envolvimento das equipes, aproximação das Visas e dos Centros de Saúde, organização e disseminação da informação e reorganização das ações de intervenção. E a qualidade das sugestões demonstram uma preocupação com o tema que reforça o acerto do esforço de descentralização que vem sendo implementado.

No decorrer das entrevistas pudemos perceber que já houve alguma sensibilização do profissional entrevistado para promover a melhora do registro de caráter epidemiológico, na unidade de saúde, de modo que permitisse ou facilitasse a unidade solicitar ou desencadear alguma intervenção necessária à diminuição ou eliminação dos possíveis riscos ao trabalhador.

Os Centros de Saúde poderiam ser considerados como “os olhos” do sistema de Vigilância da Saúde do Trabalhador, na medida em que, conhecedores da sua realidade local, do seu território, conseguem identificar problemas e desencadear ações diretamente pelas suas equipes ou acionar outros níveis do sistema – as Visas ou Cerest – para o desenvolvimento dessas ações. Podemos dizer que a primeira etapa das ações de Vigilância em Saúde – o conhecimento de um problema – pode ser cumprida pelo centro de saúde. Na sequência, as outras ações como a notificação, o registro, as medidas de intervenção e controle, a avaliação e a divulgação das informações poderão ser realizadas diretamente e integralmente pela unidade básica, se assim for definido, pactuado e se for possibilitada a estrutura necessária para a sua viabilização. A saúde do trabalhador presente em todos os níveis do SUS, de forma integral e hierarquizada.

Conforme nos mostra Merhy (1997), a equipe da unidade local, usando de criatividade e autonomia, pode interpretar a diretriz da descentralização e propor ou realizar mecanismos e processos de trabalho locais para melhor atender às necessidades da sua população de sua área de abrangência, buscando a integralidade da ação.

As diretrizes da SMS apontam na direção da descentralização da Vigilância em Saúde e da Vigilância da Saúde do Trabalhador para as Unidades Básicas e não colocam limites para isso. Portanto, é possível que as UBS realizem essas ações plenamente. De acordo com Campos (2003), as UBS são o *locus* privilegiado do sistema de saúde onde as ações devem acontecer de acordo com sua máxima capacidade e qualificação, de modo a aumentar a capacidade de resolver problemas individuais e coletivos de saúde, articulando ações de promoção, prevenção e a clínica ampliada

Contudo, não foi essa realidade que verificamos; o que observamos foi uma ação parcial das unidades. Não há dúvida em relação à responsabilidade da UBS em atender os acidentes de trabalho; já quanto às outras ações de vigilância além da notificação do acidente, essa mesma clareza não existe. Podemos dizer que a declaração de uma diretriz não foi suficiente para que ela fosse implantada. É necessário que a declaração seja acompanhada de medidas para sua implantação e acompanhamento (Merhy, 1997), o que parece não ter acontecido.

Para dar concretude à decisão haveria que se ter desencadeado medidas como o estabelecimento de um cronograma de capacitações para os coordenadores e técnicos das equipes e elaboração de materiais técnicos de suporte para a atuação das equipes. Ainda que essas coisas não tenham sido desencadeadas àquele tempo, poderiam ocorrer a partir de agora, como forma de resposta às várias sugestões que os profissionais apresentaram em uma demonstração de intenção de qualificar a atuação das suas unidades. Aliás, chama a atenção o fato de, nas sugestões apresentadas, não aparecer o assunto recurso/estrutura, bastante freqüente quando se trata de explicar porque uma ação não é realizada, ou quando se propõe a melhorar o trabalho que é feito. Assim, entendemos que a capacitação e os acordos para se estabelecer as responsabilidades, os papéis e os fluxos, na linha da educação permanente, pode ser um meio eficaz de qualificação dessas equipes para assumirem a vigilância da saúde do trabalhador.

Também devemos destacar que a pesquisa não incluiu a avaliação dos trabalhadores sobre a descentralização, mas optamos por um recorte que é a avaliação sob a ótica institucional. Essa opção deu-se em função de que no nível local, a representação dos trabalhadores não se dá de forma particularizada, mas pode acontecer através das representações e lideranças que têm assento no Conselho Local de Saúde, que é a instância representativa do controle social; e no Conselho Local não há cadeira exclusiva para trabalhadores. Portanto, não haveria possibilidade concreta de colher as opiniões de trabalhadores; a pesquisa abrangendo os trabalhadores necessitaria de um outro recorte e uma outra abordagem, o que não foi objeto desse estudo. E ainda, analisando o resultado de uma descentralização parcial para as UBS, a avaliação do que mudou na vida do trabalhador fica ainda mais prejudicada e, talvez, sem sentido nesse momento do estudo.

3.3 – A vivência das Visas, do Cerest e da Covisa: o desejo e a prática

Participaram das reuniões dos grupos focais 50 (cinquenta) profissionais do sistema de vigilância em saúde, sendo 09 (nove) da Covisa, 05 (cinco) do Cerest, 10 (dez) da Visa Norte, 06 (seis) da Visa Sul, 10 (dez) da Visa Leste, 06 (seis) da Visa Sudoeste e 04 (quatro) da Visa Noroeste.

Procurando analisar o conteúdo das discussões dos grupos focais de acordo com as categorias propostas, identificamos pontos que facilitaram e que dificultaram a descentralização da Vigilância da Saúde do Trabalhador, e faremos a transcrição de alguns trechos das falas dos participantes dos grupos, que possam exemplificar o conteúdo que estamos destacando. Possivelmente, esses trechos de falas também poderiam ser exemplos de outras categorias, porém fazemos uma opção por incluí-las naquele tópico ou categoria que entendemos haver maior clareza de expressão.

Como ações facilitadores desse processo, apontamos, primeiramente, que ele ocorreu em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, no contexto da ampliação da rede de saúde de Campinas. Esse processo se iniciou a partir de uma decisão da direção da Secretaria Municipal de Saúde, atendendo às deliberações da 5ª Conferência Municipal

de Saúde e também às várias recomendações feitas em documentos da área, que podem ser considerados como a expressão das diretrizes construídas ao longo de todos esses anos para esse tema. Também verificamos que esse movimento de descentralização ocorreu para outras áreas da Secretaria de Saúde, não só para a Vigilância da Saúde do Trabalhador. Nas colocações a seguir, que apareceram nos grupos focais, tem-se uma amostra de como o tema apareceu:

Então, eu acho que vejo a descentralização para ter um olhar mais amplo das outras Visas. Quando nós fomos para lá, para o centro de referência, era atendimento de acidente de trabalho do município inteiro, era muuuuita gente para ser atendida, parecia um INSS. Em 1995...96, [...], foi feita a descentralização de acidentes de trabalho para as unidades, foi feita a capacitação dos médicos, das unidades e isso...Pegou! Desafogou bastante, lá. Foi nessa linha.[...] o SUS tem essa linha, descentralizar as ações, acaba tudo sendo nessa linha também: que a vigilância de saúde do trabalhador fosse descentralizada.

É! Lógico, a nossa estrutura de saúde e de vigilância, ela vem nessa ótica da descentralização. Não que seja..., eu acho isso uma coisa positiva. A própria municipalização dos processos, da responsabilização do Estado, mas... a participação do Estado, nós somos um município com gestão plena em saúde, municipalizado!

Ouvindo as conferências municipais de saúde, antes da descentralização, ela já está pontuada nas duas últimas pelo menos, a descentralização na área de saúde do trabalhador. Eu acho que depois que foi feita a parte sanitária, a parte de fiscalização, foi tentado fazer, eu acho que tentado é modo de dizer, foi feito da parte de atendimento.

Podemos ver a coerência da decisão da descentralização com os documentos que a expressam. Está presente o fortalecimento do sistema municipal descentralizado, que valoriza a rede básica e coloca a descentralização da Vigilância em Saúde e da Vigilância da Saúde do Trabalhador para todas as unidades, como forma de ampliar a identificação, avaliação e intervenção nos riscos em ambientes de trabalho, como estratégia de aumento

da resolutividade e abrangência dos serviços, considerando a extensão territorial e o tamanho populacional do município como Campinas. Verificamos esse conteúdo das falas dos participantes dos grupos também em trechos dos documentos que dizem sobre “a incorporação das ações de vigilância por todas as unidades de atenção à saúde”, “modelo de atenção descentralizado, horizontalizado e hierarquizado intramunicípio” e, ainda, sobre a necessidade de revisão das atividades exercidas pelos Centros de Controle de Zoonoses e de Referência em Saúde do Trabalhador, em função da descentralização para as Visas e Centros de Saúde (Campinas, 1993; Campinas, 2001 b). Ainda nos documentos, ao abordar as atribuições das equipes de referência dos centros de saúde: “são as equipes locais de referência que realizarão as ações de saúde coletiva (vigilância epidemiológica, sanitária, da saúde do trabalhador, do meio ambiente, a educação em saúde)”; e do Núcleo de Saúde Coletiva: “identificar e intervir em situações de risco com relação à ocorrência de doenças (crônicas, transmissíveis pessoa a pessoa, transmissíveis por vetores, por agentes químicos, por animais peçonhentos), danos ao meio ambiente (contaminação da água, esgoto a céu aberto, deposição inadequada de resíduos urbanos, uso de agrotóxico, desmatamentos, fontes poluidoras) e à saúde do trabalhador (acidente de trabalho, ambientes insalubres, doenças ocupacionais)” (Campinas, 2001). E também ao relatar o planejamento do CEREST: “Dar continuidade ao plano de descentralização das ações de assistência para os Centros de Saúde”, incluídas aí as ações relativas ao preenchimento das CATs, a notificação e o encaminhamento desse documento previdenciário (Campinas, 1996, a).

