

**CONSTRUINDO AÇÕES DE SAÚDE
DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DAS
SUPERINTENDÊNCIAS E GERÊNCIAS
REGIONAIS DE SAÚDE**



Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador
Diretoria de Saúde do Trabalhador

CONSTRUINDO AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DAS SUPERINTENDÊNCIAS E GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE

Belo Horizonte - MG | 2011

Governador do Estado de Minas Gerais

Antonio Augusto Junho Anastasia

Vice-Governador do Estado de Minas Gerais

Alberto Pinto Coelho

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto em Saúde

Wagner Eduardo Ferreira

Chefe de Gabinete

Marta Sousa Lima

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

Carlos Alberto Pereira Gomes

Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde

Maurício Rodrigues Botelho

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

Jorge Luiz Vieira

Subsecretária de Regulação

Maria Letícia Duarte Campos

Subsecretário de Gestão Regional

Gilberto José Rezende dos Santos

Assessora de Comunicação Social

Gisele Maria Bicalho Resende

Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador

Francisco Leopoldo Lemos

Diretoria de Saúde do Trabalhador

Elice Eliane Nobre Ribeiro

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
strabalhador@saude.mg.gov.br

É permitida a reprodução parcial, desde que citada a fonte.

Autores

COORDENAÇÃO

Elizabeth Costa Dias
SEST-HC-UFGM

Elice Eliane Nobre Ribeiro
Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Ana Flávia Lara Oliveira
DSAT-SES-MG

Ana Piterman
DSAT-SES-MG

Carla Anunciatta de Carvalho
DSAT-SES-MG

Cristina Guzmán Siácara
DSAT-SES-MG

Eliane da Costa Melo Badaró
Gerência Regional de Saúde de Sete Lagoas/
SES-MG

Érika Guerrieri Barbosa
DSAT-SES-MG

Lílian Oliveira de Souza
DSAT-SES-MG

Marcela Lacerda Alexandrino
DSAT-SES-MG

Maria José Barbosa Souza
DSAT-SES-MG

Nayara Dornela Quintino
DSAT-SES-MG

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO TRABALHADOR- UFGM/HC

Andrea Maria Silveira

Cláudia Vasques Chiavegatto

Jandira Maciel da Silva

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Thais Lacerda e Silva

CONSULTORES

Horácio Pereira de Faria
DMPS-FM e NESCON UFGM

Ivan Charles Fonseca Chebli
Gerência de Planejamento da Secretaria de
Saúde de Juiz de Fora-MG

Jacira Azevedo Cancio
CESAT-SES-Bahia

Luiz Roberto de Freitas da Silva
Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova/
SES-MG

Magda Helena Reis Cota de Almeida
Coordenadora CEREST-Betim – SMS –
Betim/MG

Maria Rizioneide Negreiros de Araújo
NESCON – UFGM

Soraya Wingester Vilas Boas
CGSAT-DSAST-SVS – MS



Agradecimentos

São muitas as pessoas a quem agradecer por acreditarem e reconhecerem a importância e a necessidade deste documento para fortalecer a implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS em Minas Gerais.

A Professora Elizabeth Costa Dias que acreditou que o FAZER e o SABER dos profissionais do serviço poderiam ser traduzidos nesta publicação e juntamente com a Thais Lacerda nos deu todo apoio necessário.

A equipe de Saúde do Trabalhador do Departamento de Medicina Preventiva e Social, a equipe do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG e todos que compartilharam seu conhecimento conosco.

Aos Gestores e Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador dos municípios mineiros que vem reconhecendo a importância de cuidar da Saúde do Trabalhador em seus territórios.

Ao Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde, Carlos Alberto Pereira Gomes, Superintendente de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador, Francisco Leopoldo Lemos e Superintendente de Vigilância Sanitária Maria Goretti Martins de Melo, pelo apoio e fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A todos os Diretores e Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das SRS/GRS que com compromisso, envolvimento e criatividade estão conquistando gestores, profissionais dos municípios, controle social, e colegas de trabalho, mobilizando-os para implantar e implementar as ações de saúde do trabalhador em todas as regiões de Minas Gerais.

Aos profissionais dos 16 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Minas Gerais.

Aos colegas de trabalho da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, Subsecretaria de Regulação, Subsecretaria de Gestão Regional, Assessoria de Comunicação e Assessoria de Gestão Estratégica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais nossos agradecimentos pelo apoio, parceria, confiança e interesse em nosso trabalho.

Aos nossos pais, filhos, irmãos, namorados, maridos e amigos pelo carinho, apoio, compreensão e pela continuada paciência em repartir o tempo de convivência e os momentos de lazer, com nosso trabalho.

A todos e todas muito obrigado,

Com carinho,

Equipe da Diretoria de Saúde do Trabalhador da SES/MG



Lista de figuras

Figura 1 – Representação dos modelos de atenção à saúde: do sistema piramidal para a Rede Poliárquica de Atenção à Saúde.....	33
Figura 2 – Fases da inspeção sanitária nos ambientes de trabalho.....	47
Figura 3 – Níveis de planejamento da SES/MG.....	65
Figura 4 – Estrutura organizacional da SES-MG	67
Figura 5 – Organograma da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde.....	69
Figura 6 – Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais.....	75
Figura 7 – Microrregiões de Saúde de Minas Gerais.....	75
Figura 8 – Localização e Abrangência das Instâncias Regionais – SES-MG.....	76
Figura 9 – Cidades sede de CEREST em Minas Gerais, 2011.....	81
Figura 10 – Instâncias Regionais de Saúde com CEREST na sua área de jurisdição.....	82
Figura 11 – Distribuição das RTM por SRS/GRS em Minas Gerais.....	83
Figura 12 – Representação microrregional de Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador em Minas Gerais, 2010.....	84
Figura 13 – Sugestão de modelo para a organização dos dados sobre o perfil produtivo, por município.....	92
Figura 14 – Sugestão de modelo para a organização dos dados sobre o perfil produtivo, por município.....	92
Figura 15 – Sugestão de modelo para a organização dos dados sobre o perfil epidemiológico – mortalidade, por município.....	101
Figura 16 – Sugestão de planilha para apoiar o Planejamento e Monitoramento das Ações em Saúde do Trabalhador.....	108
Figura 17 – Quadro de Ações Anuais do CEREST.....	111
Figura 18 – Síntese do processo de planejamento das ações em Saúde do Trabalhador, no Estado de Minas Gerais.....	113
Figura 20 – Ficha de cadastramento das famílias (A).....	126
Figura 21 – Ficha A – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.....	127
Figura 22 – Modelo de planilha para monitoramento semanal de notificações por agravo, segundo município notificador.....	132
Figura 23 – Modelo de planilha para monitoramento das notificações por unidade sentinela pactuada em CIB.....	132
Figura 24 – Modelo para organização dos dados de notificação de Acidente de Trabalho Grave por Microrregião de Saúde, segundo fonte notificadora e residência.....	133
Figura 25 – Quadro Demonstrativo da Execução das Ações Anuais.....	134

Lista de quadros

Quadro 1 – Diretrizes da PNST-SUS, 2010.....	29
Quadro 2 – Estratégias da PNST-SUS, 2010.....	30
Quadro 3 – Atribuições do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, definidas no Manual da RENAST.....	38
Quadro 4 – Síntese dos componentes da Vigilância em Saúde de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.252/2009.....	41
Quadro 5 – Características da Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	42
Quadro 6 – Sistemas de Informação em Saúde no SUS.....	49
Quadro 7 – Principais características da CIST.....	55
Quadro 8 – Financiamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, segundo a Portaria GM/MS nº 2728/2009.....	56
Quadro 9 – Atribuições da Diretoria de Saúde do Trabalhador na SES-MG, 2011.....	69
Quadro 10 – Atribuições do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador de Minas Gerais.....	72
Quadro 11 – Competências e atividades das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das instâncias regionais, para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador.....	77
Quadro 12 – Procedimentos para Acesso ao Banco de Dados da RAIS.....	89
Quadro 13 – Procedimentos para Acesso aos dados IBGE Cidades.....	93
Quadro 14 – Modelo de registro das informações sobre os principais fatores de risco/perigos para a saúde dos trabalhadores relacionados às atividades produtivas.....	94
Quadro 15 – Roteiro de acesso aos dados sobre Acidente do Trabalho Fatal registrados no SINAN.....	99
Quadro 16 – Sala de situação em saúde.....	102
Quadro 17 – Atribuições da Referência Técnica Municipal Saúde do Trabalhador (RTM-ST).....	104
Quadro 18 – Elenco de procedimentos sugeridos para pactuação em serviços de maior densidade tecnológica.....	116
Quadro 19 – Exemplos de serviços de saúde que podem ser unidades sentinelas de agravos à Saúde do Trabalhador de Notificação Compulsória.....	120

Lista de siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Acidente de Trabalho
CAIST	Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
CASPD	Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CRRF	Centros de Referência em Reabilitação Física
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CVST	Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador
DAB	Departamento de Atenção Básica
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DRT	Doença Relacionada ao Trabalho
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
DSAT/MG	Diretoria de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador
GRS	Gerência Regional de Saúde
LEM	Laudo de Exame Médico
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPS	Ministério de Previdência Social
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAVS	Programação de Ações de Vigilância em Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PSF	Programa de Saúde da Família
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RT-ST	Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador
RTM-ST	Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SAT	Seguro de Acidente do Trabalho
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SEST-HC-UFMG	Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação Nascidos Vivos
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso e Gestão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidades de Saúde da Família
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

PREFÁCIO	15
APRESENTAÇÃO	17
SUMÁRIO EXECUTIVO	19

1. A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E MARCOS REGULATÓRIOS	22
1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST)	29
1.2.1 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS.....	29
1.2.2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR	31
1.2.2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR	32
1.2.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR	48
1.2.4 PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES E O CONTROLE SOCIAL	53
1.2.5 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR	56
1.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58

2. A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS EM MINAS GERAIS	63
2.1 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG)	64
2.2 BREVE HISTÓRICO E SITUAÇÃO ATUAL DA ÁREA SAÚDE DO TRABALHADOR NA SES-MG	68
2.3 ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NAS INSTÂNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DA SES-MG	74
2.3.1 PAPEL DAS INSTÂNCIAS REGIONAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DE MINAS GERAIS	76
2.4 PAPEL DOS CEREST NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	80
2.5 PAPEL DOS MUNICÍPIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	82
REFERÊNCIAS	84

3. PASSO A PASSO PARA A ATUAÇÃO DA REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (RT-ST) NAS INSTÂNCIAS REGIONAIS.....	85
3.1 ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO TERRITÓRIO	87
3.1.1 – ELABORAÇÃO DO PERFIL PRODUTIVO: BUSCA, SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	88
3.1.2 – ELABORAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRABALHADORES: BUSCA, SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	98
3.1.2.1 NÚMERO DE TRABALHADORES	98
3.1.2.2 PERFIL DE MORTALIDADE DOS TRABALHADORES	99
3.1.2.3 PERFIL DE MORBIDADE DOS TRABALHADORES	100
3.1.2.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO POR MUNICÍPIO	101
3.2 SENSIBILIZAÇÃO DOS GESTORES E INDICAÇÃO DAS REFERÊNCIAS TÉCNICAS MUNICIPAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR	102
3.3 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR	106
3.3.1 DIRETORIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	107
3.3.2 AÇÕES DA REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DAS INSTÂNCIAS REGIONAIS EM SUA ÁREA DE JURISDIÇÃO	107
3.3.3 ESFERA MUNICIPAL	108
3.4 APOIO AO DESENVOLVIMENTO E MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES	114
3.4.1 ESTRUTURAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO	114
3.4.2 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT), NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	118
3.4.2.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHO (DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)	119
3.4.2.2 VIGILÂNCIA DOS AMBIENTES DE TRABALHO	124
3.4.3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO	131
3.5 OUTRAS ATIVIDADES DA RT-ST DAS INSTÂNCIAS REGIONAIS	134
3.5.1 APOIA À IMPLANTAÇÃO E À ORGANIZAÇÃO DOS CEREST	134
3.5.2 APOIO AOS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO TRABALHADOR	135
3.5.3 APOIO À PARTICIPAÇÃO E AO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR	136
REFERÊNCIAS	137
ANEXOS	140

Prefácio

A finalidade da publicação do Manual de Saúde do Trabalhador é propiciar a implementação de ações relativas a esse tema em quaisquer municípios do Estado de Minas Gerais.

Considerada a diversidade das atividades produtivas desenvolvidas no território mineiro, os consequentes riscos e perigos à saúde do trabalhador e, também, a responsabilidade do SUS quanto ao cuidado a ser dispensado a esse grupo de pessoas, existe, hoje, um indiscutível desafio a ser enfrentado pela saúde pública.

A prioridade é buscar processos, condições e ambientes de trabalho saudáveis para que seja concretizada a premissa de que Minas Gerais se torne realmente um Estado onde se vive mais e melhor, compromisso a ser refletido com prioridade na agenda dos gestores de saúde.

A expectativa é de que o Manual de Saúde do Trabalhador constitua um instrumento indispensável à implantação e à implementação do adequado cuidado para com os trabalhadores que em Minas labutam, levando-se em consideração as especificidades “loco-regionais”, e que contribua para a gestão dessa política de saúde, fazendo, inclusive, fortalecer a capacidade do SUS de prover a atenção integral, por meio de ações de vigilância, proteção, assistência e reabilitação dos trabalhadores, no que tange à saúde da classe.

Antônio Jorge Souza Marques
Secretário de Estado de Saúde



Apresentação

A organização do cuidado integral à saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando sua inserção particular nas atividades produtivas, tem como referência o diagnóstico de situação baseado na resposta às seguintes perguntas: quantos e quem são os trabalhadores de Minas Gerais? Que atividades produtivas desenvolvem? Em que condições de trabalho? Como vivem, de que e por que adoecem esses trabalhadores? Como são assistidos em suas necessidades de saúde-doença pela rede SUS? Como conseguir que a rede de cuidado do SUS incorpore as ações de Saúde do Trabalhador no Estado?

Minas Gerais tem uma população economicamente ativa de 11.215.000 pessoas, sendo 6.157.000 homens e 5.058.000 mulheres, dos quais 9.482.000 vivem em área urbana e 1.734.000 na área rural (IBGE, 2009). Segundo a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), em 2009 existiam 4.350.839 vínculos de trabalho no setor formal de trabalho, estimando-se que 6.864.161 pessoas se encontravam no mercado informal da economia (BRASIL, 2009). A coexistência de múltiplos tipos de vínculos e de condições de trabalho muito variadas, caracterizadas por estágios diferenciados de incorporação tecnológica, do trabalho artesanal à automação dos processos, e por múltiplas formas de organização e gestão do trabalho contribuem para aumentar a complexidade do problema. Porém, de acordo com o princípio da universalidade, o cuidado da saúde de todos os trabalhadores, independente da natureza de seu vínculo de trabalho, está sob a responsabilidade do SUS.

Entretanto, as informações sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho são fragmentadas e pouco fidedignas. No período de 2007-2008, Minas Gerais registrou no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 15.916 casos de agravos relacionados ao trabalho, sendo as intoxicações exógenas, ocupacionais e não ocupacionais, os acidentes de trabalho com exposição a material biológico e os acidentes de trabalho graves os mais frequentes. A subnotificação fica evidente ao se observar que, no mesmo período, foram registrados 146.252 casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, pelo Ministério da Previdência Social, apenas na população segurada do setor formal (BRASIL, 2008).

Na grande maioria dos municípios mineiros, as atividades produtivas desenvolvidas no território e os riscos para a saúde delas decorrentes bem como o perfil epidemiológico da população trabalhadora não têm sido considerados no planejamento das ações de vigilância e assistência à saúde. Tampouco as ações de saúde do trabalhador estão incluídas nos Planos Municipais de Saúde, e os Conselhos Municipais de Saúde raramente contam com o apoio de Câmara Técnica ou Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) para auxiliar os conselheiros a

propor e/ou decidir sobre medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

Para mudar este quadro e cumprir a prescrição constitucional, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), que atribui ao SUS a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção particular nos processos de trabalho, é essencial incluir o tema na agenda política e técnica da saúde dos 853 municípios mineiros (BRASIL, 1990).

Assim, cabe à Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG) elaborar as diretrizes e a política para que as Gerências Regionais de Saúde e Superintendências Regionais de Saúde possam definir estratégias que subsidiem os municípios jurisdicionados na execução da Política Estadual de Saúde do Trabalhador. Vale ressaltar a importância dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como apoiadores técnicos para execução das ações em Saúde do Trabalhador.

Nesse sentido, a Diretoria de Saúde do Trabalhador da SES-MG definiu como prioridade a elaboração de diretrizes para implantação de ações de saúde do trabalhador no Estado. O presente documento foi construído em parceria com a Diretoria de Saúde do Trabalhador, e a equipe técnica do Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Minas Gerais (SEST-UFMG). Ele tem o objetivo de subsidiar as referências técnicas em Saúde do Trabalhador das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde e dos municípios sob sua jurisdição, na implementação da Política de Saúde do Trabalhador para o SUS, no Estado de Minas Gerais.

O documento está direcionado às referências técnicas das instâncias regionais, podendo ser utilizado pelos atores envolvidos no cuidado aos trabalhadores: gestores de saúde, referências técnicas em saúde do trabalhador dos municípios, técnicos da rede de serviços e dos CEREST, equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), dos núcleos de Vigilância em Saúde (VS) e integrantes das instâncias colegiadas, entre elas, as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) micro e macrorregional, conselheiros municipais e estadual de saúde e Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador (CIST).

Elice Eliane Nobre Ribeiro
Diretora de Saúde do Trabalhador

Sumário Executivo

A Saúde do Trabalhador é o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e dos trabalhadores de modo particular. Considera o trabalho como eixo organizador da vida social e, desse modo, determinante das condições de vida e saúde e busca transformar os processos produtivos no sentido de torná-los promotores de saúde e não de adoecimento e morte, em parceria com os trabalhadores.

Os conceitos de trabalho, trabalhador, saúde e doença relacionada ao trabalho fundamentam o campo e permitem compreender os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, decorrentes do modelo de desenvolvimento adotado pelo país, responsável pelas condições de vida e de saúde da população e dos trabalhadores.

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no país, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação direta com as condições de trabalho: os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais” e doenças relacionadas ao trabalho, que têm sua frequência, surgimento e/ou gravidade modificadas pelo trabalho, além de doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação etiológica com o trabalho.

No cotidiano dos serviços de saúde esses eventos aparecem de modo prevalente sob a forma de acidentes de trabalho; intoxicações por agrotóxicos, metais e solventes; pneumopatias, com destaque para a silicose e a asma relacionada ao trabalho; as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT); outras manifestações de adoecimento mal caracterizadas; e outras expressões de sofrimento psíquico.

Neste contexto, a Diretoria de Saúde do Trabalhador da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SES/MG, solicitou ao Serviço de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da UFMG a elaboração do documento “Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais em Saúde, MG”, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisões estratégicas em âmbito regional e municipal e orientar os processos de capacitação e educação permanente em Saúde do Trabalhador nos territórios sob sua jurisdição administrativa. Ele está direcionado às Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das instâncias regionais, responsáveis pelo suporte da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em Minas Gerais, em articulação com a rede de CEREST habilitados no Estado. Entretanto, o documento poderá servir de subsídio a outros níveis de gestão do SUS e para o controle social.

As superintendências e gerências regionais são responsáveis pela implantação das estratégias definidas pelo nível central da SES para implementação da Política de Saúde do Trabalhador no Estado, subsidiando os municípios jurisdicionados.

O eixo estruturador do documento são as competências das instâncias regionais para a implementação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, que foram definidas em processo participativo coordenado pela Assessoria de Gestão Regional da SES-MG. As competências das GRS foram consolidadas pela Coordenação Estadual, nos meses de janeiro e fevereiro de 2010, resultando no documento “Elenco de competências e atribuições do nível central e das GRS no campo da Saúde do Trabalhador em Minas Gerais”. Posteriormente, o mesmo foi submetido ao exame de técnicos das RT-ST das GRS. A compilação das sugestões recebidas resultou no texto final, validado na Oficina de Saúde do Trabalhador para as Referências Técnicas das GRS, realizada em 15 de abril de 2010, no Primeiro Encontro de Vigilância em Saúde de Minas Gerais, em Belo Horizonte.

Com base nessas atribuições, a Diretoria de Saúde do Trabalhador definiu o elenco de ações mínimas para serem desenvolvidas pelas RT-ST das instâncias regionais nos respectivos territórios de jurisdição:

- a) Diagnóstico estratégico situacional em saúde do trabalhador entendido com perfil produtivo e epidemiológico. Este diagnóstico subsidiará o planejamento das ações em saúde do trabalhador tanto nas instâncias regionais quanto no município.
- b) Incentivo à indicação de referência técnica em Saúde do Trabalhador em todos os municípios da área de jurisdição.
- c) Estímulo à inclusão de ações de Saúde do Trabalhador nos Planos Municipais de Saúde e Programação Anual em Saúde.
- d) Fomento da notificação dos agravos relacionados ao trabalho, com prioridade para os Acidentes de Trabalho Graves e de agravos priorizados considerando o perfil produtivo regional.

Considerando o caráter dinâmico e a variabilidade dos contextos sociopolíticos e dos processos de trabalho das RT-ST das instâncias regionais, estas diretrizes deverão ser adaptadas às especificidades regionais. Um amplo processo de educação permanente deverá apoiar o desenvolvimento das ações intra e interinstitucionais.

O documento está organizado em três seções e um glossário. A Seção 1 apresenta os aspectos histórico-conceituais e os marcos regulatórios do campo Saúde do Trabalhador. Na Seção 2 são descritos os antecedentes, aspectos da organização e gestão da Saúde do Trabalhador no âmbito da SES-MG e as estratégias adotadas para garantir atenção integral aos trabalhadores, com destaque para a RENAST. A Seção 3, de caráter operacional, orienta a atuação das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador, e está organizada na forma de um “passo a passo”. Finalizando, é apresentado um Glossário dos termos e expressões mais frequentemente utilizados no âmbito da Saúde do Trabalhador e na organização e gestão do SUS.



SEÇÃO 1

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil guarda estreita relação com o movimento de reorganização social e política do país ocorrido nos anos 1970-1980, na busca de melhores condições de vida e saúde para os trabalhadores. Ao trazer a discussão da questão do trabalho e adoecimento para o âmbito da Saúde Pública, ou da Saúde Coletiva, o movimento rompeu com os padrões vigentes das práticas da Saúde Ocupacional, e no âmbito das políticas públicas inseriu a questão na rede de serviços de saúde.

O movimento da Saúde do Trabalhador recebeu subsídios importantes, entre eles: as proposições da chamada “corrente latino-americana da Medicina Social”, sobre a determinação social da doença (LAURELL; NORIEGA, 1989); a discussão das questões de saúde relacionadas ao trabalho pelas organizações de trabalhadores ligados à corrente do “novo sindicalismo” e a parceria de profissionais da academia, dos serviços de saúde, dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social (MENDES; DIAS, 1991).

Em sua origem o objeto da Saúde do Trabalhador foi construído na confluência da relação disciplinar entre a medicina e as ciências sociais de corte marxista pela adoção da premissa sobre a determinação social do processo saúde-doença, sintetizada na categoria “processo de trabalho” (NEHMY; DIAS, 2010).

Passados mais de 30 anos, coloca-se o desafio para as diferentes áreas do conhecimento sobre o social, de identificar a direção das mudanças no mundo do trabalho de modo a revisar conceitos e metodologias, produzir conhecimento, instrumentos e protocolos de ação, viabilizando abordagens mais efetivas dessa realidade em mutação, em especial no âmbito do SUS.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E MARCOS REGULATÓRIOS

O conjunto de práticas desenvolvidas a partir dos anos 1980, na rede de serviços de saúde, destinadas a desvelar as consequências deletérias do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores e a prover atenção integral, foi institucionalizado a partir dos anos 1990, com a implantação do SUS.

A atribuição constitucional de cuidar da saúde dos trabalhadores no SUS, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, impõe novos entendimentos e novas práticas no modo de organizar e fazer a saúde do trabalhador no país (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Até 1988, apenas os trabalhadores do setor formal, com contrato e carteira de trabalho assinada, dispunham de proteção social – trabalhista

e previdenciária e assistência médica – sob a responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social.

Os princípios do SUS orientam uma nova forma de cuidar da saúde dos trabalhadores. De acordo com o princípio da universalidade, todos os trabalhadores, urbanos e rurais, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado têm direito aos cuidados propiciados pelo SUS.

O princípio da equidade orienta que os grupos de trabalhadores mais vulneráveis, em situação de precariedade, discriminação, ou inseridos em atividades de maior risco para a saúde, devem merecer atenção diferenciada.

Para a Saúde do Trabalhador, as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde são indissociáveis, independente dos arranjos institucionais nos quais se inserem. A atenção integral à Saúde do Trabalhador abrange as ações de promoção, de vigilância, de diagnóstico, de tratamento, de recuperação e reabilitação da saúde, sob a responsabilidade da rede SUS, organizada de forma descentralizada e hierarquizada, nas três esferas de gestão – federal, estadual e municipal – com a participação social e o controle dos conselhos de saúde. Devem ser priorizadas as medidas de alcance coletivo e o controle dos riscos, a partir da compreensão das cadeias produtivas.

A atenção integral à saúde dos trabalhadores deve ser orientada no enfoque da transversalidade, envolvendo ações intrassetoriais, no âmbito do próprio SUS, e interssetoriais, em articulação com outras instituições e aparelhos sociais, entre eles os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente, da Educação, da Justiça do Trabalho e o Ministério Público, em estreita parceria com as organizações dos trabalhadores.

A compreensão de que as questões de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental têm determinantes comuns nos processos produtivos tem aproximado as duas áreas, tanto no plano institucional quanto nas práticas de saúde, particularmente nas ações de vigilância.

MARCOS REGULATÓRIOS

Serão apresentados, a seguir, em ordem cronológica, os principais instrumentos que regulamentam as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, em nosso país, tomando como referência a Constituição Federal promulgada em 1988.

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde enquanto direito de cidadania, atribuindo ao Estado o dever de provê-la a todos os brasileiros, por meio de um sistema de saúde inclusivo, de acesso universal, com atenção integral, organizado de forma descentralizada e hierarquizada: o SUS (BRASIL, 1988).

O direito à saúde aparece, portanto, pela primeira vez, na Constituição brasileira, como direito positivado, direito individual e direito coletivo e indisponível, ao lado dos direitos sociais à educação, ao trabalho, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância e à assistência aos desamparados.

A Constituição Federal, em seu artigo 196, estabeleceu que:

a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As ações e serviços de saúde são considerados como de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Determina ainda que cuidar da saúde é competência comum da União, dos estados e dos municípios (art. 23, inciso II), e legislar sobre a defesa da Saúde compete concorrentemente à União, aos estados (art. 24, inciso XII) e, suplementarmente, aos municípios (art. 30, inciso II).

As diretrizes organizativas do SUS definem que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado 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.

A Constituição Federal de 1988 é clara ao remeter ao SUS a responsabilidade sobre a Saúde do Trabalhador e o ambiente do trabalho no capítulo do direito à saúde, art. 200 (BRASIL, 1988):

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Maior previu a edição de lei complementar fixando “normas para a cooperação entre a União e os estados, o Distrito Federal e os municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (art. 23, parágrafo único).

As leis federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, também conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde” (BRASIL, 1990). A Lei nº 8.080/90 define o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

O art. 6º da LOS diz que está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de: a) vigilância sanitária; b) vigilância epidemiológica; c) saúde do trabalhador; d) assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

O parágrafo 3º do mesmo artigo conceitua a saúde do trabalhador como sendo um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

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

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

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

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

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

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

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

No processo de construção do SUS o planejamento em saúde, a avaliação, a execução e o monitoramento das ações têm sido crescentemente valorizados. Para isso, as três esferas de governo e as instâncias colegiadas necessitam de informações e ferramentas administrativas. Assim, o planejamento e a informação em saúde são importantes ferramentas para administração das ações e serviços de saúde e devem ser utilizados na gestão do SUS.

Nas três esferas de governo, existem instâncias colegiadas responsáveis pelo gerenciamento do SUS, são estas: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Entre os instrumentos normativos específicos da Saúde do Trabalhador, elaborados nos anos 1990, destaca-se a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), publicada na Portaria MS/GM nº 3.908 de 30 de outubro de 1998, complementar à NOB-SUS 01/96, que tem por objetivo orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, urbano e rural, pelos Estados, o Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 1998). No mesmo ano foi publicada a Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador, pela Portaria GM-MS 3120/1998, que continua vigente.

Outro documento importante dessa época e ainda vigente é a Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997, que dispõe sobre os critérios para o preenchimento dos campos “caráter da internação; diagnóstico principal e diagnóstico secundário” das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A Portaria propõe a utilização dos

seguintes códigos nos casos de internação do paciente por causas externas, definidas na Classificação Internacional de Doenças (10ª Revisão): a) “6” - quando compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa; b) “7” - quando compatível com acidente de trajeto entre residência e trabalho; c) “8” - quando compatível com outros tipos de acidente de trânsito, não considerados acidente de trajeto entre residência e trabalho; e d) “9” - quando compatível com outros tipos de lesões e envenenamento, por agentes físicos ou químicos (BRASIL, 1997).

Em 2002, a Portaria MS/GM nº 1.679 criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST), marco importante na consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS (BRASIL, 2002a). A Portaria estabeleceu a necessidade de construção dos Planos Estaduais de Saúde do Trabalhador, elaborados pela Coordenação Estadual, em conjunto com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), articulado com o COSEMS e com a participação das instâncias de controle social do SUS, observadas as diretrizes organizativas da regionalização, hierarquização e programação das ações e serviços de saúde exaradas da Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, que aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que almejava “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”.

A Portaria Ministerial nº 373/2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002b).

A NOAS 2002 estabeleceu como instrumentos de planejamento regionalizado do SUS o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2002b)

A NOAS 2002 teve curta duração e, para seus críticos, o excessivo foco da Norma na gestão da oferta de serviços de saúde e as dificuldades de estabelecer o comando único e de superar a fragilidade da gestão e regulação estadual para as referências intermunicipais inviabilizaram a proposta.

As críticas à NOAS e as discussões tripartites posteriores envolvendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) resultaram na aprovação de uma nova Norma que buscava aprimorar o SUS, imprimindo-lhe eficiência e resolubilidade.

Entre o fim do processo de habilitação previsto pela NOAS para estados e municípios e a pactuação que engendrou o Pacto pela Saúde, o Ministério da

Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, definindo que os municípios e o Distrito Federal fossem responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. A Portaria interrompeu o processo de habilitação de municípios em Gestão Plena de Atenção Básica - GPAB e Gestão Plena de Sistema Municipal - GPSM conforme a NOB SUS 01/96, e em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, conforme a NOAS SUS 2002. Extinguiu ainda a condição de Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conferida aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e da NOAS SUS 2002 para habilitação nestas formas de gestão. A Norma estabeleceu como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal.

No início de 2006, a Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 instituiu e divulgou o denominado Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto é um conjunto de reformas institucionais firmando entre as três esferas gestoras do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. A adesão ao Pacto se dá por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que deve ser renovado anualmente substituindo os processos de habilitação e estabelecendo compromissos assistenciais e de gestão com suas respectivas metas.

O Pacto pela Saúde possui três dimensões:

- 1) O **Pacto pela Vida**: conjunto de compromissos sanitários, com prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal e a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance dos resultados.

As prioridades pactuadas para o ano de 2010-2011 são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da Capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou violência; Saúde do Homem.

- 2) O **Pacto em Defesa do SUS**: firma-se por meio de iniciativas que buscam a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS, a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.
- 3) O **Pacto de Gestão**: estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Para adequar a RENAST às diretrizes do Pacto pela Saúde (2006), a Portaria MS/GM nº 2.728 de 2009 prescreveu mudanças na organização da rede, enfatizando a importância do desenvolvimento de ações na APS (BRASIL, 2009a).

No âmbito da Vigilância, a Portaria GM/MS nº 3.252 de 22/12/2009 estabeleceu as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio da articulação das vigilâncias

Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador, reorientando as ações de saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 2009b).

Entre as iniciativas destinadas a melhorar os registros dos agravos relacionados ao trabalho, destaca-se a publicação da Portaria 777 de março de 2004, que criou a obrigatoriedade da notificação de um conjunto de 11 agravos relacionados ao trabalho, entre os quais figuram os acidentes do trabalho e as intoxicações agudas e crônicas (BRASIL, 2004). Essas prescrições foram modificadas em 31 de agosto de 2010, pela Portaria nº 2.472 e posteriormente pela Portaria GM/MS nº 104/2011 vigente, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

No Anexo I, que contém a Lista de Notificação Compulsória (LNC), figuram: os acidentes por animais peçonhentos; carbúnculo ou antraz; intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); e o tétano, que com frequência podem estar relacionados ao trabalho.

No Anexo II, a Lista de Notificação Compulsória Imediata (LNCI) destaca: a exposição a contaminantes químicos; acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes, por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU. Ainda de interesse para a Saúde do Trabalhador está prevista a notificação de outros eventos de potencial relevância em Saúde Pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005.

No Anexo III, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS) inclui os acidentes com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; acidente de trabalho com mutilações; acidentes de trabalho em crianças e adolescentes; acidente de trabalho fatal; câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT); perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR) relacionada ao trabalho; pneumoconioses e transtornos mentais relacionados ao trabalho.

O artigo 3º da Portaria define que as doenças e eventos constantes do Anexo I (LNC) devem ser notificados e registrados no SINAN, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela SVS/MS.

De acordo com o § 1 do artigo 4, as doenças, agravos e eventos constantes do anexo II da Portaria devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em, no máximo, 24 horas a partir da suspeita inicial. As SES e SMS deverão informar imediatamente à SVS/MS.

O artigo 6 prescreve que as doenças e os eventos constantes no Anexo III devem ser registrados no SINAN obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

A inclusão dos agravos à saúde relacionados ao trabalho no conjunto de agravos de notificações compulsórias representa expressivo avanço na direção do reconhecimento desses eventos como problemas de Saúde Pública a serem tratados pelo SUS.

Este conjunto de leis, normas e portarias busca, na essência, garantir a universalidade de acesso e a integralidade do cuidado aos trabalhadores no SUS, pela conjugação das ações de Vigilância e Assistência à Saúde, na rede de atenção do SUS.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (PNST) PARA O SUS E A ESTRATÉGIA DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST)

1.2.1 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

A construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS, ao longo dos últimos 30 anos, é fruto do esforço cotidiano de técnicos e profissionais dos serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa, com a participação dos trabalhadores. O primeiro documento elaborado pelo Ministério da Saúde foi divulgado em 1991 (BRASIL, 1991). Novas versões foram preparadas em 1998, 2004 e 2010, sem que nenhuma delas tenha sido aprovada pelo CNS e publicada até o momento.

O fórum privilegiado de discussão da PNST é a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST). A primeira CNST foi realizada em dezembro de 1986, na vigência do processo constituinte, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. A segunda aconteceu em 1994, e a terceira, em 2005, esta última convocada e conduzida conjuntamente pelos três ministérios: Previdência Social, Saúde e Trabalho e Emprego.

Em 2008, a CGSAT/MS estabeleceu Grupo de Trabalho encarregado da elaboração de um documento-proposta de política para o SUS. Este grupo realizou amplo processo de consulta aos atores sociais envolvidos e a incorporação dos atos normativos vigentes, pós Pacto Pela Saúde de 2006. Em 2010, os resultados desse esforço foram apresentados à CIST, Câmara Técnica CNS, à plenária do Conselho e em outros fóruns da área, aguardando-se que o documento seja colocado em consulta pública pelo Ministério da Saúde.

As diretrizes e estratégias para implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS estão sumarizadas nos quadros a seguir.

Quadro 1 – Diretrizes da PNST-SUS, 2010

- Fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde
- Promoção da Saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis
- Garantia da integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador

Fonte: BRASIL, 2011.

Quadro 2 – Estratégias da PNST-SUS, 2010

- Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde
- Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores
- Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no contexto da Rede de Atenção à Saúde
- Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde
- Ações de Saúde do Trabalhador junto aos Pontos de Atenção Secundários e Terciários
- Papel dos centros de referência em Saúde do Trabalhador na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST
- Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial
- Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do Controle Social
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas
- Garantia do financiamento das ações de Saúde do Trabalhador

Fonte: BRASIL, 2011.

A criação da RENAST buscou organizar ações na rede de serviços de saúde do SUS. De acordo com a Portaria nº 1.679/2002, a estruturação da rede deveria envolver:

- I. Ações na Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF).
- II. Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).
- III. Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

A Portaria também definia que “as Equipes da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família” seriam capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições seriam estabelecidas pela Secretaria de Políticas de Saúde. O CEREST, enquanto eixo organizador das ações, deveria funcionar como “polo irradiador das ações de Saúde do Trabalhador no SUS”, apoiado pela rede de Serviços Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2002a).

Em 2003, a implementação da RENAST foi definida, pelo Ministério da Saúde, como a principal estratégia para operacionalização da PNST no SUS. Em 2005, a Portaria MS/GM nº 2.437, de 05 de dezembro, ampliou a rede de CEREST e enfatizou a importância das ações de vigilância e o envolvimento da Atenção Básica de Saúde (DIAS; HOEFEL, 2005).

Em Minas Gerais, estudo realizado em 2007 sobre o processo de implementação da RENAST no Estado, com ênfase na análise do funcionamento dos 15 CEREST implantados à época, mostrou avanços setoriais e ganhos para a visibilidade da área. Entre outras dificuldades, apontou: a falta de clareza sobre o papel do CEREST pela equipe técnica e gestores, a frágil articulação intrassetorial, o desconhecimento sobre o perfil de morbimortalidade e o perfil produtivo responsável pela geração de riscos para a saúde, além do despreparo dos profissionais e falta de suporte técnico especializado para o desenvolvimento das ações de assistência e vigilância. Outro fator identificado no estudo foi a baixa prioridade do tema nas agendas dos gestores de saúde e do controle social (DIAS *et al.*, 2008).