As falas dos grupos também indicam a necessidade de descentralizar para reorganizar as atribuições do Cerest, diminuindo a sobrecarga de atendimento e, a partir daí, ele poder se ocupar melhor das ações de Vigilância – essa apontada nos documentos da Prefeitura Municipal de Campinas (Campinas, 1998; 2002 b; 2002 c; 2002 d) e por Medeiros (2001), como a sua principal atividade – e poder oferecer retaguarda e referência técnica e ser o aglutinador das informações epidemiológicas que pudessem subsidiar as ações.

Outro conteúdo que aparece é relativo aos papéis do Município e do Estado de São Paulo, na municipalização dos serviços e das ações de vigilância; a municipalização dos serviços, tanto na área da assistência à saúde quanto da vigilância e, posteriormente, a

assunção da modalidade de gestão plena, demandaram um arranjo interno da SMS, de maneira a respeitar a estrutura existente já organizada e a linha descentralizadora que o município adotara.

Outro facilitador foi a chegada, ainda que tardia, de infra-estrutura do tipo veículo, microcomputadores e outros equipamentos adquiridos com recursos provenientes da Renast e da vigilância em saúde, estipulados nos Planos de Ação e Metas dessa duas áreas da SMS. Esses recursos permitiram a realização de ações de vigilância da Saúde do Trabalhador, ampliando a capacidade de atuação das equipes distritais, e conseqüentemente, de todo o município.

Então, hoje, acho que a gente deu um saltinho de qualidade com a chegada de alguns computadores, a chegada do carro, acho que dá uma boa qualificada.[...] É, os equipamentos que vão fazer as medições necessárias, temperatura, o calor, a luminosidade, então hoje gente já tem...a gente consegue ser mais resolutivo nas nossas inspeções. Se se deparou com um problema grave, não está com o equipamento ali no automóvel, ele volta no período seguinte, na manhã seguinte, pra poder fazer as medições, que aí você tem mais...onde falar de fato que aquele problema está ocorrendo ou não. Não fica só no subjetivo de quem está indo fazer a inspeção. Então agora tem o equipamento que vai dimensionar aqueles valores que você estava sugerindo que estivessem em desacordo.

Nessa fala está claro o benefício ocorrido pela realização de investimento no provimento de equipamentos e materiais para as equipes distritais. Isto estava previsto nos documentos sob a forma: “Ampliar, integrar e otimizar a utilização dos recursos existentes” (Campinas, 1996, a; 1996 b).

Também é apontado o aumento do poder e da potência das equipes das Visas com a chegada dos técnicos com formação específica de saúde do trabalhador, aumentando a capacidade de intervenção pela mudança e ampliação do olhar dos técnicos já existentes sobre os riscos relacionados ao trabalho e a incorporação de novos conhecimentos específicos das outras áreas pelos técnicos e engenheiros de segurança do trabalho.

[...] pra a gente que tá, que já tava ali no nível regional, éh.. receber essa pessoas, pra gente foi um ganho, né, porque você qualifica as ações, éh..é um outro profissional trazendo as coisas de uma outra maneira, olhando por uma outra lente, né...Você só enriquece ali, a equipe. Você tem uma outra dinâmica no trabalho, você pode contar com outras pessoas pra poder decidir, você tem alguém que sabe daquele assunto. Então, embora a gente tenha falado, ao longo desses anos todos, que as pessoas que estão ali na equipe, elas devem saber o mínimo necessário, né, pra poder disparar uma ação de saúde do trabalhador, mas você precisa ter alguém que saiba mais, que seja o especialista, que saiba mais pra poder direcionar aquilo, não só na área de saúde do trabalhador, mas pra tudo.

(O profissional) veio do CRST e então passou a trabalhar em conjunto conosco em algumas ações, coisa que antes não acontecia. A gente vai a uma empresa e detecta qualquer problema na saúde do trabalhador e a gente pode, e tem (o profissional) que está junto conosco para acompanhar. A gente não precisa remeter isso a um outro setor e aguardar e ter uma vistoria ou uma avaliação separada. Você acaba trabalhando em conjunto e aprende também com eles. Uma outra visão [...] aprende esse olhar. Um olhar não tão técnico quanto o deles, mas você passa a ter um olhar um pouco mais crítico porque eles orientam. A gente vai, discute “olha, ví tal situação”, e você acaba olhando de uma maneira mais crítica para os locais onde você vai.

Nota-se que a incorporação de profissionais com formação específica em Saúde do Trabalhador favoreceu a necessária qualificação das equipes distritais de vigilância para atuação, conforme apontam os documentos da PMC (Campinas, 1996 a; 1996 b), ao mencionarem a capacitação das equipes e a integração da saúde do trabalhador com as demais áreas da vigilância.

Essa qualificação da equipe regional, além de aumentar a potência do trabalho realizado diretamente por elas, também aumenta a perspectiva da retaguarda a ser oferecida às Unidades Básicas pelas Visas.

A organização dos processos de trabalho de forma a permitir múltiplas entradas no sistema, com abordagens diferenciadas, permite ampliar a capacidade dos serviços de captar, compreender e responder às necessidades de saúde dos trabalhadores, como um grupo que tem necessidades específicas (Cecílio, 2001)

O trabalho integrado entre a vigilância ambiental em saúde e a saúde do trabalhador também é um potencializador das ações. Há vários pontos de interesse comuns entre essas áreas, o que facilita a aproximação delas. Os acidentes ambientais e as áreas contaminadas têm convocado as pessoas a trabalharem juntas. Os casos de contaminação ambiental no município de Campinas e na região que estão sendo investigados e acompanhados pelas equipes de Campinas são um exemplo disso e também possibilitaram maior visibilidade da capacidade técnica dos técnicos do Cerest. Esses casos também mostram maior possibilidade de contato dos técnicos com os usuários do SUS que exercem o controle social, através da sua participação nos conselhos municipal, distritais e locais de saúde.

Essa interação das ações de vigilância sobre o processo produtivo e sobre os riscos a que os trabalhadores, moradores e consumidores estão expostos, apresenta convergência na direção do aumento da consciência ecológica (Oddone, 1986; Lacaz, 1997; Câmara, 2003).

Tem esse facilitador: a gente tenta trabalhar misturado. Agora, quanto ao processo de trabalho tem uma experiência que tem dado bem certo que e que reflete a história da vigilância ambiental e da saúde do trabalhador [...]que é um projeto no distrito industrial de empresas pequenas, que tem um técnico lá, onde também tem dengue. Tem um projeto especial construído na prática.

Eu tenho uma visão que é o seguinte, não sei se vocês concordam comigo, mas acho que a gente foi chamado, por exemplo, a atuar em questões que, tanto em Campinas, quanto fora, que, de uma complexidade que a gente não está, talvez acostumado, que é a questão ambiental de áreas contaminadas impactando a saúde de populações, inclusive de trabalhadores. Eu acho que nestes últimos dois, três anos, a gente tem também dedicado um esforço muito

grande da equipe, também pra tentar aprender o que que é isso, essa interface. Ajudar na construção dessa área. [...] O que que era saúde ambiental com interface em saúde do trabalho? É novo, então, isso não só do município de Campinas. O principal é Paulínia. Que é caso Shell é um deles. A gente está enfrentando! É isso!

A atuação em vigilância ambiental em saúde estava prevista na documentação da SMS (Campinas, 2001); contudo, a atuação conjunta ocorreu principalmente pela força dos fatos reais, que impulsionaram as duas áreas a se aproximarem, pois nenhuma delas tinha conhecimento prévio e suficiente para enfrentar uma problemática tão complexa como essa. Esse foi um avanço que os documentos não previram.

O trabalho conjunto dessas duas áreas também favoreceu a aproximação intra e entre as equipes das Visas, do Cerest e da Covisa, além de abrir espaço para a participação e controle social.

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

O primeiro deles é relativo à preparação para a implantação dessa diretriz. Os relatos indicam que não ocorreu planejamento adequado de questões centrais para a implantação de um projeto, como aquelas relativas à infra-estrutura de matérias e pessoal necessária, a clareza dos papéis e atribuições de cada nível no sistema de vigilância à saúde e, ainda, dos fluxos e relações que deveriam se estabelecer entre eles.

Então, vamos ver no começo que não houve a preparação dos técnicos das Visas pra entender o que seria a saúde do trabalhador[...]. Acho que nem foram capacitados no que é vigilância em saúde... Por isso que veio a fala de [...] que 'cada um faz o seu'. Então o técnico de alimentos vai fazer a área de alimentos, o veterinário vai fazer a partinha dele, não é? Então não houve uma orientação, uma capacitação do que seria o macro pra lidar com vigilância em saúde. Do técnico de saúde do trabalhador que foi descentralizado, que eu falei, não é? Que também não foi capacitado...

Tudo estava descentralizando.... até o que não dava, descentralizaram. A idéia é que tem o mesmo comportamento do nível central, tem recursos, objetivos e estrutura, para os outros níveis. Você não pode descentralizar alguma coisa, arrancar as pernas para cá e mandar os braços de alguém pra lá. Tem que mandar o corpo inteiro, senão, não funciona. Tem que ser bem feito.