Como mencionado anteriormente, em 2009, a Portaria MS/GM nº 2.728, vigente, redefiniu a organização da RENAST, em sintonia com as diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006. A norma ministerial reitera que as ações de saúde do trabalhador – de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação – devem ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada em todos os níveis de atenção do SUS, devendo estar explicitadas nos Planos de Saúde nacional, estaduais e municipais e nas respectivas Programações Anuais.

De acordo com a Portaria nº 2.728/2009, a organização da RENAST se baseia na:

- I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador responsáveis por “oferecer subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais”;
- II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;
- IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e,
- V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009a).

Para apoiar o desenvolvimento da RENAST está sendo elaborado um Manual pela SAST-SVS-MS, cuja versão preliminar encontra-se em consulta pública.

1.2.2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR

A integralidade da atenção à saúde é um conceito polissêmico que necessita ser mais conhecido e elaborado, para que se consiga aproximá-lo da realidade do SUS.

A Portaria nº 3.252, de dezembro de 2009, define que integralidade consiste na “garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário” (BRASIL, p. 8, 2009b).

O documento da PNST (2011) define que a garantia da integralidade inclui:

a articulação entre as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da Saúde dos Trabalhadores; a articulação entre as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; a articulação entre o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

A equipe da Diretoria em Saúde do Trabalhador da SES-MG considera que a atenção integral à saúde dos trabalhadores no Estado envolve tanto as ações assistenciais quanto as ações de vigilância, incluindo a vigilância dos fatores de risco, vigilância dos expostos e vigilância dos doentes, e também ações de promoção à saúde, com destaque para as ações educativas.

Embora a atenção integral considere indissociáveis as ações de assistência, vigilância e promoção da saúde, no campo da Saúde do Trabalhador, destaca a primazia da vigilância e do controle da exposição aos riscos gerados nos processos produtivos.

1.2.2.1 Redes de atenção à saúde e a Saúde do Trabalhador

Entre as estratégias adotadas para construir a integralidade no âmbito do SUS, a organização das redes de atenção à saúde é a proposta hegemônica e visa superar a fragmentação dos serviços de saúde responsável, entre outros efeitos, pela perda de recursos, a baixa resolutividade e desempenho, que resultam em baixa qualidade dos serviços prestados, gerando insatisfação dos usuários.

A construção das redes de atenção à saúde baseia-se em um modelo de organização das ações que rompe com a hierarquização dos serviços, estratificada em níveis (primário, secundário e terciário) e valoriza a Atenção Primária à Saúde. Entre as características da proposta estão: uma nova racionalidade para os processos de trabalho no SUS, a integração das informações e das bases de dados, critérios mais eficientes para alocação de recursos e investimentos, o fortalecimento dos sistemas logísticos de referenciamento de consultas e realização de exames, transporte de pacientes, entre outros.

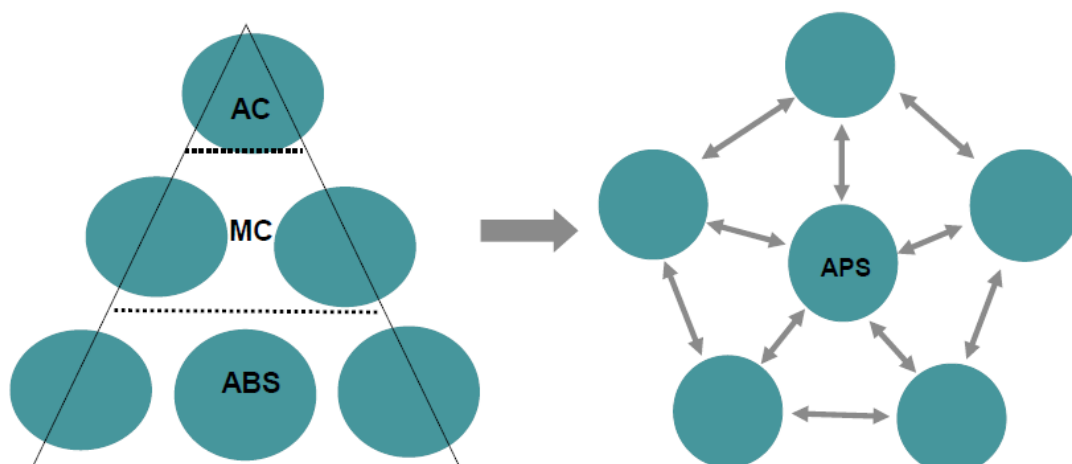
Segundo Mendes (2009):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa – e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.

Uma rede de atenção à saúde pressupõe a articulação funcional de unidades de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas logísticos, de apoio e de gestão, em organização hierárquica segundo níveis de complexidade e de um referencial geográfico comum, com comando único e a existência de normas operacionais e de um sistema de informação e de outros recursos logísticos compartilhados com um propósito de garantir a integralidade do cuidado (OPAS, 2008; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A organização de redes de atenção coordenadas pela APS pressupõe que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, guardadas as diferenças quanto às densidades tecnológicas que os caracterizam, como mostra a Fig. 1.

Figura 1 – Representação dos modelos de atenção à saúde: do sistema piramidal para a Rede Poliárquica de Atenção à Saúde



Fonte: MENDES, 2009.

De acordo com este modelo, a APS assume o papel de centro de comunicação e coordenação dos fluxos e contrafluxos de toda a rede e deve ser entendida como:

[...] uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população [...] (MENDES, 2009, p. 163).

Uma rede de atenção à saúde é constituída a partir de três elementos:

- a) a população adscrita e seu respectivo território, com os seus problemas, conflitos, recursos e possibilidades;
- b) o modelo de atenção; e
- c) o sistema operacional organizado nos seguintes componentes: o centro de comunicação da rede representado pelas unidades de APS; os pontos ou unidades de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação; os sistemas logísticos formados pelas estruturas tecnológicas que garantem a organização dos fluxos no interior da rede, entre elas o cartão de identificação dos usuários, a regulação do acesso, o transporte entre os diferentes pontos da rede, o prontuário eletrônico e a governança do sistema representada pelos instrumentos e mecanismos de gestão exercida pelos gestores e pelo controle social (MENDES, 2009).

Em Minas Gerais, a proposta de organização do SUS por redes de atenção, em substituição ao modelo hierárquico, piramidal e formatado segundo níveis de complexidade, é bem-aceita no plano teórico, entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde, ainda predomina o modelo tradicional.

Ações de Saúde do Trabalhador nas redes de atenção

O desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador nas redes de atenção à saúde é ainda um desafio. A rigor, o papel do trabalho, enquanto determinante do processo saúde-doença, deve ser considerado em qualquer ponto da rede de atenção à saúde. Em cada nó de rede ou ponto de atenção, o trabalhador que demanda

o serviço deve ser reconhecido como tal e deve ser considerada sua inserção no processo produtivo, ou seja, a possibilidade ou o modo como seu trabalho afeta sua saúde. Nas ações de vigilância busca-se o aumento das notificações, melhoria da qualidade das informações, a análise do perfil de agravos à saúde relacionados ao trabalho, em articulação com a Vigilância Epidemiológica e Ambiental, e o reconhecimento dos riscos para a saúde, gerados nos processos de trabalho, em articulação com a Vigilância Sanitária e Ambiental. Essas informações devem subsidiar o planejamento das ações nas esferas estadual, regional e municipal.

O CEREST é um ponto de atenção da rede que possui como principal atribuição o matriciamento das ações de saúde do trabalhador. A rede sentinela está organizada a partir dos pontos de atenção considerados sensíveis para identificação dos agravos relacionados ao trabalho.

Com esta compreensão, a Diretoria de Saúde do Trabalhador está estimulando a inserção de ações de saúde do trabalhador em todos os pontos da rede de atenção e nas vigilâncias, como será detalhado na Seção 3.

Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde

A organização da atenção à saúde dos trabalhadores a partir da APS reveste-se de especial importância, quando se considera a capilaridade do sistema e a possibilidade de fazer a atenção integral à saúde chegar o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, e o potencial desses serviços para identificar as necessidades de saúde da população adscrita no território e relacioná-las às atividades produtivas para planejar e executar as ações.

Entretanto, observa-se que no cotidiano da APS o papel do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e do coletivo e dos impactos no meio ambiente não está incorporado, de forma sistemática, nas práticas de saúde. Estudos recentes mostram que, apesar de os profissionais compreenderem a importância da Saúde do Trabalhador, a abordagem deficiente de temas relacionados à área saúde e trabalho na formação profissional, a falta de suporte técnico para o desenvolvimento das ações e a dificuldade de encaminhamento para os serviços especializados em Saúde do Trabalhador são fatores que limitam a atenção à saúde dos trabalhadores na APS (CHIAVEGATTO, 2010; RODRIGUEZ, 2010).

Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), **espera-se que os serviços da APS desenvolvam as seguintes ações de Saúde do Trabalhador:**

- mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território e identificação dos potenciais riscos e perigos para a saúde e o ambiente decorrentes das atividades produtivas;
- Identificação do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores sob a responsabilidade das equipes da APS, o que pressupõe o reconhecimento do usuário enquanto trabalhador;
- identificação do perfil demográfico e ocupacional da população trabalhadora, por meio do cadastramento das famílias;

- identificação dos grupos de trabalhadores mais vulneráveis, entre eles: chefes de família desempregados ou subempregados; aqueles desenvolvidos em atividades produtivas perigosas no domicílio; crianças e adolescentes; gestantes ou nutrizes trabalhando em atividades que coloquem em risco sua saúde ou a da criança e os portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho;
- identificação da rede de apoio social e formas de organização dos trabalhadores no território;
- definição da linha de cuidado, estabelecendo condutas e manejo da assistência, promoção e vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos desenhados segundo os agravos e as situações de risco relacionados ao trabalho; definição dos fluxos de referência e contrarreferência e dos instrumentos para os encaminhamentos;
- assistência de qualidade, acompanhamento e, se necessário, encaminhamento para níveis mais complexos de cuidado, garantindo a continuidade do tratamento e a reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos na linha de cuidado;
- identificação da relação entre a queixa ou doença apresentada pelo usuário e o trabalho, favorecendo o diagnóstico correto e condutas terapêuticas adequadas, incluindo, quando indicado, o encaminhamento do trabalhador segurado pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) à Previdência Social;
- notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
- orientação dos trabalhadores sobre sua saúde e direitos trabalhistas e previdenciários;
- orientação quanto à incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da Atenção Primária em Saúde.

As ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde devem contar com o apoio e acompanhamento das áreas técnicas estaduais e municipais de saúde do trabalhador e, em especial, dos CEREST, que deverão atuar como apoiadores técnicos e pedagógicos para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador na APS.

Em MG, a estratégia da Saúde da Família é a forma de organização prioritária da APS. Em abril de 2011, a cobertura da população pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde foi de 70,5% e 68% pela Estratégia Saúde da Família (BRASIL/DAB, 2011).

Saúde do Trabalhador nos Serviços de Urgência e Emergência

A frequência e a gravidade dos acidentes e intoxicações agudas relacionados ao trabalho reforçam a necessidade de se incorporar ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de Urgência e Emergência. Estes serviços devem estar preparados para reconhecer o usuário enquanto trabalhador e prestar assistência de qualidade e com resolutividade ao acidentado ou intoxicado; estabelecer a relação do agravo com o trabalho e notificá-lo à vigilância epidemiológica e à vigilância em Saúde do Trabalhador, além de orientar o acesso do trabalhador à Previdência Social, no caso de este ser segurado.

A notificação da ocorrência de acidentes e intoxicações exógenas graves e/ou com óbito deve desencadear a investigação das causas visando a adoção de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho.

A seguir, exemplos de **ações direcionadas à saúde dos trabalhadores, que devem ser desenvolvidas nos serviços de urgência e emergência:**

- assistência de qualidade ao usuário com agravo relacionado ao trabalho;
- identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários;
- identificação da relação entre a queixa ou doença apresentada pelo usuário e o trabalho, favorecendo o diagnóstico correto e condutas terapêuticas adequadas, a orientação do trabalhador e, quando indicado, o encaminhamento do trabalhador segurado pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) à Previdência Social;
- notificação ao SINAN e registro na AIH, nos casos de hospitalização, dos casos suspeitos ou confirmados de relação entre acidente, violência e/ou intoxicação exógena apresentados pelo usuário com o trabalho;
- referência do usuário para acompanhamento nas unidades básicas de saúde no território onde vive.

Para que essas ações de fato ocorram é importante incorporar conteúdos de Saúde do Trabalhador na capacitação e educação permanente das equipes das unidades e serviços de Urgência e Emergência, hospitalar e/ou pré-hospitalar, além de garantir suporte técnico e matricial.

Em Minas Gerais a Rede Regional de Atenção às Urgências e Emergências é um Projeto Estruturador, que visa integrar os serviços de saúde e minimizar a fragmentação. A Rede foi baseada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado e tem como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (SES-MG, 2010).

Saúde do Trabalhador nos Centros de Especialidades

Os Centros de Especialidades são unidades de saúde que ofertam consultas e exames especializados visando ao diagnóstico e tratamento de casos mais complexos. Em Minas Gerais a atuação dos Centros de Especialidades está sendo organizada considerando a adscrição e regionalização da saúde e o perfil epidemiológico da população, que direciona o suporte técnico aos problemas mais prevalentes. A proposta define que os Centros de Especialidades devem ser espaço de interlocução, em especial com os médicos e outros profissionais das equipes da APS.

De forma sintética **espera-se que os Centros de Especialidades desenvolvam as seguintes ações de Saúde do Trabalhador:**

- atendimento qualificado e, se necessário, encaminhamento para níveis mais complexos de cuidado, garantindo a continuidade do tratamento e a reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos na linha de cuidado;
- identificação e registro da situação de trabalho, ocupação e o ramo de atividade econômica do usuário dos Serviços de Especialidades, nas redes estaduais e municipais;
- identificação da relação entre a queixa ou doença apresentada pelo usuário e o trabalho, favorecendo o diagnóstico correto e condutas terapêuticas adequadas, incluindo a orientação ao trabalhador sobre sua situação de saúde e a relação com o trabalho, procedimentos de proteção e prevenção, direitos trabalhistas e o encaminhamento à Previdência Social, no caso de o trabalhador ser segurado;

- notificação no SINAN, em caso de suspeita ou confirmação da relação entre o agravo à saúde e o trabalho do usuário;
- incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos Serviços de Especialidades.

A organização do cuidado do trabalhador na rede de serviços especializados tem acontecido de modo lento e pontual. Um exemplo desse processo acontece nos Centros de Referência em Reabilitação Física (CRRF). Estes são pontos de atenção especializada, responsáveis pelo atendimento de pessoas com deficiência física, entre eles trabalhadores que apresentam graus variados de disfunções e incapacidades decorrentes de acidentes e doenças, relacionados ao trabalho, visando sua reintegração social e profissional.

Em Minas Gerais, a Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD) implantou a Rede Estadual de Reabilitação Física, com 19 unidades habilitadas seguindo as diretrizes do PDR-MG. Elas têm o objetivo de habilitar/reabilitar e inserir a pessoa com deficiência nas atividades da vida diária/social e, quando necessário, o fornecimento de órteses e próteses, entre outros dispositivos. **As ações de Saúde do Trabalhador previstas para serem desenvolvidas pelos Centros de Reabilitação Física são:**

- identificar a ocupação do usuário dos Centros de Reabilitação Física;
- estabelecer a relação entre o agravo e a situação/condição de trabalho do usuário;
- notificar os agravos relacionados ao trabalho, em especial, os acidentes de trabalho graves;
- criar o cadastro estadual de pessoas com deficiência física (de acordo com os critérios eletivos do Decreto nº 5.296/2004 – Lei de Cotas) com o intuito de favorecer sua inserção/reinserção no mercado de trabalho através de um sistema unificado de informações;
- articular, em nível municipal e regional, a incorporação do cadastro estadual ao SINE – deficiente, visando otimizar a inserção desses indivíduos com deficiência no mercado formal de trabalho.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

A organização da atenção integral à Saúde do Trabalhador, tendo a APS como ordenadora do cuidado, impõe a redefinição do papel do CEREST, atribuindo-lhe a responsabilidade de fornecer suporte técnico ao trabalho das equipes.

De acordo com o Manual da RENAST (BRASIL, 2010), os CEREST desempenham função de suporte técnico, de educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. O CEREST deixa de ser porta de entrada do sistema, desenvolvendo função de centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador. Também mantém a atribuição de polo irradiador de ações e ideias de vigilância em saúde na rede SUS.

A seguir são apresentadas as atribuições dos CEREST regionais, prescritas no Manual da RENAST.

Quadro 3 - Atribuições do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, definidas no Manual da RENAST

DIMENSÃO	CEREST REGIONAL
Político-Institucional	Participar na elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador loco-regional.
Gestão e organização de serviços	Participar na elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador loco-regional.
	Participar do processo de incorporação da Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde do município sede e fomentar a inclusão da Saúde do Trabalhador nos planos municipais de saúde da sua área de abrangência, de acordo com os princípios, diretrizes, objetivos e metas da Política Nacional e Estadual de Saúde do Trabalhador, bem como subsidiar com informações pertinentes a elaboração do Relatório de Gestão Anual.
	Execução das ações em Saúde do Trabalhador para alcance das metas previstas nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Gestão Estadual em Saúde do Trabalhador, e de acordo com a previsão/dotação orçamentária dos recursos específicos provenientes do FNS, FES, FMS e de outras fontes.
	Contribuir na identificação e avaliação da saúde de adolescentes e crianças submetidos a situações de trabalho, assim como na atuação com outros setores de governo e da sociedade na erradicação do trabalho infantil, no âmbito loco-regional.
	Articular as ações em Saúde do Trabalhador considerando as estratégias da Política Nacional de Promoção à Saúde, no âmbito loco-regional.
	Contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais, com ênfase no âmbito loco-regional.
	Dar suporte técnico para a implementação das ações em Saúde do Trabalhador pactuadas nas agendas estadual e regional de saúde na PPI e para as ações programadas na PAVS, em conjunto com os setores de planejamento, controle e regulação.
	Dar suporte técnico para o processo de avaliação da gestão da RENAST, na região. As coordenações municipais de Saúde do Trabalhador da região devem apoiar/participar dessa avaliação.
	Subsidiar o processo de planejamento de ações transversais em Saúde do Trabalhador no âmbito regional e municipal.
	Apoiar e incentivar a implantação das ações de Saúde do Trabalhador por meio de cooperação técnica, nos municípios de sua área de abrangência, inclusive com os consórcios intermunicipais de saúde.
	Dar suporte no âmbito regional para a implementação dos projetos prioritários em questões de interesse nacional, estadual, regional e local.
	Subsidiar o processo de organização no âmbito regional (de acordo com o PDR estadual e pactuação no CGR) da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção à Saúde, com ênfase na atenção aos acidentados e adoecidos pelo trabalho, conforme Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, e agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004.
	Obedecer aos fluxos de referência e contrarreferência de acordo com as diretrizes clínicas, linhas guia e protocolos.
Dar suporte técnico para a implantação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito regional, bem como apoiar o processo de pactuação da mesma nos Colegiados de Gestão Regional.	