[...] você descentraliza, mas pra isso você precisa ter estrutura. O que acontece com esta descentralização é que a gente não tem estrutura. Estrutura em número de técnicos e em capacitação.

A falta da preparação para a implantação da diretriz da descentralização foi decisiva nos resultados. Os principais atores não foram envolvidos nesse processo. As estratégias não foram acordadas e preparadas com os implicados.

A gestão estratégica da implantação de qualquer projeto no campo da saúde deve partir da compreensão de que há diferentes interesses em disputa e que a construção de novas racionalidades institucionais e da subjetividade é realizada por sujeitos (Merhy, 1995).

Poderíamos usar uma comparação para representar essa situação: o jogo não foi combinado com os jogadores; somente alguns dirigentes do time sabiam, mas não combinaram com seus jogadores. Esse, talvez, tenha sido um erro fatal, pois criou ruídos entre as equipes dos diferentes níveis da SMS, estranhamento à proposta e à forma, abriu espaço para as disputas de projetos e, inevitavelmente, gerou atraso no processo de implantação da diretriz.

Um dos aspectos abordados com bastante ênfase nos grupos foi a falta de participação dos trabalhadores das áreas de vigilância à saúde e da saúde do trabalhador nas discussões para a elaboração e implantação desse processo, comprometendo o resultado dessa implantação. Embora haja concordância com os princípios e diretrizes, há um grande questionamento na forma como foi feita a implantação, mostrando uma contradição entre o componente democrático implícito nos princípios do SUS e as relações pouco democráticas que se estabeleceram na sua implantação.

Era a sensação de um susto na verdade, foi um susto. E a estratégia era de descentralizar, era... enviar RH pras Visas e daí, já dentro dando minha opinião, isso foi um tiro no pé. É uma estratégia você descentralizar pessoas? É, tudo bem, só que assim, ficou na verdade um vazio, porque se não me engano, nem as Visas, a gente não tinha conseguido nem fazer uma discussão com as Visas pra, olha a gente vai estar recebendo estas pessoas e tal. Foi um susto, foi assim uma bomba.

[...] O controle social é mais um que eu gostaria de colocar, que não foi, vamos chamar, capacitado ou orientado com relação a descentralização de vigilância em saúde do trabalhador.

Isso foi um dos motivos que deixou a gente muito chateada na época da descentralização, porque era um pouco tumultuado... a maneira como foi conduzida essa descentralização, chocou muita gente, a princípio.[...] E quando veio para nós a descentralização, não veio assim, no sentido de que nós estudássemos, pensássemos.... ela veio assim: vai ser descentralizado a partir de X mês, X dia. Não teve uma conversa antes. [...]. Foi a maneira como foi conduzido que deixou a gente chateado.

O marco da descentralização é o ano de 2001. E as marcas são de muita dor. Os grupos verbalizam o sofrimento dos técnicos descentralizados, daqueles que não foram ouvidos, daqueles que receberam novos colegas sem saber das suas novas funções, atribuições, das novas relações e dos fluxos que se estabeleceriam, e das negociações e disputas de projetos de descentralização. Nesse mesmo período, ocorria um grande movimento de valorização da rede básica e isso significou uma insuficiência e, nesse caso da saúde do trabalhador, talvez ausência de discussão de temas que eram relativos às unidades especializadas ou serviços de referência. Os grupos trouxeram falas que indicam movimentos de conquista de espaço de cada grupo, cada segmento, às vezes, em disputa entre eles, com entendimentos divergentes sobre o processo e as atribuições e responsabilidades de cada nível, influenciando negativamente na construção de um projeto coletivo de descentralização. A falta de clareza dos papéis e fluxos entre os serviços era resolvida nas relações interpessoais que se estabeleceram entre os técnicos.

Acho que foi a ...a primeira grande ação aí...na gestão passada, 2001, a primeira grande ação da vigilância, foi fazer esse processo da descentralização...sofrida prá muitos, né...quem tava no nível central...vamos dizer assim, quem estava no CRST, pras pessoas que tiveram que se deslocar, escolher os distritos onde iriam trabalhar, pra eles, acredito que tenha sido muito sofrido esse processo todo...pra se acostumar com seu novo local de trabalho, com o novo colega,...mudou a chefia, mudou o jeito de trabalhar, agora você não olha só pra questão de saúde do trabalhador, você vai ter...o seu...o seu....seu olhar tá num outro leque, num outro foco, né....você vai abrir o leque de conhecimento, de poder contribuir , aí, com outras áreas da vigilância e não só aquela de saúde do trabalhador, né...

[...]a gente não conseguia fazer essa discussão com a Visa porque havia disputa de espaço, de poder.

Eu acho que a descentralização ali aconteceu de uma forma sempre atropelada, não sei se toda a complexidade da rede esteve de acordo com as ações que foram pensadas e descentralizadas e por outro lado é uma rede que não quer trabalhar com grupos centralizados e verticais. Acho que é sempre um conflito e a gente, durante esse tempo todo vem lidando com isso.

Essa questão da definição de papéis, do CRST, Vigilância e da Saúde do Trabalhador, CSSST, lá, o Serviço Médico, acho que é urgente a gente discutir um pouquinho, até onde nós vamos, qual o papel deles, porque, assim...A gente tem toda a atribuição, clara, né, com o setor regulado, mas e para dentro da nossa casa, mesmo, o que é que a gente faz? A gente só cruza os braços e vê a coisa acontecer?[...] acho que a Prefeitura de Campinas tinha que cuidar, porque é uma coisa muito largada, mesmo. O cuidado com o nosso trabalhador.

Podemos sentir a indignação presente nesses relatos, que mostram a incoerência da proposta e a forma como ela foi aplicada, excluindo a participação de trabalhadores da saúde, das representações sindicais e até de alguns gestores. Conforme indica Campos (2003), a gestão desse processo precisaria ter envolvido essas pessoas e grupos a fim de obter a participação e a adesão a ele, aumentar a capacidade de análise do grupo e com isso, construir, de forma compartilhada, um projeto que seria tomado por todos esses sujeitos,

como seu. Assim, podemos dizer que há um contra-senso, pois uma diretriz como a descentralização está carregada do princípio da democratização dos serviços e das decisões, e, no entanto, o que se percebe, é uma forma não democrática de implantá-la, passando uma mensagem ambivalente aos trabalhadores.

A falta de recursos materiais à época do início da descentralização – o ano de 2001 – também foi apontado como dificuldade à implantação da descentralização, na medida em que seriam as condições de infra-estrutura básicas e necessárias para seu desenvolvimento.

Na época não tinha nem os equipamentos. Quando a gente fala em infra-estrutura, é isso: teria que ter os equipamentos para mostrar em cada distrito. Ficou centralizado e tinha que agendar/buscar os equipamentos, lá, para fazer vistoria.

[...] e o lugar pra onde mandaram não tinha nem uma mesa, não tinha nem onde sentar, nem computador e a dificuldade nossa era real também. Dos outros núcleos também. Era um computador que todo mundo usava. E antes no centro de referência de saúde do trabalhador tinha três computadores. E ficou aquela coisa, a teoria era muito bacana, mais na prática... foi difícil!

A ausência de um sistema de informação que contemple as necessidades da vigilância em saúde do trabalhador é apontada pelos grupos como um ponto de grande importância. Medeiros (2001) já chamava à atenção para as dificuldades na manutenção da qualidade da informação em razão da descentralização do atendimento dos acidentes de trabalho par as UBS. Cada uma das equipes de Visas registra as informações provenientes das CAT de um modo próprio, desenvolvido por seus técnicos, sem homogeneidade nem vinculação entre elas, o Cerest e a Covisa. Não há informação do município como um todo sobre as ações de vigilância em saúde do trabalhador, para orientar ou re-orientar essas ações, de modo que as informações consistentes sobre a caracterização e distribuição dos acidentes possam fundamentar a formulação e a implantação de políticas públicas para o enfrentamento dessa questão, da forma como aponta Cordeiro et al. (2005).

Houve a iniciativa de elaboração de um programa de informática próprio, o Sistema de Vigilância à Saúde do Trabalhador – Visatra, desenvolvido no município, que pretendia abordar de forma integrada aspectos do atendimento médico do trabalhador, do ambiente de trabalho e das ações desencadeadas, questões tradicionalmente abordadas e registradas de maneira fragmentada por sistemas de informação específicos de vigilância epidemiológica, sanitária e de assistência à saúde. O módulo de notificação dos agravos foi desenvolvido e chegou a ser testado em um estudo piloto em cinco unidades básicas durante dez meses, com uma avaliação preliminar feita pelos técnicos que participaram do piloto, como satisfatória. Porém, o desenvolvimento do sistema não progrediu e ele não foi implantado, pois houve uma decisão – diga-se, conflituosa entre Covisa, Visas e Cerest – de não adotar um sistema paralelo ao oficial que o Ministério da Saúde deveria implantar no final de 2005, que era o Sinan-NET, uma versão disponível na rede web, com a inclusão de dez agravos relacionados ao trabalho, com a possibilidade de notificação de trabalhadores do mercado informal (Campinas, 2006 a).