Gestão e organização de serviços	Dar suporte técnico para a implementação das diretrizes clínicas, linhas guia e protocolos, considerando os agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, e os de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004.
	Dar suporte técnico para elaboração e implementação de normas relacionadas à promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação de trabalhadores portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho e trabalhadores expostos a risco à saúde no âmbito loco-regional.
	Dar suporte técnico para construção do mapa de risco e elaboração dos projetos estruturadores de acordo com as prioridades apontadas pelos mapas de risco, em âmbito loco-regional.
	Dar suporte técnico para implementação, aplicação, validação e capacitação de protocolos de atenção em Saúde do Trabalhador, visando consolidar as instâncias da RENAST como referências de prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito loco-regional.
Vigilância e sistemas de informação em Saúde/ST.	Realizar em articulação com as demais áreas da vigilância em saúde estadual e dos municípios da área de abrangência as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito loco-regional.
	Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar e, quando necessário, em conjunto com técnicos do CEREST estadual, regionais de saúde, centros colaboradores, entre outros.
	Dar suporte técnico, alimentar e analisar o conjunto de dados e informações dos diversos Sistemas de Informação do SUS, de relevância para a Saúde do Trabalhador, em sua área de abrangência.
	Dar suporte técnico para o monitoramento de indicadores de processo e resultado, para o acompanhamento e a análise das informações sobre Saúde do Trabalhador, subsidiando as ações de Vigilância em Saúde nos municípios de sua área de abrangência.
Formação em Saúde do Trabalhador	Dar suporte técnico para implementação da política de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador pactuada em cada Colegiado de Gestão Regional, de forma a garantir as capacitações consideradas prioritárias a nível loco-regional.
	Propor e desenvolver, quando necessário, projetos específicos de formação e capacitação para o fortalecimento da Política em Saúde do Trabalhador, no âmbito loco-regional.
	Articular e assessorar a incorporação da temática Saúde do Trabalhador nos demais processos de formação profissional da rede do SUS loco-regional.
	Estimular o desenvolvimento de estágios e pesquisas com as instituições de ensino e pesquisa, sindicatos e outras organizações.
	Implementar e acompanhar os projetos de intercâmbios com instituições de ensino e pesquisa, que promovam o aprimoramento técnico em Saúde do Trabalhador dos profissionais do SUS, no âmbito loco-regional.
Ações intra e interinstitucionais	Dar suporte técnico para a inserção das ações em Saúde do Trabalhador nas linhas de cuidado, considerando os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/04/GM, a serem seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, pactuadas nos Colegiados de Gestão Regional em sua área de abrangência.
	Atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador.
	Contribuir para a articulação interinstitucional com vistas à implementação da vigilância dos processos produtivos e dos seus impactos no meio ambiente.
	Subsidiar, com pareceres técnicos, o poder legislativo em questões de interesse público, no campo da Saúde do Trabalhador.
	Propor a realização de convênios de cooperação técnica com os órgãos de ensino, pesquisa e instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, de defesa do consumidor e do meio ambiente, visando à sustentabilidade humana e ambiental dos processos produtivos.

Controle social	Articular a participação dos trabalhadores no planejamento, execução e no controle social das ações em Saúde do Trabalhador, conforme realidade loco-regional.
	Fomentar a criação e efetivação das CIST, dos Conselhos de Gestão Participativa e demais formas de Controle Social, conforme realidade loco-regional.
	Apoiar as ações para fortalecimento do controle social, na região e nos municípios do seu território de abrangência, colaborando com o processo de formação e de qualificação dos participantes de suas diversas instâncias.

Observa-se que algumas das atribuições dos CEREST regionais superpõem àquelas das instâncias regionais (estaduais do SUS).

Em Minas Gerais, a Diretoria de Saúde do Trabalhador da SES-MG vem buscando definir as atribuições dessas instâncias, na perspectiva da complementaridade e cooperação. Uma dificuldade encontrada decorre do fato de que o número de CEREST existentes e sua distribuição no Estado não coincidem nem com as macrorregiões nem com as microrregiões de saúde, como será detalhado na Seção 2.

Tanto o Manual da RENAST quanto o texto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador atribuem ao CEREST o papel de suporte técnico, por meio da metodologia de Apoio Matricial (AM). Em caráter complementar poderá executar ações de assistência e vigilância.

O CEREST, enquanto apoiador matricial, deve oferecer às equipes de referência da APS retaguarda assistencial, suporte técnico e pedagógico para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde.

As ações de **matriciamento** dos profissionais da APS e do conjunto da rede de atenção à saúde a serem realizadas pelo CEREST incluem:

- discussão de casos suspeitos de agravos relacionados ao trabalho para a confirmação do diagnóstico e apoio no desenvolvimento do plano terapêutico adequado;
- auxílio na sistematização e análise do mapeamento das atividades produtivas e eleição de prioridades para o cuidado à Saúde do Trabalhador;
- suporte técnico nas investigações dos agravos de notificação compulsória;
- suporte técnico para desenvolvimento de ações de gerenciamento de risco das atividades desenvolvidas em domicílio, entre outras;
- apoio à qualificação dos profissionais e técnicos sobre as questões de Saúde do Trabalhador, incluindo as questões trabalhistas e previdenciárias.

Vigilância em Saúde do Trabalhador nas redes de atenção

Conceitualmente, a Vigilância em Saúde está organizada a partir da articulação da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, e as ações devem integrar as redes de atenção à saúde, visando à integralidade do cuidado. A Portaria nº 3.252/09 destaca, ainda, que a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção (BRASIL, 2009b).

A Portaria MS/GM nº 3.252/2009 detalha o objeto de cada uma das vigilâncias e da promoção da saúde, incentivando a integração com vistas à Vigilância em Saúde, como mostrado no quadro a seguir.

Quadro 4 – Síntese dos componentes da Vigilância em Saúde de acordo com a Portaria MS/GM nº 3.252/2009

- I - **vigilância epidemiológica:** vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- II - **promoção da saúde:** conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- III - **vigilância da situação de saúde:** desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;
- IV - **vigilância em saúde ambiental:** conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;
- V - **vigilância da saúde do trabalhador:** visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e
- VI - **vigilância sanitária:** conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Fonte: BRASIL, 2009b.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 3.252/09, a Vigilância da Saúde do Trabalhador (VISAT) tem por objetivo:

a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. (BRASIL, 2009 p.)

Esta conceituação retoma o conceito de VISAT presente na Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria GM nº 3.120/1998) ainda vigente:

Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses.

Considerando que a vigilância de riscos e a vigilância dos agravos não podem ser separadas (MACHADO, 1996), as ações da VISAT incluem a investigação e intervenção sobre situações de riscos, os determinantes tecnológicos e sociais presentes nos ambientes e nos processos de trabalho e a análise e monitoramento de situações de saúde dos trabalhadores que vivem e/ou trabalham em um determinado território.

Quadro 5 – Características da Vigilância em Saúde do Trabalhador

CARACTERÍSTICAS DA VISAT

1. Ser realizada de forma contínua e sistemática;
2. ter um sistema de informações consistente;
3. possuir um aparato de intervenção institucional definido;
4. ter um relacionamento estreito com os trabalhadores;
5. ter por base um direcionamento social estabelecido;
6. criar e monitorar indicadores sociais e sanitários;
7. estabelecer e divulgar a relação entre o processo saúde-doença e o trabalho nos territórios.

Fonte: GUERRA, 2010.

São consideradas **ações mínimas de Vigilância em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas na perspectiva da Vigilância em Saúde:**

- identificação do perfil produtivo do território que compreende as atividades produtivas e a presença de situações de risco ou perigos para a saúde dos trabalhadores, da população em geral e o ambiente;
- análise da situação de saúde dos trabalhadores e definição das prioridades de ação, considerando os critérios clássicos adotados em Saúde Pública: o número de expostos a risco, número de doentes; riscos ou perigos para a saúde, gerados nas atividades produtivas predominantes, entre outros;

- vigilância dos processos e ambientes de trabalho (Vigilância Sanitária), com vistas a orientar as mudanças das condições e processos de trabalho geradores de agravos e doenças;
- vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho (morbidade e mortalidade), garantindo a notificação desses agravos, a busca ativa, a investigação de casos, a sistematização e análise das informações;
- disponibilização e divulgação de informações, por meio da produção e disponibilização de relatórios técnicos, em tempo real, para orientar o planejamento, a execução e o monitoramento das ações de saúde e o controle social;
- articulação de ações intra e intersetoriais.

No plano institucional, um dos grandes desafios para a VISAT-SUS é a vigilância dos ambientes de trabalho. Tradicionalmente, as ações de normatização e fiscalização das condições de trabalho sempre estiveram na esfera do Ministério do Trabalho. A Constituição de 1988 atribuiu ao SUS a mesma competência, resultando em atribuições concorrentes, gerando dificuldades para a atuação do SUS. Entretanto, para Lenir Santos, é indiscutível a responsabilidade atribuída ao SUS quanto à vigilância dos ambientes do trabalho (SANTOS, 1997).

Existem diferenças conceituais entre vigilância dos ambientes e processos de trabalho, na perspectiva da VISAT e da inspeção dos ambientes de trabalho realizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, que necessitam ser explicitadas e mais bem conhecidas. Além disso, é necessário desenvolver instrumentos próprios para a realização dessas atividades.

É importante destacar que os serviços de saúde e, em especial, alguns Centros de Referência em Saúde do Trabalhador têm realizado ações de vigilância de ambientes de trabalho nos últimos 30 anos. Entretanto, esse acúmulo ainda não foi devidamente sistematizado e socializado sob a forma de protocolos e outros instrumentos padronizados.

São descritos a seguir aspectos da vigilância dos ambientes de trabalho e as etapas a serem cumpridas para sua realização, organizadas com base no documento “Protocolo de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho” (PINHEIRO *et al.*, 2010).

Vigilância dos ambientes de trabalho

No âmbito do SUS, a vigilância dos processos e ambientes de trabalho deve ser desenvolvida de forma articulada com a Vigilância Sanitária (VS) e a Vigilância Ambiental (VA). Desse modo, as ações de vigilância e fiscalização sanitária devem considerar, além do objeto tradicional – produto/consumidor –, as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores.

O ambiente de trabalho pode ser definido como os locais onde se desenvolvem os processos produtivos. Se por um lado os modos de produção sociais e econômicos trazem conquistas para o bem-estar e conforto da população, por outro, geram riscos para a saúde do trabalhador, além de comprometer o meio ambiente.

A VISAT busca conhecer as condições presentes no ambiente de trabalho, visando corrigir ou mitigar as situações perigosas para a saúde. Ela envolve a participação

dos órgãos públicos, os empregadores e os trabalhadores. No caso do trabalho domiciliado, é importante lembrar que, no cenário atual, apenas as equipes da APS, em especial os ACS, têm acesso fácil aos ambientes e processos de trabalho, aumentando a responsabilidade do SUS.

A organização e a execução de uma ação de vigilância do ambiente de trabalho envolvem as seguintes etapas:

a) Planejamento

O planejamento da ação da vigilância é essencial para o sucesso da ação. Ele envolve as seguintes etapas:

- Identificação da Empresa/Local de Trabalho: deve ser a mais completa possível, registrando: Razão Social, CGC, nome fantasia, setor de atividade (se primário, secundário ou terciário), ramo de atividade econômica, número da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), Grau de risco (se 1, 2, 3 ou 4) segundo a NR4 da Portaria nº 3.214 MTE, data do início do funcionamento e número total de trabalhadores.
- Identificação dos responsáveis pela ação de VISAT: identificar os participantes da ação e respectivos cargos, técnicos da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, da APS; representantes da CIST; dos trabalhadores (Sindicato e outras formas de organização, como associação de moradores ou portadores de doenças, por exemplo) e de outras instituições (órgão ambiental, MTE, Ministério Público do Trabalho, MPAS, entre outros).
- Objeto da ação de VISAT: detalhar o objeto da ação, por meio da consulta à literatura, registros anteriores de inspeção, levantamento de indicadores de saúde (CAT, dados do SINAN, dentre outros), informações dos trabalhadores.
- Identificação e consulta de documentos e instrumentos existentes: o fluxograma de produção, layout; descrição da atividade, instrumentos e meios de trabalho; condições do ambiente interno e externo; existência de equipamentos de proteção coletiva e individual; identificação de riscos e cargas de trabalho que podem ser esperados, PPRA, PCMSO, PPP, entre outros. Também são importantes as informações sobre a ocorrência de doenças e agravos relacionados ao trabalho.
- Identificação de instrumentos administrativos: ordem de serviço; termos de visita; termos de Multa/Interdição (fita zebra e etiqueta); termo de coleta de amostra (saco plástico e etiqueta), entre outros. Devem ser previstos os procedimentos a serem adotados, em caso de o empregador recusar o acesso da equipe ao local de trabalho.
- Relação dos recursos disponíveis: transporte e equipamentos técnicos.
- Agendamento da atividade: definição da data estimada para a primeira inspeção com descrição de um resumo dos objetivos da ação.

b) Execução da inspeção

Após a apresentação da equipe no local a ser inspecionado e explicação do propósito da inspeção, devem ser formadas duplas. Uma ficará responsável pelo exame da documentação da empresa e dos trabalhadores, relativa ao SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho), à CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), ao PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), ao PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), existência de

mapa de risco, e sobre as relações de trabalho: vínculo, jornada, descanso, etc. Além de anotar os dados mais relevantes, podem se solicitar cópias de documentos para análise posterior. A inspeção in loco dos ambientes de trabalho deverá ser feita pela outra dupla, procurando observar o processo de trabalho, a disponibilidade de equipamentos de proteção e conforto para os trabalhadores. É importante que a inspeção seja acompanhada por um trabalhador da área e que seja incentivado o diálogo com os demais. É importante ouvir, anotar e se possível fazer o registro fotográfico dos problemas. Os roteiros e protocolos para condução do trabalho são de grande ajuda.

c) Relatório de inspeção

O relatório da inspeção realizada deve conter:

Data	Dia, mês, ano, horário de chegada e de saída da equipe.
Equipe de Vigilância	Nome completo dos técnicos e acompanhantes e respectivo vínculo institucional. Também deverão ser registrados os representantes da empresa, da CIPA e do Sindicato da categoria.
Perfil da Força de Trabalho	Perfil dos trabalhadores da empresa: distribuição por setor (produção, administração e manutenção), por sexo (homens e mulheres), por turno (manhã, tarde e noite), se menores de idade, terceirizados, prestadores de serviço, estagiários, reabilitados. Descrever o regime de trabalho: celetistas, estatutários, informais, autônomos, cooperados, avulsos, estagiários, voluntários ou outros.
Descrição do Trabalho da Equipe da VISAT	Procedimentos adotados pela equipe, de acordo com o planejamento. Documentos analisados (PPRA, PCMSO, exames médicos/prontuário, mapa de risco, atas da CIPA, permissão de trabalho, relatório de não conformidade e outros), com anotação das informações de interesse. Também devem ser assinaladas as intercorrências, como por exemplo: dificuldades de acesso à empresa, presença de situação de risco grave e iminente para a saúde; constrangimentos para a equipe e medidas adotadas para lidar com as situações.
Conclusão	Registro do(s) termo(s) legal(is) aplicado(s), registro de presença, termo de notificação/infração, termo de interdição, termo de coleta de amostra, entre outros; recomendações de caráter educativo e outras atividades realizadas. A conclusão deve sintetizar as ideias principais e refletir os resultados da inspeção efetuada de modo a subsidiar os encaminhamentos sugeridos.
Discussão e encaminhamentos	Com base no relatório de Inspeção, a equipe de VISAT deverá discutir os principais problemas identificados e definir os encaminhamentos considerados prioritários e respectivos prazos de cumprimento. Também deverão ser definidos: estratégias, recursos e instrumentos jurídicos a serem utilizados. No caso de interrupção da ação, esta deverá ser registrada, assim como os motivos da interrupção: se externos, em decorrência de recursos legais, afastamentos de instituições, se por falta de recursos financeiros, equipe ou instrumentos, ou por fatores internos, por exemplo, o afastamento do sindicato ou ordem superior. Também deverá ser estimada a data da inspeção seguinte.
Acompanhamento e realização de novas inspeções	Os mesmos procedimentos deverão ser seguidos nas inspeções subsequentes, observando o cumprimento das atuações/recomendações.
Comunicação e divulgação	A ação de VISAT deve ser divulgada, prioritariamente para os atores envolvidos, em especial para o sindicato e movimentos de trabalhadores, os Conselhos de Saúde (municipal, estadual ou nacional) e, conforme o caso, para o Ministério Público.

Síntese das etapas:**a) Planejamento da VISAT**

- ❖ Informações prévias sobre o setor produtivo e a atividade que será inspecionada, em fontes documentais ou dados secundários
- ❖ Preparação da equipe e da logística
- ❖ Preparação dos instrumentos de trabalho (roteiros, máquinas fotográficas, legislações)
- ❖ Roteiro de inspeção

b) Inspeção

- ❖ Apresentação da equipe no local a ser inspecionado e explicação da finalidade da inspeção
- ❖ Exame da documentação da empresa e dos trabalhadores
- ❖ Observação do processo de trabalho em todos os setores da empresa, bem como da organização e condições de trabalho
- ❖ Conversa com os trabalhadores de cada setor para subsidiar a identificação dos problemas existentes no processo e no ambiente de trabalho
- ❖ Registro das informações recolhidas

c) Elaboração do Relatório

Apresentação: os assuntos devem ser apresentados em uma sequência lógica;

Concisão: usar linguagem clara de fácil entendimento por todos;

Convicção: relatar as evidências de modo a conduzir às mesmas conclusões;

Clareza: Assegurar-se de que a estrutura do relatório e a terminologia empregada permitam que as informações reveladas possam ser entendidas por qualquer pessoa;

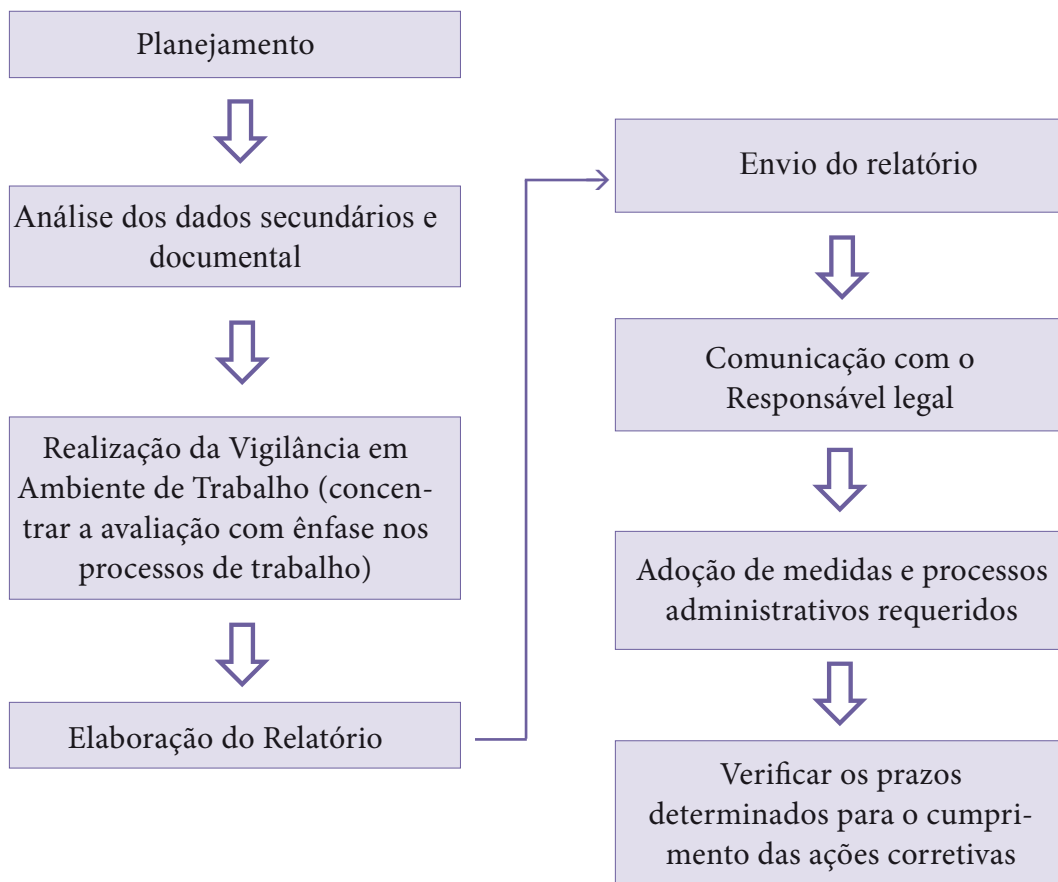
Integridade: incluir no relatório de forma objetiva todos os fatos observados acrescidos de memorial fotográfico;

Oportunidade: os assuntos neles abordados devem ser objeto de providências adequadas.

O Relatório deve apontar ou descrever as medidas corretivas, definindo prazos para que o responsável providencie a adequação das inconformidades.

A Fig. 2, apresentada a seguir, esquematiza as fases da vigilância/inspeção nos ambientes de trabalho.

Figura 2 – Fases da inspeção sanitária nos ambientes de trabalho



Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2010.

Autoridade Sanitária

Para que as RT-ST e técnicos da vigilância sanitária tenham acesso aos ambientes de trabalho para avaliar a organização, os processos e as condições de trabalho, é necessário que as ações de Saúde do Trabalhador estejam contempladas nos Códigos de Saúde do Estado e dos municípios.

Apesar de a figura da Autoridade Sanitária ser importante para a vigilância de ambiente de trabalho, qualquer profissional de saúde, vinculado ou não ao serviço de vigilância sanitária, pode executá-la, porém apenas a Autoridade Sanitária tem o poder de polícia administrativa.

É importante compreender que a vigilância de ambientes e processos de trabalho não é sinônimo de inspeção sanitária e pode ser realizada por qualquer agente público, entre eles o Agente Comunitário de Saúde (ACS), nos casos de atividades produtivas domiciliares. É comum o ACS encontrar marceneiros, cabeleireiros, doceiras, entre outros trabalhadores executando atividades em seu próprio domicílio. Nestes casos, é importante que o agente identifique os riscos e perigos presentes naquele ambiente de trabalho e no processo de trabalho, bem como realize orientações a estas famílias. A ficha de cadastramento das famílias, utilizada na APS

em Minas Gerais possui campo de registro para atividade domiciliar, que deve ser preenchido pelos ACS, como será detalhado na Seção 3.

Quem é a figura da Autoridade Sanitária em Minas Gerais?

Segundo o Código de Saúde (Lei nº 13.317/99) do Estado de Minas Gerais, são autoridades sanitárias:

I - o Secretário de Estado da Saúde;

II - os Secretários Municipais de Saúde ou autoridades equivalentes;

III - os demais Secretários de Estado ou Municipais com interveniência na área da saúde, no âmbito de sua competência;

IV - o detentor de função e o ocupante de cargo de direção, assessoramento e coordenação das ações de vigilância à saúde, lotado em órgão ou serviço da Secretaria de Estado de Saúde, das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes, no âmbito de sua competência;

V - o servidor integrante de equipe multidisciplinar ou de grupo técnico de vigilância sanitária e epidemiológica e de área relacionada à saúde, observada sua competência legal;

VI - o servidor público lotado ou formalmente cedido à Secretaria de Estado de Saúde e em exercício no referido órgão, designado para o exercício de atividade de regulação da assistência à saúde, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e ambiental ou de auditoria assistencial do SUS.

Fonte: Código de Saúde de Minas Gerais. Lei nº 13.317/99.

1.2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

O conhecimento da realidade de saúde dos trabalhadores e das condições da rede de serviços do SUS é essencial para o planejamento e gestão da atenção integral de modo a definir prioridades, organizar e viabilizar as intervenções.

Nesse sentido, a informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, o acompanhamento e a avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de fatores de risco e doenças. Neste contexto, é fundamental que essas informações/dados disponíveis tenham qualidade e retratem de forma fidedigna a situação de saúde nos diversos territórios.

Os sistemas de informação são componentes do sistema operacional constitui as redes de atenção à saúde. É importante destacar que na Saúde do Trabalhador

a informação pressupõe a disponibilidade de dados sobre a presença e exposição a fatores de risco para a saúde gerados nos processos de trabalho (produzidos no âmbito da Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e nos bancos de dados do Ministério do Trabalho e Emprego) e dados sobre a ocorrência de agravos ou formas de adoecimento relacionadas ao trabalho (Vigilância Epidemiológica, nos bancos de dados do Ministério do Trabalho e Emprego e INSS-MPS). Nesse sentido, considerando a realidade do subdiagnóstico e o sub-registro, a melhoria da informação sobre a situação de saúde-doença dos trabalhadores representa um desafio para os três níveis de gestão do SUS.

O Quadro 6, apresentado a seguir, contém uma síntese dos Sistemas de Informação do SUS, de interesse para a Saúde do Trabalhador.

Quadro 6 – Sistemas de Informação em Saúde no SUS

Sistemas de Informação em saúde	Conteúdo	Dados de interesse para a Saúde do Trabalhador
Sistema de Informação / Mortalidade (SIM)	O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sociodemográfico.	Ocupação; número de óbitos por grupo de causas (podem contribuir para identificar as mortes potencialmente relacionadas ao trabalho. Atenção para as causas externas); causa do óbito (verificar se causa imediata, básica ou intermediária foi acidente ou doença relacionada ao trabalho); faixa etária; sexo; município de ocorrência e município de residência.
Sistema de Informação Nascidos Vivos (SINASC)	O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras.	Ocupação da mãe; número de nascidos vivos com anomalia congênita; tipo de anomalia congênita (exposição da mãe a substâncias químicas é fator de risco para má-formação congênita); faixa etária; sexo; município de residência da mãe.

Sistema de Informação Agravos de Notificação (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan NET tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

Dentre os dados de interesse da Saúde do Trabalhador das doenças de notificação compulsória destacam-se os casos de tétano acidental, acidentes por animais peçonhentos, intoxicações exógenas e tuberculose em regiões com presença de mineração (principalmente beneficiamento). Dados de interesse referentes às doenças citadas: ocupação; faixa etária; sexo; município de residência.

Tétano acidental: possível causa (injeção, laceração, queimadura, etc.), número de doses aplicadas (situação vacinal); número de casos em que o local provável da fonte de infecção foi o trabalho (utilizar também as demais informações – via pública, escola, campo, unidade de saúde – porque pode ter sido informado via pública e ser um carroceiro que estava trabalhando, por exemplo)

Acidentes por animais peçonhentos: município de ocorrência do acidente; localidade de ocorrência do acidente; zona de ocorrência (urbana, rural, periurbana); número de casos que foram acidente de trabalho.

Intoxicações exógenas: situação no mercado de trabalho; local de ocorrência da exposição (ambiente de trabalho e trajeto do trabalho), todos os dados referentes à parte de “dados da exposição” da ficha de investigação.

Tuberculose: número de casos (caso novo, recidiva, reingresso após abandono, etc.), prevalência de tuberculose (número de casos independente do tipo de entrada/população do município); número de casos informados como doença relacionada ao trabalho.

Sistema de Informação Programa Nacional de Imunização (SIS-PNI)	Possibilita aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunizados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica.	Cobertura vacinal para dupla e hepatite B por município
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde.	Ocupação; faixa etária; sexo; escolaridade; número de atendimentos específicos para acidentes de trabalho por Equipe de Saúde da Família.
Sistema de Informações Hospitalares (SIH)	O SIH-SUS contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS. Sendo o sistema que processa as AIHs, dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente no hospital.	Número de internações por grupo de causas (podem contribuir para identificar as internações potencialmente relacionadas ao trabalho. Atenção para as causas externas); número de internações por acidente de trabalho; sexo; faixa etária; custo da internação por acidente de trabalho.
Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)	Tem a finalidade de garantir o registro dos quantitativos e valores a serem pagos aos prestadores de serviços, produzindo informações locais que são consolidadas em nível nacional. Permite o acompanhamento da produção ambulatorial, gestão ambulatorial e custeio da atenção ambulatorial.	Número de procedimentos nos códigos xxx; tipo de atendimento; faixa etária; município de residência.

Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador

Considerando a importância da informação sobre os agravos e doenças relacionados ao trabalho, para dar visibilidade social aos problemas de saúde dos trabalhadores, particularmente junto aos gestores e o controle social do SUS, foi proposta a estratégia de criação da Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, pela Portaria 777/04. A Rede deveria ser constituída por:

- Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela;
- serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas.

A mesma Portaria estabeleceu que a Rede Sentinela fosse organizada a partir da porta de entrada do SUS e estruturada nas ações de acolhimento, notificação e atenção integral. Para apoiar esta iniciativa foram preparados Protocolos para o Cuidado Diferenciado dos Trabalhadores e implementado um extenso programa de capacitação, porém, não se observou o aumento dos registros de casos notificados, como previsto.

A Portaria MS/GM nº 2.472/2010 revogou a 777 e redefiniu a lista de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação obrigatória no Brasil, distribuindo-os em três grupos, de acordo com a responsabilidade. No anexo I da portaria são relacionadas as doenças de notificação compulsória, entre elas as Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), cuja notificação não está mais restrita às unidades sentinela. O anexo III da referida portaria apresenta a lista de doenças de notificação compulsória em unidades sentinela, entre as quais estão os outros agravos à Saúde do Trabalhador. São eles: a) Acidente de Trabalho Fatal; b) Acidentes de Trabalho com Mutilações; c) Acidente com Exposição a Material Biológico; d) Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes; e) as Dermatoses Ocupacionais; f) os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); g) as Pneumoconioses; h) a Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR; i) os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e j) o Câncer Relacionado ao Trabalho.

A produção da informação pelos e nos serviços de saúde exige que sejam cumpridos requisitos técnicos e profissionais básicos, como, por exemplo, o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades de coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

Para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas podem ser construídos indicadores. Estes são

medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2008).

O mesmo documento destaca que

a construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados).

Além das informações sobre os agravos, geralmente disponíveis no âmbito da Vigilância Epidemiológica, também devem ser considerados, para o planejamento e gestão das ações de assistência e vigilância à saúde dos trabalhadores, os registros sobre o perfil produtivo do município e da microrregião, que permitirão inferir a exposição aos fatores de risco/perigos. Tais informações, tanto de adoecimento como do perfil produtivo, estão disponíveis em sistemas organizados pelos Ministérios da Saúde, no âmbito da Vigilância Sanitária e Ambiental; do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Entretanto, poucos desses sistemas disponibilizam as informações desagregadas por município. Este é um desafio a ser superado.

1.2.4 PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES E CONTROLE SOCIAL

O Controle Social reflete a capacidade da sociedade organizada para atuar na formulação e acompanhamento das políticas públicas, em conjunto com o Estado, de modo a estabelecer necessidades, interesses e controlar a execução destas políticas.

A participação e o controle social expressam um novo relacionamento entre o Estado e a sociedade, prescrito pela Constituição de 1988. É exercido por meio de instâncias colegiadas, de caráter permanente, a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde, institucionalizadas e regulamentadas no SUS pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142 de 1990.

As Conferências devem ser realizadas a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Os Conselhos são instâncias colegiadas deliberativas organizadas de forma descentralizada e participativa, em cada esfera de governo, com caráter permanente e composição paritária, isto é, igual número de representantes do governo e da sociedade civil, com a função de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução das políticas públicas, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. São instâncias de negociação e pactuação das propostas institucionais e das demandas da comunidade.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 2009, no capítulo III, em seu artigo 12, define a criação de comissões intersetoriais, de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não integralmente compreendidas no âmbito do SUS. Essas comissões abrangem seis atividades: a) Alimentação e Nutrição; b) Saneamento e Meio Ambiente; c) Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; d) Recursos Humanos; e) Ciência e Tecnologia; e f) Saúde do Trabalhador.

Para facilitar o cumprimento dessas determinações legais, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na reunião de 9 de dezembro de 2009, formulou a recomendação de nº 34, de criação da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), pelos conselhos de saúde nas esferas Estadual, Distrital e Municipal. A CIST deve contar com a presença de trabalhadores, empregadores, órgãos, gestores e entidades ligadas à política de saúde do trabalhador, não necessariamente paritária. Tem caráter assessor e não deliberativo, e nas reuniões as decisões não são tomadas por votação, mas pela formação de consenso.

Um grande desafio para a CIST, na atualidade, é a incorporação da representação dos trabalhadores do setor informal.

O principal objetivo da CIST é assessorar o Conselho de Saúde para que este delibere sobre as questões ligadas à saúde dos trabalhadores. Sua função é analisar os projetos e planos referentes à saúde do trabalhador propostos pelas secretarias estaduais e municipais, compatibilizando-os com os interesses coletivos dos trabalhadores, como por exemplo pelas ações destinadas à redução e eliminação dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho e na proteção e atenção adequada aos trabalhadores acometidos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho. O acompanhamento da execução dos projetos também deve ser feito pela CIST.

Cabe à CIST como instância de controle social inserida nos conselhos de saúde, portanto, fazer a articulação das políticas e programas de saúde de interesse dos trabalhadores e contribuir para que a gestão pública considere esses interesses como prioridade.

A Portaria nº 2.728/2009 (RENAST), no artigo 8º, reforça a participação das organizações de trabalhadores e empregadores, mediada pelas Conferências, pelos Conselhos de Saúde e pela CIST.

Entre as atribuições da RT-ST das instâncias regionais está a de **estimular a criação das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST)** pelos Conselhos Municipais de Saúde, dos municípios jurisdicionados. Este processo deve ser iniciado com as negociações entre a RT-ST da GRS e a RTM-ST, junto ao Conselho Municipal de Saúde, orientando sobre a importância de se implantar a CIST no Conselho, de acordo com a Portaria GM nº 2.728 de 2009.

A RTM-ST, além de se inscrever para fazer parte da CIST, deve auxiliar o conselho municipal de saúde na mobilização dos atores para a formação da CIST, entre eles líderes sindicais. Gerência da agência do INSS, Gerência Regional do Trabalho (antiga DRT), associações de portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou associações de pessoas com deficiência causada por acidentes de trabalho, além de trabalhadores do SUS de setores estratégicos como, por exemplo, profissionais da vigilância sanitária, epidemiológica ou ambiental, profissionais de unidades de Urgência, profissionais do CEREST, onde tiver, entre outros. Após a implantação da CIST, a referência técnica do município deve auxiliar no processo de elaboração do

plano de trabalho da CIST e discussão dos temas referentes à saúde do trabalhador no município, com o suporte da instância regional GRS.

As atribuições das comissões técnicas devem estar descritas no regimento do CMS. Cabe a ele organizar a eleição dos participantes, definindo prazos e local adequado para os candidatos se inscreverem de acordo com critérios estabelecidos.

Na experiência do município de Betim (Regimento Interno do CMS de Betim), por exemplo, é prescrito:

- a) as Comissões Permanentes e os Grupos de Trabalhos têm por finalidade emitir notas técnicas e elaborar relatórios para subsidiar as tomadas de decisões do conselho municipal de saúde sobre temas específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- b) as Comissões Técnicas Intersetoriais, terão até 12 membros, com representação paritária, indicados pelos respectivos segmentos, devendo os mesmos terem atuação ou conhecimento na área das respectivas Comissões.

Quadro 7 – Principais características da CIST

- Deve ser criada pelos Conselhos de Saúde nos âmbitos Estadual, Distrital e Municipal, conforme a recomendação nº 034 de 09/12/2009 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- não tem caráter deliberativo, apenas recomenda;
- não há votação, e sim consenso;
- não segue a paridade do Conselho de Saúde;
- deve ser o mais representativa possível em sua composição, sendo importante a participação de trabalhadores do mercado informal;
- a coordenação deve ser de um dos Conselheiros de Saúde;
- recomenda aos Conselhos de Saúde a aprovação ou não de projetos e planos para a Saúde do Trabalhador apresentados para análise pelas Secretarias Estaduais e Municipais;
- acompanha a implantação desses projetos e recomenda a fiscalização e tomada de providências pelo Conselho quando eles divergem daquilo que foi aprovado.

1.2.5 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A garantia do financiamento das ações é essencial para a manutenção do SUS e deve estar assegurada no orçamento da União, dos Estados e municípios. Até o ano 2000, não existia a regulamentação legal que determinasse o percentual de recursos orçamentários das três esferas de governo para o cofinanciamento do sistema de saúde.

A Emenda Constitucional 29/2000 prevê para o setor saúde recursos legais vinculados para aplicação nas ações e serviços de saúde, nos seguintes termos:

- União – orçamento empenhado e executado do ano anterior mais crescimento nominal do PIB.
- Estados – 12% das receitas vinculáveis para o cálculo do percentual com gastos em saúde.
- Municípios – 15% das receitas vinculáveis para o cálculo do percentual com gastos em saúde.

A criação da RENAST, em 2002, ensejou a possibilidade de contar com recursos específicos destinados ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, ampliando a visibilidade e facilitando a interlocução com os gestores e técnicos dos serviços de saúde e o controle social. A Portaria vigente da RENAST, MS/GM nº 2.728/2009, em seu art. 10, § 3º, define que os recursos da área de Atenção à Saúde do Trabalhador são destinados ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CEREST, vedada a sua utilização nos casos especificados na Portaria MS/GM nº 204/07. O art. 11 estabelece os valores para manutenção dos CEREST, segundo sua classificação.

Quadro 8 – Financiamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, segundo a Portaria GM/MS nº 2728/2009

Art. 10 - Estabelecer que o incentivo de implantação destinado à estruturação do CEREST e os repasses mensais corram por conta do Programa de Trabalho 10.302.1220.8585, do orçamento do Ministério da Saúde.

§ 1º O incentivo de implantação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) será pago em uma só vez no ato da habilitação.

§ 2º Os recursos deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no bloco de gestão do SUS e no bloco de financiamento da média e alta complexidade, conforme o caso, e serão aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

§ 3º Os recursos destinam-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CEREST, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especificados na Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

§ 4º A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital, municipais e respectivas Programações Anuais.

Art. 11 - Classificar os CEREST a serem habilitados, segundo os valores de manutenção abaixo: I - municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais; e II - estaduais, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.