Há outras experiências, como o exemplo do município de Piracicaba, que implantou o Sistema de Vigilância de Acidente de Trabalho – Sivat, independentemente da proposta do Ministério da Saúde. Esse sistema possui as seguintes características: é alimentado pelas informações colhidas no local do atendimento do acidentado, tem abrangência universal, pois compreende todos os acidentes independentemente do vínculo empregatício do trabalhador, as ações de vigilância são desencadeadas a partir de eventos sentinela e utiliza-se a análise espacial dos dados de acidentes para facilitar a identificação de áreas geográficas prioritárias para a elaboração de estratégias de prevenção (Cordeiro et al., 2005).

É importante frisar que o Sinan-NET, ainda em 2007, não está plenamente implantado na rede de saúde, mas encontra-se em fase de ajustes. Além disso, esse sistema não privilegia as informações do ponto de vista das ações vigilância à saúde do trabalhador, como a geração de relatórios de empresas ou de ações realizadas. Contudo, a utilização de dois sistemas de informação pareceu inviável, fazendo com que se optasse por um sistema em função da exigência do Ministério da Saúde, ainda que ele não seja o mais adequado às necessidades do município.

O Visatra, é uma pena que não tenha dado certo, porque é uma ferramenta maravilhosa, porque ela registra todos os trabalhadores. A CAT só registra quem tem carteira assinada e a gente sabe que hoje em dia, a minoria tem carteira assinada. O Visatra foi uma experiência muito legal; uma pena que não tenha ido pra frente.

Dentro da questão da informação, nós não conseguimos integrar as informações. Se na saúde do trabalhador não conseguimos construir um ponto de equilíbrio, quando se fala em sistema de informação, piora, porque o desencontro é quase total. Fizemos inúmeras tentativas de integrar com o que já tinha e a coisa não rolou. Não rolou não só no município, nem no Estado, nem na União. Quando a gente vai fazer o Pacto da Vigilância, o fato de não aparecer nenhum indicador da saúde do trabalhador, é um reflexo de um jeito de fazer a política de saúde do trabalhador no país. Isso é um obstáculo; podemos ter umas coisas para resolver, experimentais, mas é um ponto que estamos longe de atingir, porque extrapola a esfera municipal. Para o sistema de vigilância, as informações de saúde do trabalhador não fazem parte da nossa vida.

Aí é essa reorganização da saúde do trabalhador no município, dentro da descentralização. Se não cuidar da informação, vai ficar solto. Faz um projeto aqui, ...(um profissional) fez outro,.... na (Visa X) não sei se fizeram... na (Visa Y) fez alguma coisa, também, mas não ficamos sabendo....

A complexidade do desenho institucional da Secretaria de Saúde agrega uma dificuldade maior na gestão de um tema transversal. A Secretaria de Saúde gerencia sua rede de serviços através dos cinco Distritos de Saúde, vinculados ao Departamento de Saúde. As equipes distritais de Vigilância em Saúde estão ligadas administrativamente aos Distritos de Saúde e tecnicamente à Covisa. O Cerest está vinculado ao Departamento de Saúde, mas tem assento no Colegiado de Vigilância, órgão de gestão do sistema municipal de Vigilância em Saúde. Este desenho institucional de um sistema descentralizado também exige maior complexidade do modelo de gestão. As Visas, na prática, respondem a dois comandos e ainda se relacionam com serviços de referência de Saúde do Trabalhador, Controle de Zoonoses, DST/Aids, que não têm ascendência direta sobre elas, mas são

responsáveis pela implantação de uma política municipal, cada um na sua área temática, que deve guardar alguma homogeneidade no município todo. Esse quadro leva à dubiedade quanto à coordenação das ações de vigilância em saúde do trabalhador entre o Cerest e a Covisa, e também na relação hierárquica entre esses dois órgãos e as Visas, e também com as UBS, gerando mal-entendidos, duplicidades, conflitos e distanciamento. Esta dubiedade também é reforçada pela maneira como o Ministério da Saúde organizou até muito recentemente sua estrutura de Saúde do Trabalhador (Cosat) ligada apenas à área da Assistência, de maneira desvinculada da Vigilância da Saúde, além da separação da vigilância sanitária, na estrutura da Anvisa, conforme aponta Vilela (2005). O fato de ter havido em 2007 a mudança da Cosat para a Secretaria de Vigilância em Saúde pode facilitar as relações entre essas duas áreas, mas não garantirá a também necessária integração com a área da assistência.

[...] nas pactuações que fazemos como Estado e com o Ministério, a saúde do trabalhador no restante do sistema está completamente separado, o indicador não está dentro. Não está dentro do sistema de vigilância. No ministério, temos a Anvisa separada do sistema, da Secretaria de Vigilância em Saúde, mas ela é forte porque aparece e tem como assumi-la, porque hoje tem uma estrutura de vigilância sanitária [...]. A saúde do trabalhador não. A saúde do trabalhador está lá no ministério, numa outra secretaria que eu nem sei qual! (Secretaria da Assistência) e isso interfere na forma na qual você trabalha e não aparece nos indicadores. Contando o nosso espaço institucional que pode dificultar. Na gestão passada quando a gente incluiu a saúde do trabalhador no colegiado, onde ainda está incluso, ainda ficava com dois assentos, vigilância e departamento e o pessoal do centro de referência reclamava de ter dois assentos. Mas, também tinha um facilitador que era que o centro de referência estava vinculado ao distrito e hoje está ao departamento de saúde. E o fato de que ninguém na Covisa puxa esse assunto, empobrece a discussão da Covisa como um todo na saúde do trabalhador.

Se a gente fosse pensar em sistema de vigilância, mesmo a referência sendo o CRST, deveria conseguir, em algum momento, juntar todo mundo, pra gente entender como está fluindo este sistema, não é verdade?

[...] se nós temos um sistema de vigilância que é hierarquizado e lá na Covisa a gente tem referência pra sanitária, pra epidemiológica, pra ambiental, então a Covisa, isso é papel da Covisa também articular, porque ela é a Coordenadoria da Vigilâncias em Saúde e de Vigilância em Saúde compreende a saúde do trabalhador. Então a saúde do trabalhador tem que se inserir neste contexto sim!

Fica evidente a necessidade de clarear os papéis, fluxos e a relação que deve existir entre esses serviços do sistema de saúde, tanto para melhorar a operação do cotidiano desses serviços, quanto poder influenciar positivamente na agenda de prioridades do município, por ocasião das discussões das pactuações que se estabelecem com a Secretaria de Estado da Saúde e com o Ministério da Saúde.

É necessária a compatibilização das atribuições do Cerest, como articulador da política de saúde do trabalhador, com as estruturas já existentes do sistema de vigilância e de assistência à saúde (Brasil, 2005 a).

Portanto, mais do que estruturas e desenhos institucionais é preciso desenvolver processos de trabalho que dêem conta da complexidade desse campo.

O conflito capital-trabalho é destacado como inerente ao tema da Saúde do Trabalhador. Da mesma forma como nos mostra Machado (1997), os conflitos presentes podem atingir empresas que ofereçam apoio político aos governos e, somando-se à crise financeira do setor saúde e às dificuldades em obter pessoal técnico qualificado, esse pode ser um fator para que esse tema não esteja colocado entre as prioridades e de dificuldade para que os gestores e os profissionais de saúde queiram assumir as atividades relacionadas a ele, fazendo com que a implantação da descentralização não seja plenamente satisfatória.

A saúde do trabalhador está lidando com a exploração do capital que temos sobre aquelas pessoas. Sempre falo isso: se existem doenças que têm a ver com as condições da natureza, da genética e não se tem controle sobre seu aparecimento, as doenças do trabalho, acidente de trabalho, são causadas pelo homem, pela sociedade! Eles não são uma coisa que vem da natureza, que a gente não consiga controlar. E a gente lida com isso diretamente. Isso vai chegar numa coisa que tem a ver com o componente ideológico. Acho que pega muito forte aí

a questão ideológica. Por isso que a gente também acaba tendo muita dificuldade em convencer os profissionais de saúde para olhar para essa questão. Desde que eu estou aqui, pelo menos, pelo que eu vejo e pelo que se conta, o Centro de Referência em Campinas sempre teve esse olhar para a descentralização, mas, mesmo assim, sempre foi visto como uma ilha isolada do resto. Não basta olhar da saúde pública geral. Acho que é fundamental ter um foco específico para os riscos para a saúde presentes no trabalho. Mas, pra isso, é necessário um outro olhar, um olhar que reconhece que existe uma exploração do capital sobre o trabalho que pode comprometer a saúde dos trabalhadores.

Esse trecho de uma fala é um exemplo da sensibilidade presente entre os técnicos que atuam nessa área e da sua qualificação. Conhecem a realidade em que estão trabalhando, a importância das relações de produção como determinante do processo saúde-doença, e também têm a dimensão das limitações que os profissionais de saúde têm para enfrentar essa questão do adoecimento pelo trabalho. É uma demonstração da necessidade de apoio que os técnicos que estão em campo têm para enfrentarem os conflitos existentes e desenvolverem plenamente suas atribuições. Também aponta para o fato de que a saúde do trabalhador é uma área que demanda uma atuação intersetorial, em especial de áreas jurídicas que podem fazer valer a legislação atual e até identificar necessidades de aperfeiçoamentos.