A compreensão sobre a regulamentação do financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde pode ser obtida de forma detalhada na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. A Portaria regulamenta o financiamento na forma de cinco blocos, por vezes constituídos de componentes, conforme especificidades das ações e serviços de saúde pactuados.

O financiamento das ações do CEREST provém do bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, no componente denominado Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC). As ações de cuidado aos trabalhadores, desenvolvidas pela APS, devem contar com os recursos advindos do Bloco de Financiamento da Atenção Básica. Já o financiamento do Controle Social poderá contar com a utilização de recursos do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS (Componente para a Qualificação da Gestão do SUS) (BRASIL, 2010).

Em 2009, a Portaria MS/GM nº 3.252 de dezembro de 2009 aprovou as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, incluindo, no escopo das vigilâncias, a vigilância da saúde do trabalhador, com vistas à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio do desenvolvimento de ações integradas que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos (BRASIL, 2009). Para aplicação destes recursos recomenda-se observar as orientações contidas no Manual de Gestão da Vigilância em Saúde e a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

O acompanhamento da execução física e financeira dos recursos da RENAST deverá ser efetuado por meio do Relatório Anual de Gestão das esferas correspondentes, conforme prescrito na Portaria MS/GM nº 3.176/2008 (BRASIL, 2008).

1.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, enquanto processo de construção permanente e melhoria contínua, recebe aporte significativo da participação das referências técnicas das instâncias regionais e se multiplica nas referências técnicas municipais, das respectivas áreas de jurisdição administrativa.

Este documento, elaborado com a finalidade de apoiar o trabalho dessas referências técnicas, não pode ser considerado concluído e deverá ser permanentemente revisado. Ele é mais o registro de um processo e instrumento de sistematização e apoio às práticas e contém as ambiguidades próprias do momento histórico atual, as contradições que permeiam o modelo assistencial do SUS, e portanto a organização da RENAST.

Ainda assim, espera-se que seja útil, na medida em que sua operacionalização seja feita a partir da adaptação às diversas realidades locais presentes no Estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

BETIM. Conselho Municipal de Saúde

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

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.

BRASIL. Decreto Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional em Saúde do Trabalhador. Portaria Federal nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998.

BRASIL. Diretrizes para a implantação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, 1991. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997. Diário Oficial da União, Brasília, 17 nov. 1997. Disponível em: <<http://portal.mp.sc.gov.br/portal/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas%20n%C2%BA%20142-97%20-%20aih.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema. Diário Oficial da União, Brasília, 31 out. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 20 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- RENAST, evidenciada durante a sua implantação. Diário Oficial da União, Brasília, 21 set. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 28 fev. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 29 abr. 2004. p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.023, de 23 de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437, de 07 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 08 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. p. 43.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2006. p. 71. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=71&data=29/03/2006>>.

BRASIL. Portaria nº 204/GM, de 29 de jan. 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, 31 jan. 2007. p. 45. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=45&data=31/01/2007>>.

BRASIL. Portaria nº 3.176, de 24 dez. 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Diário Oficial da União, Brasília, 30 dez. 2008. p. 70. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=70&data=30/12/2008>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional. (2005, 1. ed.) Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728 de 11 de nov. de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>.

BRASIL. Portaria nº 3.252, de 22 dez. 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 2009b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=65&data=23/12/2009>>.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, 2011. Inédito.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual da RENAST. 2010. Inédito.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Implantação das estratégias de Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família no estado de Minas Gerais. 2011. Dis-

ponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

CHIAVEGATTO, C. V. Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, 2010.

COMESP – Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública “Atenção Primária à Saúde: Agora mais do que nunca”, 5., Belo Horizonte, 2010. Rede de Atenção em Saúde: Coordenação do Cuidado. Rede Complementar em Belo Horizonte.

DIAS, E. C. et. al. Relatório técnico-científico: implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo. Belo Horizonte, 2008.

DRUCK, M. G.; FRANCO, T. A perda da razão social do trabalho: precarização e terceirização. São Paulo: Boitempo, 2007. v. 1. 235 p.

GUERRA, G. C. B. Diretrizes para articulação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Epidemiológica na perspectiva da Vigilância em Saúde, 2010. Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador. Belo Horizonte – Minas Gerais.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, 20, 2, p. 331-336, 2004.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

MACHADO, J. M. H. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

MATTOS, A. R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAS GERAIS. CIB-SUS/MG nº 266 de 18 de maio de 2006.

NEHMY, R. M. Q.; DIAS, E. C. Os caminhos da saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais? Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 13- 23, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en la Américas. Washington, 2008.

PINHEIRO, T. M. M. et. al. Protocolo de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho. Belo Horizonte, 2010. Mimeografado.

PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação n. 034, de 09 de dezembro de 2009.

SANTANA, V. S.; DIAS, E. C.; NOBRE, L.; MACHADO, J. M. H. Acidentes e violências no trabalho. Disponível em: < BRASIL. Saúde Brasil 2009. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde, 2010.

RODRIGUEZ, S. G. B. Ações de saúde do trabalhador desenvolvidas por equipes de saúde da família do município de Sacramento. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, Belo Horizonte, 2010.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANTOS, Lenir. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e serviços de saúde. Revista dos Tribunais, São Paulo, Ano 5, n. 20, p. 144-145, jul./set. 1997.



SEÇÃO 2

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS EM MINAS GERAIS

Para que as Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das instâncias regionais da SES-MG possam desenvolver seu trabalho de apoiar a implementação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, é essencial que conheçam a estrutura e a organização do SUS em Minas Gerais. Nesta perspectiva, a Seção 2 está organizada de modo a contribuir para responder às seguintes perguntas:

- Qual a estrutura organizacional da SES/MG?
- Como está organizada a SES e a Saúde do Trabalhador na estrutura organizacional do Estado?
- Como o processo de Regionalização (PDR), orienta o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador?
- Quais são as ações de Saúde do Trabalhador consideradas prioritárias no Estado de MG, na atualidade?
- Quais são as atribuições da Diretoria de Saúde do Trabalhador, coordenações e do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador?

2.1 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS DA SAÚDE DO TRABALHADOR NA SES-MG

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), criada pela Lei nº 152 de 04/06/1948, é o órgão gestor do SUS estadual, que tem por finalidade formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no Estado de Minas Gerais, atuando em cooperação com os demais entes federados na prevenção, promoção, preservação e recuperação da saúde da população (MINAS GERAIS, 2009; 2011).

No processo de reestruturação da SES-MG, realizado entre 2003 e 2005, foram definidos missão, visão, valores e negócio da instituição:

- Missão: formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS.
- Visão: ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor.

- Valores: Ética, Transparência, Compromisso, Humanização, Cooperação, Equidade, Qualidade.
- Negócio: Promoção e proteção da saúde no Estado de Minas Gerais, identificando as necessidades de sua população.

Para facilitar a gestão foram estabelecidos os três níveis de planejamento da SES/MG: estratégico, tático e operacional.

Figura 3 – Níveis de planejamento da SES/MG



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

Em 2011, a Lei Delegada nº 180, de 20 de janeiro, redefiniu a estrutura orgânica da Secretaria de Estado de Saúde nos art. 223 e 224:

Art. 223 – A Secretaria de Estado de Saúde tem a seguinte estrutura orgânica básica:

- I - Gabinete;
- II - Assessoria Jurídica;
- III - Auditoria Setorial;
- IV - Assessoria de Comunicação Social;
- V - Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação;
- VI - Assessoria Técnica;
- VII - Assessoria de Normalização de Serviços de Saúde;
- VIII - Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação;

IX - Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde;

- a) Superintendência de Atenção Primária à Saúde;
- b) Superintendência de Redes de Atenção à Saúde; e
- c) Superintendência de Assistência Farmacêutica;

X - Subsecretaria de Regulação em Saúde:

- a) Superintendência de Programação Assistencial;
- b) Superintendência de Contratação de Serviços de Saúde; e
- c) Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde;

XI - Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde:

- a) Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador; e
- b) Superintendência de Vigilância Sanitária;

XII - Subsecretaria de Gestão Regional:

- a) Superintendências Regionais de Saúde, até o limite de dezessete unidades:

1. Gerências Regionais de Saúde, até o limite de onze unidades; e

XIII - Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde:

- a) Superintendência de Planejamento e Finanças;
- b) Superintendência de Gestão; e
- c) Superintendência de Gestão de Pessoas.

Art. 224 – Integram a área de competência da Secretaria de Estado de Saúde:

I - por subordinação administrativa:

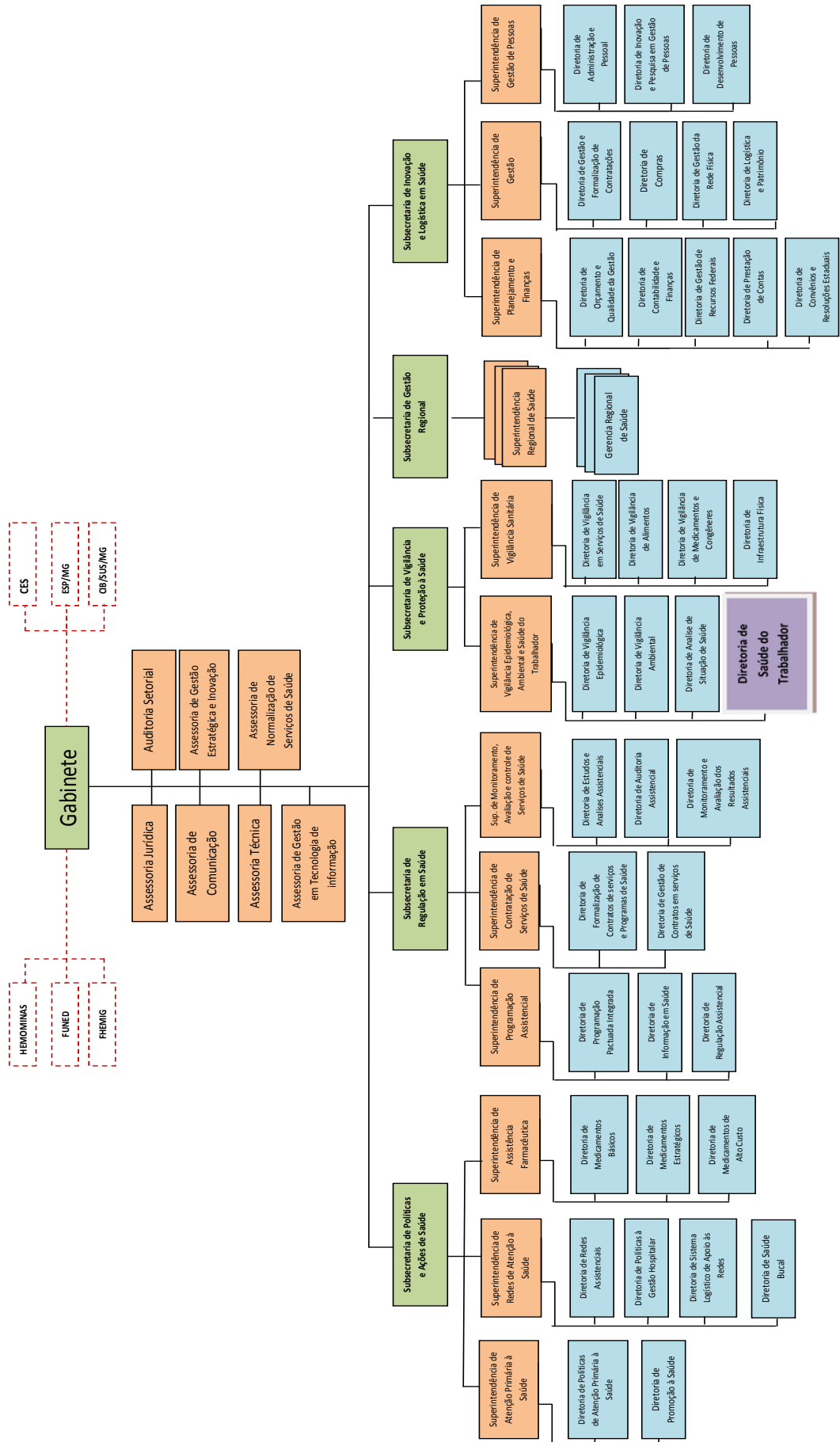
- a) o Conselho Estadual de Saúde - CES; e
- b) a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP/MG;

II - por vinculação:

- a) a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais - HEMOMINAS;
- b) a Fundação Ezequiel Dias - FUNED; e
- c) a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG.

O Organograma da estrutura da SES/MG foi publicado no Decreto nº 45.536 de 27 de janeiro de 2011. Nele pode ser visualizado o lugar que ocupa a Diretoria de Saúde do Trabalhador (Fig. 4).

Figura 4 – Estrutura organizacional da SES-MG



2.2 BREVE HISTÓRICO E SITUAÇÃO ATUAL DA ÁREA SAÚDE DO TRABALHADOR NA SES/MG

Apesar do relativo isolamento da Saúde do Trabalhador em todas as esferas do SUS – nacional, estadual, regional e municipal –, não se pode deixar de reconhecer o esforço que vem sendo feito no Estado de Minas Gerais, nos últimos 30 anos, para que o enfoque das relações trabalho-saúde-doença esteja contemplado transversalmente em todas as ações desenvolvidas, de assistência, vigilância e promoção da saúde, nas capacitações e na educação permanente e nas funções gestoras, como a participação e o controle social.

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador foi criada em 1983 e inserida na estrutura organizacional da SES/MG, sendo o processo de implantação anterior à publicação da Lei nº 8.080/90. Na ocasião, a área encontrava-se instituída na Vigilância Sanitária. Posteriormente, devido a modificações na estrutura organizacional da SES, a Área de Saúde do Trabalhador foi transferida para a Vigilância Epidemiológica. No início dos anos 1990, houve uma reformulação na composição da SES, e a Área da Saúde do Trabalhador foi transferida para a Superintendência de Atenção à Saúde, permanecendo nesta Superintendência até dezembro de 2008, quando retornou à Superintendência da Vigilância Sanitária.

Apesar da Área Técnica em Saúde do Trabalhador estar institucionalizada na SES desde 1983 e do grande esforço no sentido de contemplar as relações trabalho-saúde-doença, de modo transversal nas ações de assistência, vigilância, promoção da saúde e educação permanente desenvolvidas, na rede SUS, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

A criação da estratégia RENAST, em 2002, e em particular a habilitação dos CEREST ampliou a visibilidade da área, favorecendo a interlocução com os gestores e o controle social. Também foi fortalecida a atuação das RT-ST nas instâncias regionais como indutores das ações nos municípios.

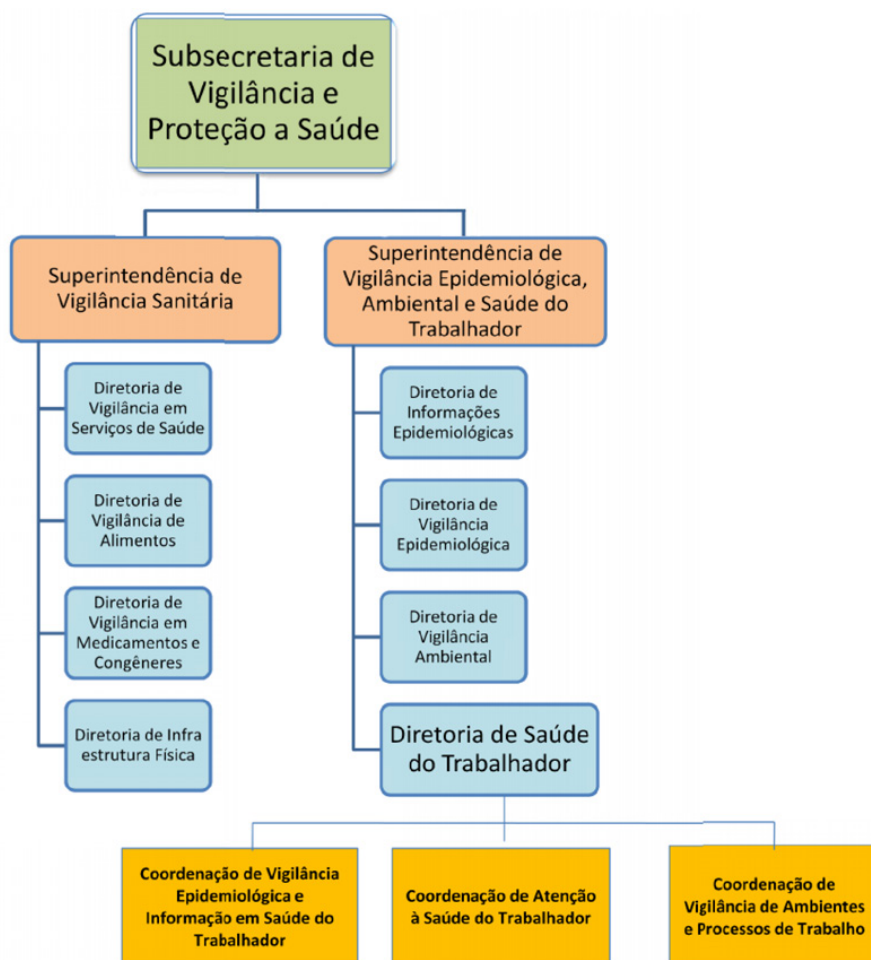
Entretanto, este processo não acompanhou o modelo de descentralização adotado no Estado, orientado pelo PDR, acarretando grandes dificuldades e descompasso para a gestão.

A redefinição do lugar e o empoderamento da Saúde do Trabalhador no âmbito da SES-MG, em sintonia com o Pacto pela Saúde de 2006 e os processos internos da própria Secretaria, abrem novas perspectivas de atuação e redefinição das ações, com o fortalecimento das instâncias regionais e atribuição de novas responsabilidades para os CEREST.

A valorização da experiência em Saúde do Trabalhador pela SES-MG pode ser inferida no fato de esta ter sido considerada no processo seletivo interno para autoridade sanitária, em 2010.

Em 2011, com a publicação da Lei Delegada nº 180, de 20 de janeiro, a área tornou-se uma Diretoria composta por três coordenações, no âmbito da Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador (Fig. 5).

Figura 5 – Organograma da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde



Fonte: Adaptado da Lei delegada nº 180, de 20 de janeiro de 2011.

As atribuições da Diretoria de Saúde do Trabalhador e respectivas coordenações são descritas no Quadro 9, apresentado a seguir.

Quadro 9 – Atribuições da Diretoria de Saúde do Trabalhador na SES-MG, 2011

A Diretoria de Saúde do Trabalhador tem por finalidade fomentar e coordenar a implantação e implementação da Política de Saúde do Trabalhador em Minas Gerais considerando ações de **vigilância dos ambientes, dos processos e das condições de trabalho; dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores** submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, competindo-lhe:

I – Propor, coordenar, monitorar e avaliar a implantação e a implementação da Política de Saúde do Trabalhador no Estado de Minas Gerais, garantindo a participação do controle social;

II – coordenar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, em articulação com as instâncias regionais e municipais, fomentando a inserção das ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde;

III – promover articulações interinstitucionais e intersetoriais visando à execução das ações compartilhadas em saúde do trabalhador;

IV – analisar e monitorar as informações de interesse da saúde do trabalhador nos sistemas de informação do SUS e demais sistemas de interesse da área, em parceria com a Diretoria de Análise da Situação de Saúde e órgãos afins;

V – executar, em caráter complementar, ações de inspeções em ambientes de trabalho;

VI – fomentar e coordenar a formação de recursos humanos em saúde do trabalhador, com seus parceiros institucionais;

VII – propor e acompanhar convênios de cooperação técnica com órgãos e instituições afins à saúde do trabalhador;

VIII – propor e desenvolver metodologias e instrumentos de análise e comunicação das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador;

IX - elaborar normas técnicas e legais, na temática saúde e trabalho, complementar ao âmbito nacional;

X – participar no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde – SUS, de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.