Identifica-se, por meio do presente trabalho, a carência de propostas teóricas que abordem essas necessidades. A saúde do trabalhador carece de formulação que articule a assistência, a vigilância, o poder de fiscalização do estado e o respeito às diretrizes do movimento dos trabalhadores.

[...]antes de descentralizar você tem uma construção teórica, metodológica do que é fazer e acho que, assim, Campina,s com uma experiência assim meio nova em relação a ter ação direta, com cara própria, nós temos desde de 91. Tem a legislação geral, assumiu a vigilância do Estado, então, na linha do SUS e quando, a partir já de 94,[...] a gente começou a sair, eu nunca tinha feito vigilância e com engenheiros de segurança, [...] e técnico de segurança. Na realidade, a gente foi tentando aprender fazendo, não é? A gente não tinha

muita... o que era fazer? Porque assim, tanto na vigilância de saúde ambiental, quanto de saúde do trabalhador são propostas novas no SUS. Não é setor regulado de vigilância sanitária clássica. Não é!

Há uma concordância, por parte dos gestores e trabalhadores da saúde ouvidos, com a diretriz da descentralização da vigilância da saúde do Trabalhador. Embora não haja divergência quanto à diretriz, algumas falas trazem a idéia da disputa de diferentes projetos políticos. E também aparecem críticas em relação à forma como essa diretriz foi implantada.

Consideramos que a falta do planejamento prévio, de modo a proporcionar a participação dos gestores, dos trabalhadores da saúde e dos sindicatos dos trabalhadores tenha sido fator determinante dos problemas apontados, especialmente aqueles relativos a fluxos, papéis, atribuições e estrutura. Esta é uma evidência de que uma diretriz não se implanta por si só, mas é necessário que haja movimentos de suporte e acompanhamento da sua implantação, como aponta Merhy (1997). A legitimidade da diretriz não se basta. Precisa de pactuação de todas as etapas e das ações para a sua implantação efetiva, abrir espaço para as contribuições de quem efetivamente vai vivenciar o processo de descentralização na ponta do sistema.

Quando se analisa a forma como foi implantada a descentralização do atendimento dos acidentes de trabalho para as UBS, verificamos uma diferença significativa do que aconteceu com a descentralização da vigilância: houve produção de manuais, estabelecimento de fluxos e competências, treinamentos e, sobretudo, acompanhamento por parte da equipe do Cerest de todas as Visas e UBS. Assim, podemos dizer que, embora com problemas na sua execução, não há dúvida quanto à responsabilidade do centro de saúde em atender e dar os encaminhamentos para esses trabalhadores. No caso de desencadear outras ações de vigilância para além da notificação, isso já não é claro.

Também verificamos que o trabalhador do mercado informal não recebe ações para seu problema relacionado ao trabalho, além do atendimento individual à sua queixa. Assim, um grupo social permanece excluído também pelos serviços de saúde, sem

conseguir participar das disputas por recursos de atenção às suas necessidades. A UBS poderia aproveitar esse espaço da atenção individual para reconhecer e, buscando a integralidade, atender às necessidades de grupos específicos que se expressam singularmente, segundo Cecílio (2001). Acrescente-se a isso o fato de que, conforme nos dizem Minayo-Gomez e Lacaz (2005), há carência de formulações teóricas que abordem o problema dos trabalhadores do mercado informal de trabalho na sua complexidade apresentada na atualidade.

Aqui vemos uma cisão entre assistência e vigilância: não seria o atendimento ao trabalhador uma primeira etapa do processo de vigilância sobre a sua saúde? Por que, então, essa primeira etapa não progride para as seguintes, que dariam conta de provocar mudanças naquela realidade dos ambientes de trabalho?

Vários autores (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Teixeira et al., 2002; Minayo-Gomez e Lacaz, 2005) indicam essa direção: Assistência e Vigilância deveriam andar juntas! À época da descentralização do atendimento dos acidentes de trabalho para as UBS já era apontada como necessária a descentralização da intervenção em ambientes de trabalho, como práticas indissociáveis, segundo Medeiros (2001).

A dissociação das práticas de saúde pública e da assistência presente nos serviços de saúde não atende ao princípio da integralidade na atenção ampliada às necessidades de saúde dos trabalhadores (Mattos, 2001).

Essa fragmentação artificial que verificamos entre assistência e vigilância pode ter sido reforçada pela cristalização de concepções existentes, presentes à época da instituição dos centros de referência de saúde do trabalhador no país, que estabelecia para esses centros a atribuição de executar as ações da vigilância da saúde do trabalhador, e, desta forma, podendo ter desobrigado os centros de saúde dessa atuação de saúde coletiva e contribuído para o distanciamento dos centros de referência da rede básica de saúde (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

A compreensão de que a pessoa – no caso, o trabalhador – com suas múltiplas necessidades de saúde é o foco e a razão de ser de cada serviço de saúde parece estar comprometida e, por conseguinte, a integralidade da atenção também. O que prevalece é a oferta de ações com práticas fragmentadas e cristalizadas e organizadas de acordo as rotinas tradicionais de cada serviço, sem buscar a construção de redes efetivas de serviços que possam dar, em conjunto, respostas mais adequadas (Cecílio, 2001).

Ainda abordando esse ponto da fragmentação, podemos reforçar que a integração das diferentes áreas da Vigilância e da Assistência só se dará através dos serviços que se propõem a atuarem efetivamente, pois o que de fato promove a integração não são as estruturas organizacionais, mas os problemas reais. As estruturas facilitam ou atrapalham, mas o que impulsiona, faz sair do lugar, são as coisas da vida real. Os exemplos das contaminações ambientais dizem isso. A construção de processos articulados de intervenção, envolvendo inclusive outras estratégias adequadas para minimizar esse tipo de problema.

Deve ser tarefa dos gestores ouvir e tentar entender esses ruídos e, segundo aponta Machado (2005), buscar a cooperação de todos, envolvendo inclusive instituições além da saúde, para que a execução da missão possa ser viabilizada a partir de casos concretos de interesse comum.

Verificamos que há pontos identificados como dificultadores e que são atribuídos às relações interpessoais. Podemos supor que o fator das relações interpessoais assume uma dimensão maior devido à falta de clareza quanto aos papéis e atribuições dos diferentes atores envolvidos nesse processo. Ou seja, há um ruído querendo dizer que o processo de trabalho está com problemas: os fluxos estão se estabelecendo com base nas relações pessoais, quando deveriam estar definidos por meio das normas e acordos que se firmam claramente entre os envolvidos. A utilização de ferramentas de planejamento poderia ter sido uma estratégia institucional.

Nesse sentido, os ruídos, aparentemente de cunho negativo, se tomados como dispositivos analisadores da situação, podem provocar novos processos no campo da subjetividade dos espaços de autogoverno do trabalho vivo em ato (Merhy, 1997).

Os resultados deste estudo apontam no sentido do fortalecimento da municipalização das ações de saúde, considerando a unidade básica como a base territorial de referência, do encontro de desenhos e estruturas institucionais compatíveis com a realidade local, para o atendimento das necessidades de saúde dos trabalhadores.

É possível e há espaço de construção de modelos de atenção à saúde dos trabalhadores que contemplem as ações de vigilância, de forma descentralizada.

Machado (1997) também aponta que a implantação das ações de vigilância da saúde do trabalhador deve ter uma forte base territorial, em consonância com o modelo dos distritos sanitários.

O grau da descentralização que se pretendeu e se pode atingir deve ser pactuado, respeitando as condições locais, sem perder a imagem objetivo da unidade básica realizando tudo o que for possível na sua área de abrangência. Essas coisas precisam ser construídas e pactuadas. A exemplo do que aconteceu para o atendimento do acidente de trabalho, ainda que haja aspectos a serem aprimorados, como aqueles relativos ao estabelecimento de fluxos, rotinas e procedimentos, capacitação e envolvimento das equipes, aproximação das Visas e dos Centros de Saúde, organização e disseminação da informação e reorganização das ações de intervenção, houve uma decisão, uma pactuação e a seguir, foi implantado com veemência, cuidado e suporte técnico para os centros de saúde.

Desta forma, a busca da integralidade ampliada das ações em rede é um ideal a ser atingido, que precisa ser construído conforme nos falam Cecílio (2001) e Mattos (2001).

Quanto à descentralização para as Visas, identificamos uma semelhança no processo vivido pelos técnicos descentralizados e os que ficaram no nível central do sistema – Covisa e Cerest – quanto às incertezas da mudança, à talvez aparente perda de *status*, à perda de poder, que são coisas que não podem ser ignoradas em um processo deste tipo, pois terão influência sobre ele.

Parece-nos que as correções de rumo a ajustes no processo sejam mais próximas de serem feitas, desde que se estabeleça novo contrato de forma mais clara entre os diferentes níveis do sistema, de forma a não persistir essa dubiedade de papéis e atribuições, destacando as definições claras entre Cerest e Covisa.



4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatou-se o processo ocorrido da descentralização da Vigilância em Saúde e da Vigilância da Saúde do Trabalhador em Campinas, destacando-se aspectos históricos e do contexto. Esses dois processos, relacionados entre si, foram definidos de acordo com as opções políticas do momento vivido e sob forte determinação de implantação dos princípios e diretrizes do SUS.

Foram definidos, como indicadores de avaliação da descentralização, o número de acidentes e doenças do trabalho registrados no SVE-2 das unidades, os percentuais desses trabalhadores segundo o seu vínculo formal ou informal ao mercado de trabalho e, se a partir desses problemas de saúde relacionados ao trabalho, as Unidades Básicas desencadearam ou realizaram ações de vigilância em saúde no local de trabalho, e ainda, se essas intervenções provocaram mudanças no processo de trabalho e no meio ambiente.

Este trabalho reforça o fato de que as Unidades Básicas de Saúde realizam o atendimento de trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho. Porém, quando se trata de doenças relacionadas ao trabalho, o atendimento é em número menor ou não se busca a relação causal.

Quanto ao registro desses agravos nas UBS, realiza-se de maneira burocrática, sem privilegiar o caráter epidemiológico, que possibilitasse as ações de intervenção. Estas, quando acontecem, são desencadeadas pela sensibilidade dos profissionais de saúde ao problema e não motivadas pelo registro.

O trabalhador sem vínculo formal com mercado de trabalho está à margem também da abordagem que a rede de saúde tem. Ele não recebe nenhuma ação específica de vigilância para seu problema. O que, reconhecidas as limitações de legislação, contraria o princípio da integralidade da atenção, que se concretiza na atenção das necessidades dos indivíduos.

A descentralização do atendimento do acidente de trabalho para as UBS foi acompanhada de medidas para a sua efetivação; porém, há necessidade de constante acompanhamento e reforço das decisões e orientações e suporte técnico.

Os resultados também nos mostram que houve aspectos que facilitaram a descentralização da Vigilância da Saúde do Trabalhador para as Visas e outros que a dificultaram.

Os aspectos facilitadores do processo foram:

- ✓ A descentralização ocorreu em consonância com os princípios do SUS; era apontada nos documentos da SMS e atendia à deliberação da Conferência Municipal;
- ✓ O provimento, ainda que posterior, de infra-estrutura permitiu a qualificação do trabalho das equipes descentralizadas para o distrito de saúde;
- ✓ A chegada de técnicos nas Visas, com formação específica em Saúde do trabalhador, aumentou a qualificação da equipe para atuar na área de Saúde do Trabalhador e nas demais áreas da Vigilância em Saúde;
- ✓ O trabalho integrado com a Vigilância em Saúde Ambiental potencializou o trabalho de ambas as áreas e proporcionou maior participação comunitária.

Como aspectos que dificultaram o processo, temos:

- ✓ A descentralização foi implantada sem a devida preparação e planejamento de questões centrais como pessoal necessário, a infra-estrutura, a clareza dos papéis e atribuições de cada nível no sistema de vigilância à saúde e, ainda, dos fluxos e relações que deveriam se estabelecer entre eles;
- ✓ Não houve participação dos trabalhadores da saúde e de representantes dos sindicatos na elaboração, na pactuação das regras, atribuições, fluxos e na implantação do processo de descentralização;
- ✓ A falta de recursos materiais à época do início da descentralização, na medida em que seriam as condições de infra-estrutura básicas e necessárias para seu desenvolvimento;

- ✓ A ausência de um sistema de informação que contemplasse as necessidades da vigilância em saúde do trabalhador para orientar ou reorientar as ações;
- ✓ A complexidade do desenho institucional da Secretaria de Saúde agrega uma dificuldade maior na gestão de um tema transversal, levando à dubiedade quanto à coordenação das ações de vigilância em saúde do trabalhador entre o Cerest e a Covisa, e também na relação hierárquica entre esses dois órgãos e as Visas, e também com as UBS, gerando mal-entendidos, duplicidades, conflitos e distanciamento;
- ✓ O conflito capital-trabalho, inerente à saúde do trabalhador, pode ser um fator para que esse tema não esteja colocado entre as prioridades e de dificuldade para que os gestores e os profissionais de saúde queiram assumir as atividades relacionadas a ele;
- ✓ A saúde do trabalhador carece de discussão democratizada sobre a formulação teórica que articule a assistência, a vigilância, o poder de fiscalização do estado e o respeito às diretrizes do movimento dos trabalhadores.

Este trabalho permite-nos concluir que há evidências de aspectos de descentralização efetiva de algumas ações, como o atendimento dos trabalhadores nos centros de saúde, a ampliação da capacidade de atuação das Visas e a integração com a vigilância ambiental em saúde.

Porém, após seis anos de iniciado o processo, ainda precisam ser aperfeiçoadas questões importantes relativas à gestão dos sistemas locais de saúde, que desencadeiam e coordenam esses processos, ao uso e ao sistema de informação e, principalmente, à clareza dos papéis e das relações entre os diferentes níveis do Sistema Municipal na Vigilância da Saúde do Trabalhador.

Portanto, a descentralização da Vigilância da Saúde do Trabalhador ocorreu de forma parcial para as Unidades Básicas de Saúde e também para as Visas, na medida em que as ações são desenvolvidas naquele nível distrital do sistema, porém de maneira insuficiente.

Com a realização desta pesquisa, surgiram algumas questões que mereceriam aprofundamento para melhor elucidação e análise de alguns aspectos.

Uma delas é relativa ao sistema de informação, os fluxos entre os diferentes componentes do sistema de saúde, sua utilidade e a ligação com os mecanismos de identificação e eleição de prioridades para atuação e intervenção nos locais de trabalho por parte da Unidade Básica de Saúde e das Visas. O desenvolvimento de sistemas de informação próprios, que não respondem às exigências do Ministério da Saúde, ou o uso dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, que nem sempre atendem às necessidades locais e específicas precisam ser discutidos e resolvidos a bem da vigilância da saúde do trabalhador.

Esta não é uma questão exclusivamente relativa à Vigilância da Saúde do Trabalhador e, certamente, aflige os gestores e técnicos de diferentes áreas.

É necessário o equacionamento desse problema de maneira que todos os níveis do sistema sejam contemplados, e não submetidos. Assim, além de conhecer a experiência de outros locais, reforçamos a necessidade de que os níveis estaduais e federal acolham as demandas dos municípios nos momentos de elaboração e proposição de sistemas de informação, levando em consideração as redes de saúde com experiência, tradição e com “expertise” no assunto.

A outra questão que surgiu diz respeito ao trabalhador sem vínculo formal com o mercado de trabalho. Ainda que não haja formulações teóricas que abordem o problema dos trabalhadores do mercado informal, o problema está aí, batendo à porta das Unidades de Saúde e não pode ficar sem resposta. Há experiências, ainda que isoladas, de abordagem desses trabalhadores. Elas precisam ser incentivadas e desenvolvidas. E, talvez a partir da criatividade presente nos grupos que se dispõem a trabalhar com esse assunto complexo, surjam elementos que auxiliem no avanço para a solução desta questão relevante que é o acolhimento do trabalhador informal pelo sistema de saúde.



5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahão CEC. Municipalização, Descentralização e Vigilância à Saúde em Campinas, 1988 - 1994. [Acesso em 5 de outubro de 2007]. Disponível em: <http://www.carlosecabrahao.med.br/saude/monografias/mono00004.htm>

Alessi N P, Palocci Filho A, Pinheiro AS, Scopinho RA, Silva GB (orgs). Saúde e trabalho no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: Conass, 2004. Conass Documenta; 7 [Acesso em 4 de dez de 2007] Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta7.pdf>

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20/9/90. Seq. I, p. 18055-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast - no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a.

Brasil. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: trabalhar sim! Adoecer não - coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS de A a Z.[acesso em 4 de dez de 2007]. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=590&letra=U

Câmara VM, Tambellini AT, Castro H A, Waissmann W. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador: Epidemiologia das Relações entre Produção, o Ambiente e a Saúde. In: Rouquayrol M Z, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. P469-97.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria de Saúde. Divisão de Controle do Meio Ambiente. Boletim Epidemiológico. Ano I, nº 1, 42 p. Campinas, 1990.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria de Saúde. Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica. Planejamento para o biênio 1991/1992 do Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica. Campinas, 1991a.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Lei nº 6.764 de 13 de novembro de 1991. Autoriza o Executivo a observar, no Município de Campinas, a legislação federal e estadual concernentes às ações de vigilância e fiscalização exercidas na promoção, proteção e recuperação da saúde e preservação do meio ambiente, e dá outras providências. Diário Oficial Municipal nº 5.357 de 14/11/91. p. 2-3. Campinas, 1991 b.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Seminário de Vigilância à Saúde. Campinas, 1993.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Programa de Saúde do trabalhador. Saúde do Trabalhador – Diretrizes. Campinas, 1996 a.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas - Relatório Sumário de Atividades do Quadriênio 1993, 1994, 1995, 1996. Campinas, 1996 b.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Síntese das ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas, 1997.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Oficina de Planejamento das ações em saúde do trabalhador. Campinas, 1998.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador. Política Municipal Interinstitucional para a Saúde do Trabalhador - Documento Básico para Intervenção. Campinas, 2001a.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Termo de referência para o projeto de ampliação da cobertura da assistência e vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Campinas, 2001 b.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Projeto Paidéia de Saúde de Campinas- ampliação das ações de saúde coletiva. Campinas, 2001 c.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Centro de referência em saúde do trabalhador: relatório dezembro/2001. Campinas, 2001 d.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Descentralização da vigilância sanitária em ambientes de trabalho. Campinas, 2001 e (data provável).