Atribuições das coordenações da Diretoria de Saúde do Trabalhador.

Coordenação de Vigilância Epidemiológica e Informação em Saúde do Trabalhador

- Analisar e monitorar as informações de interesse da saúde do trabalhador nos sistemas de informação do SUS e demais sistemas de interesse da área, em parceria com a Diretoria de Análise da Situação de Saúde e órgãos afins.
- Estimular, subsidiar e analisar o mapeamento das atividades produtivas, formais e informais, existentes no Estado de Minas Gerais.
- Divulgar informações em saúde do trabalhador.
- Monitorar a implementação da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, no Sistema Nacional de Notificações e Agravos – SINAN-NET em parceria com a Diretoria de Análise da Situação de Saúde.

- Monitorar a implementação do Sistema Nacional de Notificações e Agravos – SINAN-NET no campo da Saúde do Trabalhador, em parceria com a Diretoria de Análise da Situação de Saúde.

Coordenação de Atenção à Saúde do Trabalhador

- Estimular a integração da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST com as demais Redes de Atenção à Saúde;
- fomentar a inserção das ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, por meio de definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que avancem na integralidade;
- propor e fomentar a implantação das linhas de cuidado para todos os agravos de Notificação Compulsória dispostos na Portaria MS nº 104/2010, a serem seguidas para a atenção integral dos trabalhadores;
- assessorar a implantação e funcionamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST monitorando seus serviços e ações;
- coordenar e monitorar a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, em articulação com a Coordenação de Vigilância Epidemiológica e Informação em Saúde do Trabalhador.

Coordenação de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho

- Executar, em caráter complementar, ações de inspeções em ambientes de trabalho, em parceria com a vigilância sanitária e órgãos afins;
- participar da fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- produzir instrumentos para a vigilância em saúde do trabalhador no Estado;
- promover articulações interinstitucionais e intersetoriais visando à execução das ações compartilhadas em vigilância de ambientes e processos de trabalho.

Fonte: MINAS GERAIS, 2011.

A partir da Deliberação CIB-SUS/MG nº 805, de 20 de abril de 2011, a gestão do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (CEREST-MG) foi assumida pela Diretoria de Saúde do Trabalhador da SVS/SVEAST/SVS/SES, para o desenvolvimento das atribuições que estão detalhadas no Quadro 10.

Art. 2º O Centro de Referência Estadual à Saúde do Trabalhador do Estado de MG possui as seguintes atribuições:

- I - Participar na elaboração e execução da Política de Saúde do Trabalhador no Estado, em consonância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador;
- II - Participar do processo de incorporação da Saúde do Trabalhador no Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde, e subsidiar com dados e informações o Relatório Anual de Gestão, conforme a Política Estadual de Saúde do Trabalhador;
- III - execução das ações em Saúde do Trabalhador para alcance dos objetivos, diretrizes e metas contidas no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde;
- IV - articular as ações em Saúde do Trabalhador considerando as diretrizes e estratégias da Política Nacional de Promoção à Saúde;
- V - contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes ao campo da Saúde do Trabalhador, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais, no âmbito estadual;
- VI - dar suporte técnico para o processo de inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na agenda estadual de saúde, no Pacto pela Saúde, na PPI e PAVS, em conjunto com os setores de planejamento, controle e regulação;
- VII - dar apoio matricial como retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico para as equipes dos CEREST Regionais, municipais e demais áreas técnicas estratégicas no âmbito do Estado;
- VIII - desenvolver projetos estruturadores para a produção de conhecimento e tecnologias que articulem ações de assistência, reabilitação, promoção, prevenção, vigilância em saúde, produção e comunicação de informações, em áreas e problemas identificados como prioritários para o estado;
- IX - dar suporte para a implementação dos projetos prioritários em questões de interesse nacional, estadual, regional e local em consonância com o Plano Estadual de Saúde e pactuações na CIB e colegiados de gestão regional;
- X - subsidiar o processo de organização no âmbito estadual regional (de acordo com o PDR estadual e pactuação na CIB) da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção à Saúde, com ênfase na atenção aos acidentados e adoecidos pelo trabalho, conforme Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, e agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011;
- XI - contribuir na definição dos fluxos de referência e contrarreferência de acordo com as diretrizes clínicas, linhas guia e protocolos;
- XII - dar suporte técnico para a implantação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito Estadual, bem como apoiar o Gestor Estadual no processo de pactuação da mesma na CIB e Colegiados de Gestão Regional;

- XIII - dar suporte técnico para a implementação das diretrizes clínicas, linhas guia e protocolos, considerando os agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, e os de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011;
- XIV - dar suporte técnico para elaboração e implementação de normas relacionadas à prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação de trabalhadores portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho e trabalhadores expostos a risco à saúde;
- XV - dar suporte técnico para construção do mapa de risco e elaboração dos projetos estruturadores de acordo com as prioridades apontadas pelos mapas de risco;
- XVI - dar suporte técnico para implementação, aplicação, validação e capacitação de protocolos de atenção em Saúde do Trabalhador, visando consolidar as instâncias da RENAST como referências de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- XVII - apoiar, disseminar e realizar, de forma complementar, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador de maior complexidade, em articulação com as demais áreas da vigilância em saúde estadual e dos municípios e os CEREST Regionais e Municipais;
- XVIII - dar suporte técnico, alimentar e analisar o conjunto de dados e informações dos diversos Sistemas de Informação do SUS, de relevância para a Saúde do Trabalhador no âmbito Estadual;
- XIX - dar suporte técnico para o monitoramento de indicadores de processo e resultado, para o acompanhamento e análise das informações sobre Saúde de Trabalhador, subsidiando as ações de Vigilância em Saúde no Estado;
- XX - ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar e, quando necessário, apoiar os CEREST regionais e municipais, regionais de saúde e secretarias municipais de saúde;
- XXI - dar suporte técnico para implementação da política de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador pactuada na instância estadual correspondente, de forma a garantir as capacitações consideradas prioritárias;
- XXII - propor e desenvolver, quando necessário, projetos específicos de formação e capacitação para o fortalecimento da Política em Saúde do Trabalhador, no âmbito estadual;
- XXIII - articular e assessorar a incorporação da temática Saúde do Trabalhador nos demais processos de formação profissional da rede do SUS;
- XXIV - estimular o desenvolvimento de estágios e pesquisas com as instituições de ensino e pesquisa, sindicatos e outras organizações;
- XXV - implementar e acompanhar os projetos de intercâmbios com instituições de ensino e pesquisa, que promovam o aprimoramento técnico dos profissionais do SUS, no âmbito estadual;

- XXVI - dar suporte técnico para a inserção das ações em Saúde do Trabalhador nas linhas de cuidado, considerando os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a serem seguidas para a atenção integral dos trabalhadores;
- XXVII - participar de articulações para o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual;
- XXVIII - contribuir para a articulação interinstitucional com vistas à implementação da vigilância dos processos produtivos e dos seus impactos no meio ambiente;
- XXIX - subsidiar, com pareceres técnicos, o poder legislativo em questões de interesse público, no campo da Saúde do Trabalhador;
- XXX - propor a realização de convênios de cooperação técnica com os órgãos de ensino, pesquisa e instituições públicas com interface na área de saúde do trabalhador, de defesa do consumidor e do meio ambiente, visando à sustentabilidade humana e ambiental dos processos produtivos;
- XXXI - articular a participação dos trabalhadores no planejamento, execução e no controle social das ações em Saúde do Trabalhador;
- XXXII - fomentar a criação e efetivação das CIST, dos Conselhos de Gestão Participativa e demais formas de Controle Social;
- XXXIII - apoiar as ações para fortalecimento do controle social no Estado, colaborando com o processo de formação e de qualificação dos participantes de suas diversas instâncias.

Fonte: MINAS GERAIS, 2011c.

2.3 ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NAS INSTÂNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DA SES-MG.

A organização e o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, em Minas Gerais, têm como referência e diretriz organizativa o processo de regionalização da saúde, expresso no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a construção de redes de atenção.

A regionalização foi definida como eixo estruturante do Pacto pela Saúde de 2006, em suas três dimensões com o propósito de orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006).

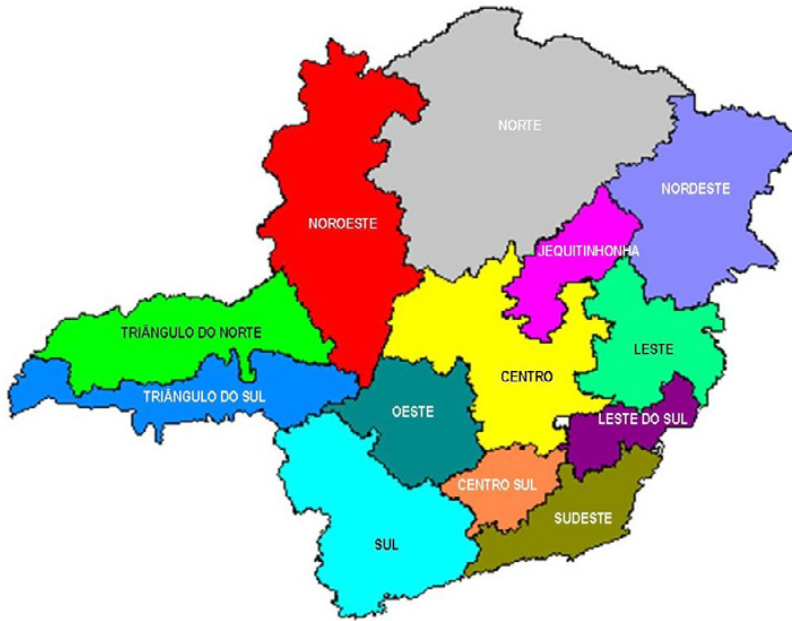
O PDR define as regiões de saúde com o objetivo de organizar o acesso, promover a equidade e a integralidade da atenção, com a finalidade de qualificar o processo de descentralização, racionalizar os gastos e otimizar os recursos. Ele permite o desenho das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2006).

O PDR/MG foi elaborado entre 2000 e 2001, com base na NOAS/2002, e tem sido ajustado conforme os avanços dos processos de trabalho do SUS no Estado. O PDR/MG foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/MG) em 2002, como

precondição para a habilitação do Estado em gestão plena de Sistema. O documento foi ajustado e aprovado pela Comissão Intergestora Bipartide (CIB/MG) em 2003 e posteriormente em 2005.

Atualmente o PDR divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias e 76 microrregiões sanitárias, estabelecidas de modo consensual pelas três esferas de governo: municípios, Estado e União, como mostrado nas Fig. 6 e 7.

Figura 6 – Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais



Fonte: Assessoria de Gestão Regional/SES-MG, 2010

Figura 7 – Microrregiões de Saúde de Minas Gerais

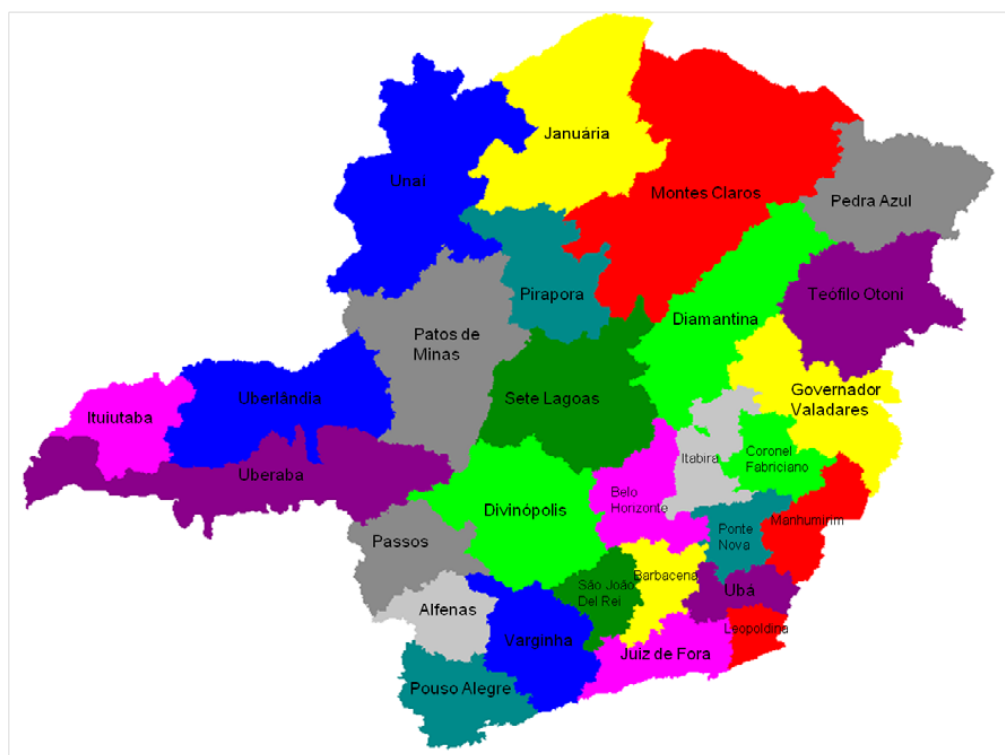


Fonte: Assessoria de Gestão Regional/SES-MG, 2010

A SES-MG está organizada em 28 instâncias regionais de saúde, responsáveis pela gestão do Sistema Estadual de Saúde, nas respectivas áreas de jurisdição.

As superintendências regionais de saúde e gerências regionais de saúde possuem sede nos seguintes municípios: Alfenas, Barbacena, Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, Januária, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Montes Claros, Passos, Patos de Minas, Pedra Azul, Pirapora, Ponte Nova, Pouso Alegre, São João del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unai e Varginha, mostrado na Fig. 8 (MINAS GERAIS, 2011b).

Figura 8 – Localização e Abrangência das Instâncias Regionais – SES-MG



Fonte: Assessoria de Gestão Regional/SES-MG, 2010

2.3.1 PAPEL DAS INSTÂNCIAS REGIONAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DE MINAS

A RT-ST da SRS e GRS é responsável por assegurar a implantação das ações de Saúde do Trabalhador nos municípios de sua jurisdição em uma perspectiva regional, contribuindo para a implantação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador no território sob sua responsabilidade.

As competências das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das instâncias regionais de Saúde da SES-MG foram definidas em processo participativo coordenado pela Assessoria de Gestão Regional da SES, como descrito anteriormente.

Com base nesse trabalho, a Diretoria de Saúde do Trabalhador consolidou as atribuições das equipes técnicas no documento “Elenco de competências e atribuições do nível central e das Instâncias Regionais de saúde no campo da Saúde do Trabalhador em Minas Gerais”, discutido e validado na Oficina de Saúde do Trabalhador para as Referências Técnicas das Gerências Regionais de Saúde, realizada em 15 de abril de 2010, durante o Primeiro Encontro de Vigilância em Saúde de Minas Gerais, em Belo Horizonte. Essas atribuições/competências estão apresentadas no Quadro 11, e detalhadas na Seção 3.

Quadro 11 – Competências e atividades das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das instâncias regionais, para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES
Implantar a Política Estadual em Saúde do Trabalhador em âmbito regional.	Mobilizar os gestores e referências técnicas municipais, divulgando a importância da execução das ações de saúde do trabalhador.
	Conduzir as negociações nas instâncias colegiadas de gestão, representação política e pactuação do SUS (conselho de saúde, CIBs Microrregionais e Macrorregionais) no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador nos Planos Plurianuais (PPA), Plano Estadual de Saúde, Planos Municipais e Regionais de Saúde, na Programação Anual de Saúde e Plano Diretor de Investimento.
	Fortalecer a interface da saúde do trabalhador com toda equipe técnica da GRS.
	Promover articulações interinstitucionais visando à execução das ações compartilhadas em saúde do trabalhador.
	Participar de reuniões técnicas promovidas pela Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
	Participar de reuniões técnicas promovidas pela CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.
	Orientar e monitorar os municípios quanto à inserção das ações de Saúde do Trabalhador em toda Rede de Atenção à Saúde.
	Participar de eventos, reuniões e cursos relacionados ao tema da Saúde do Trabalhador.
	Acompanhar a Regulação do Acesso aos serviços de média e alta complexidade necessários à integralidade da atenção à saúde do trabalhador em parceria com os municípios através dos complexos reguladores.
	Participar da revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI) com o objetivo de garantir os procedimentos necessários à Saúde do Trabalhador considerando o perfil produtivo e epidemiológico dos municípios jurisdicionados.

Implantar a Política Estadual em Saúde do Trabalhador em âmbito regional.	Monitorar conjuntamente com a regulação os procedimentos necessários à Saúde do Trabalhador pactuados na PPI.
	Acompanhar, em parceria com os municípios, a implantação da Política Nacional de Educação Permanente estimulando a inclusão da temática Saúde do Trabalhador, junto às Comissões Integradas de Ensino e Serviço (CIES).
	Subsidiar a inclusão da Saúde do Trabalhador na Câmara Técnica de Vigilância em Saúde da CIB.
	Assessorar a implantação e a organização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.
Estimular a participação do controle social no planejamento, na implantação e no monitoramento da Política Estadual em Saúde do Trabalhador.	Estimular a criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos conselhos municipais de saúde dos municípios jurisdicionados.
	Apoiar a capacitação de conselheiros municipais de saúde na temática Saúde do Trabalhador, quando solicitado.
	Promover reuniões e discussões sobre a legislação no SUS referente ao controle social na temática de Saúde do Trabalhador, sempre que possível em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, considerando as informações sobre o perfil produtivo e epidemiológico do município.
Coordenar e monitorar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, na área de abrangência da GRS, observando os processos de trabalho e os danos à saúde causados pelo trabalho.	Participar da construção do mapeamento das atividades produtivas em cada microrregião de jurisdição da GRS.
	Participar da validação do mapeamento das atividades produtivas na CIB microrregional.
	Participar de ações conjuntas com as vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental) para avaliação de condições, ambientes e processos de trabalho.
	Construir perfil epidemiológico da região para identificação dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, visando subsidiar o planejamento das políticas de saúde na região.
	Coordenar a pactuação e monitorar as ações da PAVS (Programação das Ações de Vigilância em Saúde) e Pacto pela Vida, nas ações referentes à Saúde do Trabalhador, em parceria com o setor responsável pela coordenação dos instrumentos de pactuação.
	Assessorar e capacitar os técnicos das Vigilâncias em Saúde (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador, promoção e análise da saúde) dos municípios, para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
	Participar, no âmbito de sua competência, de estudos, pesquisas, supervisão, análise, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde do trabalhador.