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. I Oficina de Saúde do Trabalhador. Campinas, 2002 a.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador. O Érgon no Paidéia: uma proposta de inserção da atenção aos problemas relacionados ao trabalho em um novo modelo de saúde. Campinas, 2002 b.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde do Trabalhador – Proposta de Estruturação de níveis de ações. Campinas, 2002 c.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador. O CRST no Sistema Único de Saúde: a experiência de Campinas. Campinas, 2002 d.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Covisa. Relatório da oficina de saúde coletiva. Campinas, 2003.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Covisa. Relatório do seminário de saúde coletiva. Campinas, 2004

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Covisa. Oficina de vigilância em saúde. Campinas, 2005 a.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Covisa. Relatório final da oficina de vigilância em saúde. Campinas, 2005 b.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Cerest. Plano de ação e metas em saúde do trabalhador. Campinas, 2006 a.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Colegiado de Vigilância em Saúde. Subsídios para a 7^a Conferência Municipal de Saúde – Saúde Coletiva, Vigilância em Saúde e Saúde Ambiental. Campinas, 2006 b.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Covisa. Plano de ação e metas de vigilância em saúde. Campinas, 2006 c.

Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Manual de notificação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais através da CAT. Campinas, 2006 d.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:Abrasco, 2001.

Cordeiro R, Tavares RAG, Medeiros MAT, Gonçalves CGO, Bragantini CA, Varolla AJ et al. O Sistema de Vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(5):1574-83.

Costa E A, Rosenfeld SC. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: Rosenfeld S (org.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p15-40.

Cruz-Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, 2002.

Favoreto CAO. A Velha e renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). Cuidado - as fronteiras da integralidade. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, IMS, UERJ, Abrasco, 2004. p205-19.

Gatti B A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia 2002; 12 (24): 149-61.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em 09 de janeiro de 2008]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> e <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2005/tab02.pdf>

Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. Cad. Saúde Pública 1997;13(2):7-19.

Lacaz FAC. Saúde do trabalhador no Brasil: vinte anos de história. In: Brasil. Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde. 2005.

Laurell AC, Noriega M. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública 1997;13 (2): 33-45.

Machado JMH. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. Ciência & Saúde Coletiva 2005;10 (4): 957-92.

Maeno M, Carmo JC. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.

Mattos, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:Abrasco, 2001.

Medeiros MAT. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Mendes EV. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: Mendes EV(org.) A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília: Ed. Opas, Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 1993. v .10, p 7-19.

Mendes R, Dias EC. Saúde do Trabalhador. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 4^a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p 383- 402.

Merhy EE. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papirus, 1985.

Merhy EE. Planejamento em saúde como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E. (org.). Razão e planejamento. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 117-54.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Onocko R, Merhy E E. (orgs). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p 71- 112.

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (orgs). Avaliação por triangulação de métodos._1^a reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p19-51.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9^a ed. revisada e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública 1997;13 (2): 21 – 32.

Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciência & Saúde Coletiva 2005;10 (4): 797-807.

Nascimento EPL. A formação dos agentes comunitários de saúde: a experiência do município de Campinas. [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Nardi HC. Saúde do trabalhador. In: Cattani AD. (orgs). Trabalho e tecnologia, dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Universidade, 1997. p 219-24.

Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª edição. Curitiba: Positivo, 2004. Descentralizar, p 635.

Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiattella M, Re A. Ambiente de trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

Osis, MJD., Duarte GA, Pádua KS, Hardy E, Sandoval LEM, Bento SF. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. Revista de Saúde Pública 2004; 38 (2).

Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p587-603.

Pimenta AL, Capistrano Filho D. (orgs). Saúde do trabalhador. São Paulo: Hucitec, 1988.

Possas CA. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

Saglioni I, Balista SRR. Harmonizar teorias e práticas: o fazer do município – a experiência de Campinas. Campinas, 2004. (Trabalho não publicado).

Santos UP, Wünsch-Filho V, Carmo JC, Settimi MM, Urquiza SD, Henriques CMP. Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes de trabalho: experiência na Zona Norte do Município de São Paulo (Brasil). Rev. Saúde Pública 1990; 24: 286-93.

Sato L, Lacaz FAC, Bernardo MH. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. Estudos de Psicologia 2006; 11(3): 281-8.

Seade. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados -. [Acesso em 09 de janeiro de 2008]. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>

Silva Jr A G, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2003. p113-28.

Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA , Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p15-39.

Simão AB. O uso de grupos focais em uma pesquisa sobre os comportamentos sexual, nupcial e reprodutivo: reflexões a partir de uma experiência prática. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, 2006.

Spink PK. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. In: Psicologia & Sociedade 2003; 15 (2): 18-42.

Stenzel AM. A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada. [Dissertação de mestrado] Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente - um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

Teixeira CF. O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p 531 – 62.

Vaz A, Mendes R, Maués E. Episódios e narrativas de professores – experiências e perspectivas docentes discutidas a partir de pesquisa sobre conhecimento pedagógico de conteúdo. 24^a reunião anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Caxambu, 2001.

Vecina-Neto G, Marques MCC, Figueiredo A M. Vigilância sanitária no Brasil. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p 689 – 713.

Vilela MFG. Da “moça da vigilância” ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Vilela R A G. Desafios da Vigilância e da Prevenção de Acidentes de Trabalho. São Paulo: LTr, 2003.

Waldman EA. Vigilância em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit Panam 1996;120 (6): 472-82.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas. São Paulo: Ed. Gente, 2004.

Wünsch-Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. Cad. Saúde Pública 1999;15 (1): 41-51.



6 - APÊNDICES

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Avenida Anchieta, 200 – 11º andar – Centro – CEP: 13015-904 – Tel. (19)
2116-0187 / 0286

E-mail: covisa@campinas.sp.gov.br

Ofício Circular nº 01/07

Campinas, 13 de fevereiro de 2007.

Prezado(a) coordenador(a)

O município de Campinas tem implantado e desenvolvido seu sistema de saúde tendo a descentralização como um dos pilares mais evidentes: Centros de Saúde com áreas de abrangência definidas claramente e com plena responsabilidade sobre ela; realizam importantes atividades de programas que, na maioria dos estados e cidades do Brasil são implementados centralizadamente, como dengue, DST/AIDS, Saúde do Trabalhador e a própria Vigilância em Saúde.

No entanto, apesar dessa “vocação” descentralizadora, as iniciativas ou experiências de avaliação da política de descentralização não são tão fartas. Aliás, encontramos muitas dificuldades na priorização e execução de avaliações em serviço.

Com o objetivo de resgatar a história da descentralização da Vigilância em Saúde do Trabalhador e de verificar a efetivação dessa política no município, estamos propondo uma avaliação a ser realizada na rede de serviços do SUS Campinas.

Esta avaliação de uma política de saúde feita em serviço é uma necessidade do Sistema de Vigilância de Campinas para buscarmos aperfeiçoar nosso trabalho e está em consonância com os objetivos do programa de pós graduação (mestrado) que venho realizando junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, sendo, então, objeto do meu projeto de pesquisa sob o título “A descentralização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS Campinas”.

Penso que a maior motivação para a pesquisa nasce das perguntas que fazemos no, e sobre, o mundo do trabalho, e que, infelizmente, pela sobrecarga de demandas que temos, não conseguimos desenvolver sistematicamente, maneiras de respondê-las. Este projeto de pesquisa pretende, portanto, ser uma forma, entre outras, de avaliação de uma política pública em implantação no nosso município, esperando ter como resultado, somado às diferentes visões dos profissionais envolvidos com esse tema, a possibilidade de verificar os pontos a serem corrigidos ou melhorados nessa estratégia.

Para isso pretendemos verificar os registros dos acidentes de trabalho nos SVE-2 de todos os Centros de Saúde e as possíveis ações de vigilância desencadeadas a partir deles, através de entrevista com o profissional responsável pelas ações de saúde do trabalhador em cada CS.

Também pretendemos realizar entrevista conjunta, utilizando a técnica de grupo focal, com cada equipe das VISAs, do CRST e da COVISA para conhecer melhor o padrão de atuação de cada uma delas e identificar os facilitadores e as dificuldades desse processo de descentralização da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Estas atividades serão realizadas por profissionais do SUS e contarão com a orientação e colaboração dos Professores Heleno Rodrigues Corrêa Filho e Sílvia Maria Santiago, do DMPS da UNICAMP.

Gostaríamos de contar com a colaboração dos Coordenadores para o acesso aos registros dos dados, para a indicação do profissional responsável pela Saúde do Trabalhador nos Centros de Saúde, para podermos agendar as visitas às unidades e para fazermos o convite às equipes das Visas e CRST para participarem dos grupos.

Esperamos com isso poder contribuir para o aperfeiçoamento do SUS de Campinas e também com outras localidades que possam aproveitar a experiência vivida aqui.

Certos da sua atenção, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Salma Regina Rodrigues Balista

Diretora de Vigilância em Saúde

Aos Coordenadores de Distrito, VISAs, Centros de Saúde e CRST

Pesquisa “A descentralização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS
Campinas” - Pesquisadora responsável: Salma Regina Rodrigues Balista

Unidade de Saúde: _____

NÚMERO DE ORDEM	TIPO DE PROBLEMA	CID	VÍNCULO FORMAL TRABALHO (S/ N/ IG)	OBSERVAÇÃO

Número de pessoas com problemas de saúde relacionados ao trabalho no ano de 2006: _____

Número de pessoas com problemas de saúde registradas no SVE-2 no ano de 2006: _____

Página número : ____ de ____

Questões:

1. A UBS providenciou os papéis previdenciários e epidemiológicos para o trabalhador doente ou acidentado?

() SIM () NÃO () IGNORADO

Observações:

_____ Houve intervenção no local de trabalho?

() SIM () NÃO () IGNORADO

Observações:

_____ Se a resposta foi SIM:

2. A intervenção provocou mudança no processo de trabalho da empresa?

() SIM () NÃO () IGNORADO

Observações:

_____ A intervenção modificou a repercussão sobre o meio ambiente?

() SIM () NÃO () IGNORADO

Observações:

_____ Entrevista gravada : () SIM () NÃO

Função profissional do entrevistado: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/ 2007.

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Pós-graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I

Pesquisadora responsável: Salma Regina Rodrigues Balista. Enfermeira especialista em Saúde Pública, aluna regular do Programa de Pós-graduação (mestrado) em Saúde Coletiva, RA 057148, RG 10949620, CPF 016161198-86. Av. Anchieta, 200, 110 andar, Centro, Campinas – cep 13015-100. Fone 19- 21160187. Endereço eletrônico: salmabalista@yahoo.com.br

Orientador: Prof. Dr. Heleno Corrêa Rodrigues Filho

Pesquisadora associada: Prof^a. Sílvia Maria Santiago

Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Campinas. Cep 13083-970 Cx. Postal: 6111. Fone 19-35218936. Endereço eletrônico: cep@fcm.unicamp.br

Unidade de Saúde: _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende avaliar a descentralização das ações de vigilância à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde de Campinas. Para isso, partimos da idéia de que é fundamental realizá-la junto com quem participou e participa deste processo.

Esta pesquisa faz parte do meu projeto de mestrado e tem a intenção de contribuir com o SUS de Campinas, na medida em poderá resgatar a história e oferecer elementos que ajudem na compreensão de como esse processo de descentralização ocorreu, permitindo identificar os acertos e necessidades de ajustes e correções.

Você poderá participar ou não da pesquisa. Coletaremos as informações a partir da verificação dos registros do Sistema de Vigilância Epidemiológica da sua Unidade de Saúde e de entrevista com você. Essa entrevista poderá ser gravada e depois transcrita. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes da pesquisa, nem de reembolso de dinheiro; com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto. Uma via desse termo do consentimento será entregue a você.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Após ler as informações dadas sobre a pesquisa e ter a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas que me deixaram satisfeito(a), e tendo entendido que tenho o direito de me recusar a participar da pesquisa, sem que isso traga alguma penalização para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ____/____/____

assinatura do(a) participante

RG: _____

assinatura da pesquisadora

RG: 10949620

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Pós-graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II

Pesquisadora responsável: Salma Regina Rodrigues Balista. Enfermeira especialista em Saúde Pública, aluna regular do Programa de Pós-graduação (mestrado) em Saúde Coletiva, RA 057148, RG 10949620, CPF 016161198-86. Av. Anchieta, 200, 110 andar, Centro, Campinas – cep 13015-100. Fone 19- 21160187. Endereço eletrônico: salmabalista@yahoo.com.br

Orientador: Prof. Dr. Heleno Corrêa Rodrigues Filho

Pesquisadora associada: Prof^a. Sílvia Maria Santiago

Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Campinas. Cep 13083-970 Cx. Postal: 6111. Fone 19-35218936. Endereço eletrônico: cep@fcm.unicamp.br

Unidade de Saúde: _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende avaliar a descentralização das ações de vigilância à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde de Campinas. Para isso, partimos da idéia de que é fundamental realizá-la junto com quem participou e participa deste processo.

Esta pesquisa faz parte do meu projeto de mestrado e tem a intenção de contribuir com o SUS de Campinas, na medida em poderá resgatar a história e oferecer elementos que ajudem na compreensão de como esse processo de descentralização ocorreu, permitindo identificar os acertos e necessidades de ajustes e correções.

Você poderá participar ou não da pesquisa. Faremos reuniões com cada equipe para conhecermos as opiniões e os relatos dos seus membros sobre esse tema. Essas atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes da pesquisa, nem de reembolso de dinheiro; com a participação na pesquisa você não vai ter nenhum gasto. Uma via desse termo do consentimento será entregue a você.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Após ler as informações dadas sobre a pesquisa e ter a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas que me deixaram satisfeito(a), e tendo entendido que tenho o direito de me recusar a participar da pesquisa, sem que isso traga alguma penalização para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ____/____/____

assinatura do(a) participante

RG: _____

assinatura da pesquisadora

RG: 10949620

CONVITE

Para _____

Gostaria de convidar você e sua equipe para participar de uma reunião que é parte do meu projeto de pesquisa “A Descentralização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS Campinas”, desenvolvido no programa de mestrado em Saúde Coletiva.

Essa pesquisa tem a intenção de levantar elementos que ajudem na compreensão de como esse processo de descentralização ocorreu, permitindo identificar os acertos e também as necessidades de ajustes e correções

Nessa reunião pretendemos conhecer as opiniões e os relatos dos membros da sua equipe sobre esse tema.

A reunião será no dia ____/04/2007, às ____ horas, no local

Espero por você!

Salma Regina Rodrigues Balista

Pesquisadora Responsável

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

Mediação³: Nayara

Observação da linguagem não verbal⁴: Milena

Observação coadjuvante⁵: Sílvia

Duração prevista: 2 horas

Clientela: até 20 profissionais envolvidos com a saúde do trabalhador na cidade de Campinas, compreendendo os seguintes serviços, com agendas e locais de reunião previstos:

Serviço	Agenda	Local
CoViSA	18/04, às 9 horas	ACDC (próximo à Receita Federal)
CRST	14/05, às 14 horas	ACDC (próximo à Receita Federal)
ViSA Norte	24/04, às 14 horas	Sindicato dos médicos (Botafogo)
ViSA Sul	19/04, às 9 horas	ACDC (próximo à Receita Federal)
ViSA Sudoeste	26/04, às 9 horas	ACDC (próximo à Receita Federal)
ViSA Noroeste	24/04, às 9 horas	ACDC (próximo à Receita Federal)
ViSA Leste	25/04, às 9 horas	ACDC (próximo à Receita Federal)

³ **Mediação**: responsável por coordenar e mediar a discussão, explicando as prerrogativas do método, desencadeando as questões/temas orientadores da discussão, cuidando para que os temas sejam explorados da melhor forma pelo grupo (priorizar pessoas que têm mais dificuldade de expressão, reconhecer tendências de acentuar somente aspectos negativos ou positivos acerca do que está sendo analisado) e fazendo sínteses/resgate a respeito de cada ponto abordado, de forma a conferir interpretações desenvolvidas.

⁴ **Observador da linguagem não verbal**: responsável por anotar todos os gestos e expressões das participantes que se caracterizam como linguagem não verbal, principalmente aquelas que evidenciam conteúdos não ditos. Tentar anotar ordem das falas para facilitar identificação no momento da transcrição.

⁵ **Observador coadjuvante**: responsável por anotar questões relevantes durante as discussões, considerando os principais debates/polêmicas ocorridos, bem como a ordem das falas; responsável também pelo monitoramento das condições de gravação das fitas e de infra-estrutura para realização do grupo (lanche, disposição do espaço físico, orientações quanto a banheiros e localização das salas, dentre outras).

Objetivo geral: analisar o processo de descentralização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS – Campinas

Objetivo específico dos grupos focais:

- Compreender o modo de trabalho de cada equipe (especificidades e diferenças), no que tange
 - o modo de operar,
 - a formação profissional,
 - as atribuições internas,
 - a percepção do próprio trabalho,
 - a identificação de situações de risco à saúde,
 - as correlações entre componentes do sistema de vigilância à saúde do trabalhador

Horário	Atividades propostas
9:00 – 10:00 ou 14:00 – 15:00	• Apresentação do trio de coordenação (quem são, o papel de cada um) • Apresentação da técnica do grupo focal (pra que serve, o que facilita, gravação) • Distribuição dos crachás ou etiquetas de identificação • Início da gravação 1. Apresentem-se contando qual a sua formação e o que cada um faz na equipe de trabalho. 2. O que vocês entendem por descentralização? 3. E sobre a descentralização da vigilância à saúde do trabalhador ocorrida aqui no município de Campinas?
10:00 – 10:45 ou 15:00 – 15:45	4. Quais têm sido as facilidades e os obstáculos encontrados para essa descentralização da vigilância à saúde do trabalhador no município de Campinas? 5. Como vocês se organizam para enfrentar essa o processo de descentralização da vigilância à saúde do trabalhador (agendas, prioridades, alcance das atividades)? 6. Qual a relação entre os diferentes níveis e serviços de vigilância (CS's, VISA, CRST, COVISA)?
10:45 – 11 ou 15:45 – 16	Validação dos pontos principais da fala do grupo Como foi participar desta reunião aqui hoje?

Providências:

- Confirmar datas e locais
- Lap top + caderno de anotação (como reserva caso o lap top dê problema)
- Crachás ou etiquetas + canetinhas porosas
- 2 gravadores (1 normal; outro digital)
- 3 fitas para cada gravador por grupo realizado
- lanches