<p>Coordenar e monitorar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, na área de abrangência da GRS, observando os processos de trabalho e os danos à saúde causados pelo trabalho.</p>	<p>Participar da construção e validação de instrumentos de vigilância com objetivo de implementar a vigilância em saúde do trabalhador.</p>
	<p>Estimular e analisar a melhoria do preenchimento da “Ficha A”, no campo OCUPAÇÃO, pelas Equipes de Saúde da Família, junto com as coordenações da Atenção Primária à Saúde.</p>
	<p>Apresentar e pactuar na CIB Microrregional a rede de unidades sentinela para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador, conforme legislação vigente.</p>
	<p>Monitorar junto à referência técnica da vigilância epidemiológica as notificações relacionadas à saúde do trabalhador e produzir relatórios para os municípios sobre os agravos de notificações compulsórias.</p>
	<p>Estimular os municípios de sua jurisdição administrativa a ampliar quanti e qualitativamente as notificações.</p>
	<p>Capacitar profissionais de saúde dos municípios quanto ao preenchimento correto das fichas de investigação.</p>
	<p>Capacitar as referências técnicas de saúde do trabalhador municipais, em conjunto com a epidemiologia, quanto à correta alimentação do sistema de informação, triagem e checagem do preenchimento de dados e informações.</p>
	<p>Estabelecer prática rotineira em parceria com a epidemiologia de sistematização e análise das notificações, e, a partir delas, orientar os gestores municipais nas intervenções de vigilância em saúde do trabalhador, bem como a elaboração e revisão dos planos de saúde.</p>
<p>Auxiliar na estruturação do fluxo de notificações dos agravos relacionados ao trabalho.</p>	

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG. 2010

Com base nessas competências e em diversas diretrizes, pactuações e legislações, a Diretoria de Saúde do Trabalhador definiu as ações mínimas a serem desenvolvidas pela RT-ST das instâncias regionais da SES-MG, com apoio do CEREST estadual e dos CEREST regionais, nos respectivos territórios de jurisdição. São elas:

- a) Diagnóstico estratégico situacional em saúde do trabalhador entendido com perfil produtivo e epidemiológico. Este diagnóstico subsidiará o planejamento das ações em saúde do trabalhador tanto nas instâncias regionais quanto nos municípios.
- b) Incentivo à indicação de referência técnica municipal em saúde do trabalhador em todos os municípios da área de jurisdição.
- c) Estímulo à inclusão de ações de Saúde do Trabalhador nos Planos Municipais de Saúde e Programação Anual de Saúde.
- d) Fomento da notificação dos agravos relacionados ao trabalho, com prioridade para os Acidentes de Trabalho Grave e de agravos priorizados considerando o perfil produtivo regional.

Para execução de suas atribuições, a RT-ST da instância regional de saúde deve estar preparada para lidar com a complexidade e os conflitos intrínsecos ao campo da Saúde do Trabalhador. Deverá trabalhar em articulação com outros setores do SUS, responsáveis pelas ações de promoção, assistência e vigilância da saúde e com outros atores sociais envolvidos na implementação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, nas ações intersetoriais.

A interlocução da RT-ST das instâncias regionais com os gestores de saúde, nos municípios sob sua jurisdição, pode ser facilitada pela presença de um técnico, ou equipe técnica do município, que assuma o papel de referência técnica municipal em saúde do trabalhador (RTM-ST), responsável por apoiar e acompanhar o planejamento, a execução, a avaliação e o monitoramento das ações locais de Saúde do Trabalhador.

O processo de indicação da RTM-ST deve ser conduzido de modo a assegurar a escolha de um técnico interessado e comprometido com a proposta. Nesse sentido, está descrito na Seção 3 um passo a passo para orientar as RT-ST das instâncias regionais de saúde.

Concluindo, a Saúde do Trabalhador se organiza a partir do nível central da SES-MG, a Diretoria de Saúde do Trabalhador, que se articula com as instâncias regionais de saúde, em processos mediados pelas Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador, que, por sua vez, serão apoiadoras da gestão municipal, por meio das Referências Técnicas Municipais em Saúde do Trabalhador.

2.4. PAPEL DOS CEREST NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Os Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST) devem cumprir o papel de apoiadores ou retaguarda técnica para a execução de ações de vigilância, assistência, educação permanente/qualificação dos profissionais da rede de atenção, promoção e prevenção à saúde do trabalhador.

Destaca-se que este serviço não é um indutor da política de saúde do trabalhador. Este é um papel da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 2006 foi proposta, no Plano Estadual de Saúde, a organização da Rede Estadual de Saúde do Trabalhador, contando com 14 CEREST Regionais, cobrindo teoricamente, ou seja, no prescrito, todo o Estado, considerando o PDR 2001-2004. Porém, dos 14 CEREST previstos, apenas 10 foram habilitados, deixando algumas macrorregiões descobertas. Posteriormente, com a modificação do PDR e a implantação de mais seis CEREST Regionais, este quadro foi modificado.

Em 2010, a Diretoria de Saúde do Trabalhador, após análise de documentos, visitas técnicas e reuniões com os CEREST e com as RT-ST das instâncias regionais reavaliou as áreas de abrangência dos CEREST regionais. A elaboração de uma cartografia mostrou a necessidade de revisão das áreas de abrangência dos CEREST,

processo que está em curso, de modo a propor adequações visando à cobertura, das ações especializadas em todo o Estado. Considerando que o processo não está concluído, a cartografia não será apresentada neste documento.

Atualmente Minas Gerais possui 16 CEREST Regionais e um CEREST Estadual, como mostrado na Fig. 9.

Figura 9 – Cidades sede de CEREST em Minas Gerais, 2011

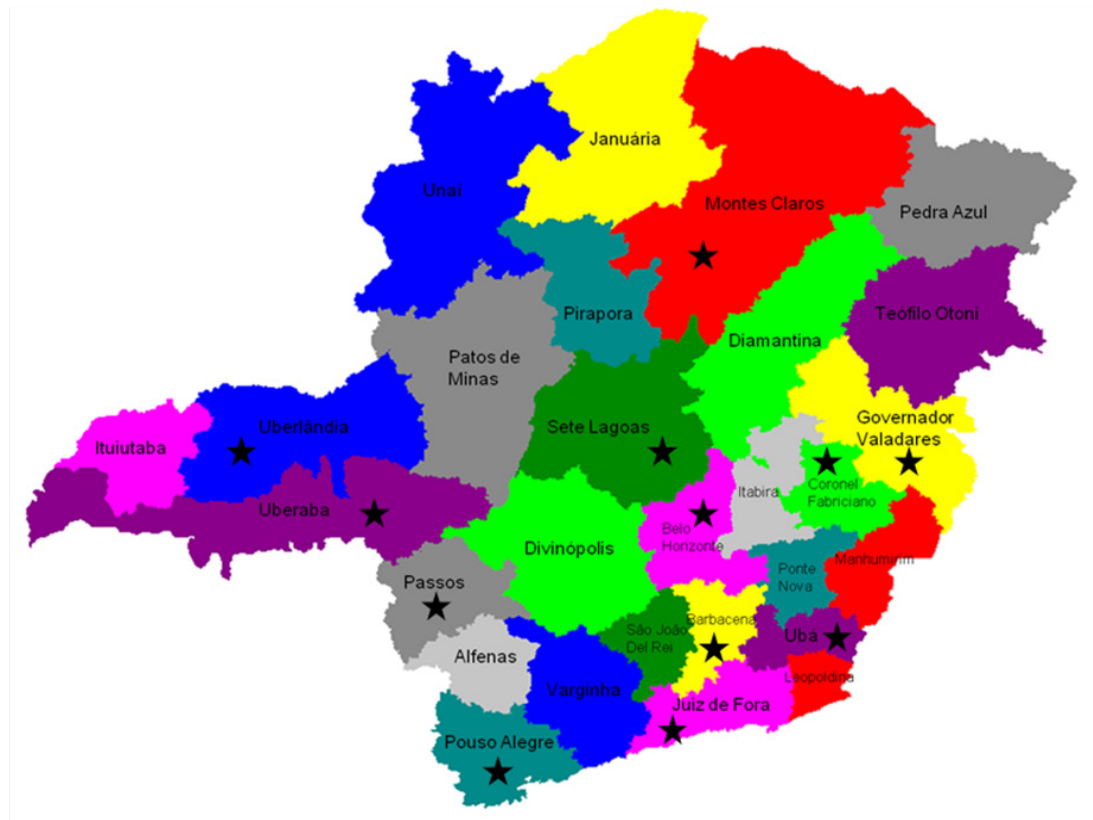


Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2011

Das 28 instâncias regionais, apenas 12 possuem CEREST em sua área de jurisdição. Por outro lado, algumas dessas instâncias regionais possuem mais de um CEREST em sua área. Esta situação decorre do processo de habilitação do CEREST implementado pelo Ministério da Saúde no início da implantação da RENAST.

Assim, a cobertura propiciada pelos CEREST abrange apenas parte do território do Estado, deixando de fora expressivo número de municípios. Nesse caso, para os municípios situados fora da área de cobertura do CEREST Regional, a retaguarda técnica está sob a responsabilidade do CEREST Estadual e das instâncias regionais de saúde.

Figura 10 – Instâncias Regionais de Saúde com CEREST na sua área de jurisdição



Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2011

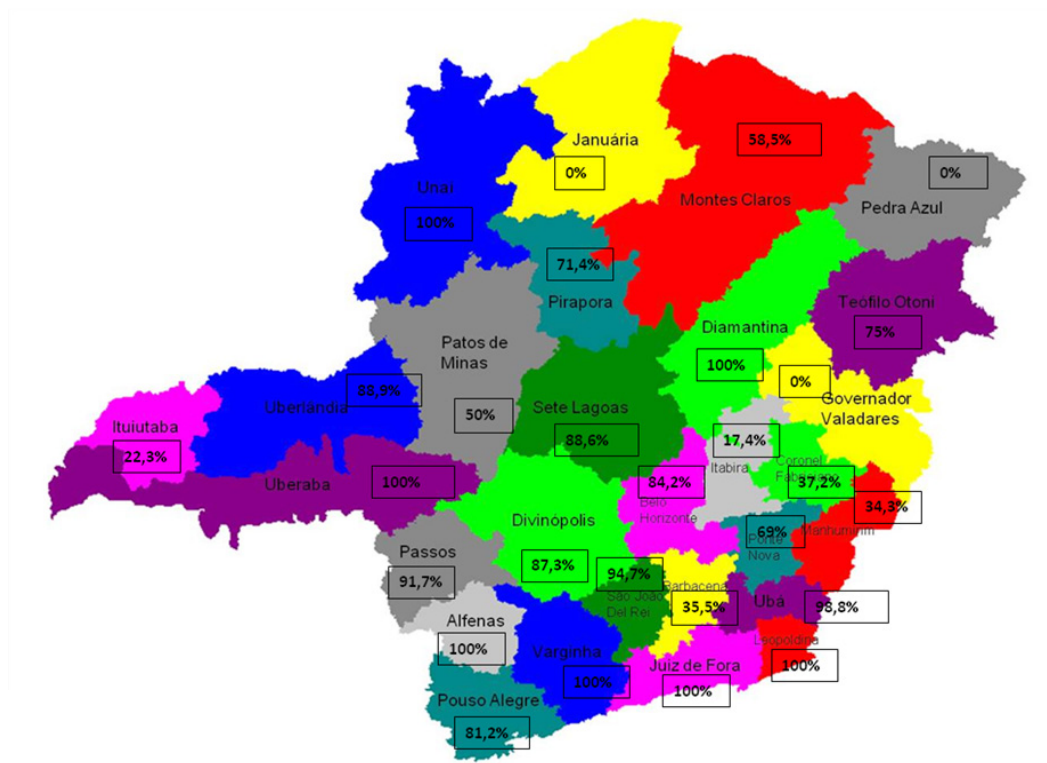
Desse modo, entre os desafios enfrentados pela Diretoria de Saúde do Trabalhador da SES-MG destaca-se o de criar alternativas de suporte técnico efetivo e de qualidade para a rede de atenção integral aos trabalhadores. Uma estratégia é o fortalecimento das RT-ST das instâncias regionais e a ampliação da capacidade de suporte do CEREST Estadual, com utilização de tecnologias de apoio a distância, nos moldes do Telessaúde.

2.5 PAPEL DOS MUNICÍPIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A organização das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do município é essencial para garantir a atenção integral e de qualidade para todos os trabalhadores do Estado. Nesse sentido, cabe à Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador um importante papel. As RTM-ST são pilares de sustentação e apoio à gestão dessas ações no município.

Em maio de 2011, 576 dos 853 municípios mineiros (67,5%) já pactuaram a indicação de uma RTM em Saúde do Trabalhador. A distribuição das RTM-ST por instância regional está apresentada na Fig. 11.

Figura 11 – Distribuição das RTM por SRS/GRS em Minas Gerais



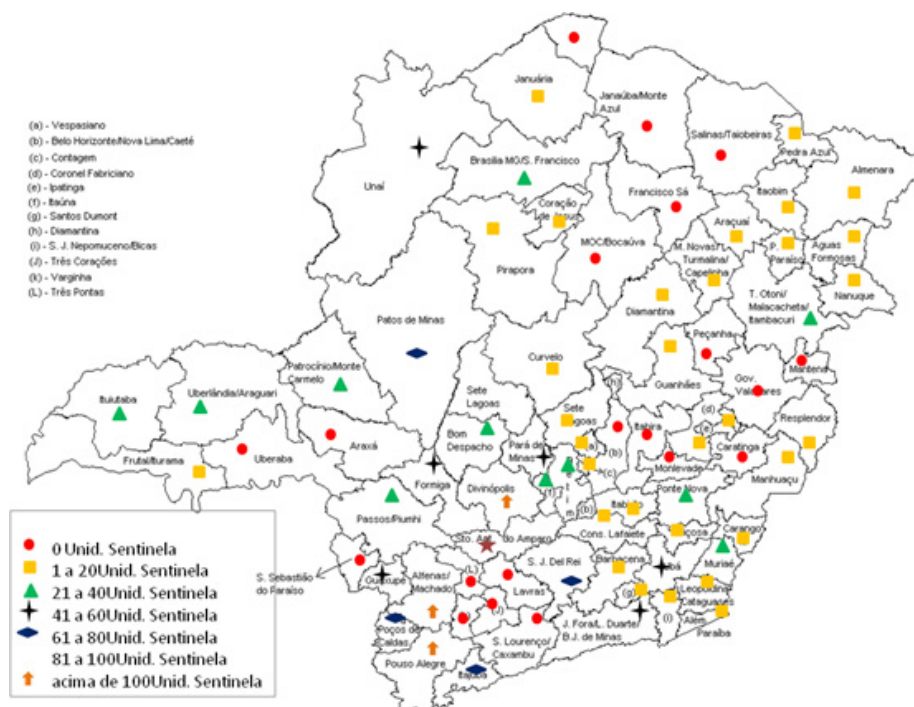
Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2011

No âmbito dos municípios, outro apoio importante para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador é representado pela Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Considerando a importância da informação sobre agravos e doenças relacionados ao trabalho para dar visibilidade social aos problemas de saúde dos trabalhadores, particularmente junto aos gestores e o controle social do SUS, foi proposta a organização da Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, composta por unidades de saúde denominadas unidades sentinela, responsáveis pela identificação, investigação e notificação dos casos.

Em Minas Gerais, a deliberação CIB/SUS-MG nº 742 de 07 de dezembro de 2010 aprovou 1.526 unidades sentinelas, a partir das pactuações das CIBs microrregionais, com efetiva participação das instâncias regionais, como mostrado na Fig. 12.

Figura 12 – Representação microrregional de Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador em Minas Gerais, 2010



Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2011

Na atualidade, a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador está em processo de revisão e readequação, de modo semelhante ao descrito a propósito do CEREST.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. p. 43.

MINAS GERAIS. Decreto n° 45.038 de 2009. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/objetivo-operacional-e-competencias-legais/legislacao-da-ses/DECRETO%2045%20038_2009.pdf>.

MINAS GERAIS. Lei Delegada n° 180, de 20 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a estrutura orgânica da Administração Pública do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. 2011a.

MINAS GERAIS. Decreto n° 45.536 de 27 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a estrutura orgânica da Administração Pública do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais. 2011b.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB SUS/MG n° 805, de 20 de abril de 2011. Altera a Gestão do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador no Estado de MG. 2011c.

**PASSO A PASSO PARA A ATUAÇÃO
DA REFERÊNCIA TÉCNICA EM
SAÚDE DO TRABALHADOR (RT-ST)
NAS INSTÂNCIAS REGIONAIS**

SEÇÃO 3

A Seção 3 está organizada a partir do reconhecimento da diversidade das realidades técnica e política do SUS, no Estado de Minas Gerais, e da necessidade de se buscar facilitar e harmonizar o trabalho das instâncias regionais.

Assim, as diretrizes e os modos de fazer aqui detalhados poderão, em alguns casos, auxiliar no aperfeiçoamento e na continuidade de execução de ações já em curso e, em outros, devem servir de estímulo para se iniciar o processo. Como denominador comum de todo este esforço está o compromisso de que cada município do Estado desenvolva, da melhor forma possível, ações de Saúde do Trabalhador em sua rede de saúde.

Para subsidiar a implantação das ações em Saúde do Trabalhador, fortalecendo as RT-ST das instâncias regionais e reconhecendo a importância da contribuição dos CEREST como apoiadores técnicos dessas ações, foi elaborado este passo a passo, na perspectiva de facilitar o “fazer” da RT-ST das instâncias regionais e dos municípios. Buscou-se responder às seguintes questões:

- 1. Como e o que fazer para que as ações em Saúde do Trabalhador sejam desenvolvidas no município em todos os pontos de atenção da rede de saúde?**
- 2. Como desenvolver ações em saúde do trabalhador nos municípios que não contam com o apoio do CEREST em sua área de abrangência?**
- 3. Como dar visibilidade ao adoecimento relacionado ao trabalho, principalmente pelo fortalecimento da notificação pelo SUS?**
- 4. Como facilitar o controle social?**

A equipe responsável pela elaboração deste passo a passo sabe que ele não é possível responder de modo satisfatório a todas essas questões. Porém, é o começo, a ser adaptado às peculiaridades locais e regionais.

Os conteúdos da Seção 3 estão orientados pelo elenco de competências e atividades prescritas para as RT-ST das instâncias regionais para o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, detalhadas no Quadro 11.

Com base nessas competências, a Diretoria de Saúde do Trabalhador definiu as ações mínimas a serem desenvolvidas pela RT-ST das instâncias regionais da SES-MG, com apoio do CEREST estadual e dos CEREST regionais, nos respectivos territórios de jurisdição. São elas:

- a) Diagnóstico estratégico situacional em saúde do trabalhador começando pelo perfil produtivo e epidemiológico regional. Este diagnóstico subsidiará o planejamento das ações em saúde do trabalhador tanto nas instâncias regionais quanto no município.
- b) Incentivo à indicação de referência técnica em saúde do trabalhador em todos os municípios da área de jurisdição (RTM-ST).
- c) Estímulo à inclusão de ações de Saúde do Trabalhador nos Planos Municipais de Saúde e Programação Anual em Saúde.
- d) Fomento da notificação dos agravos relacionados ao trabalho, com prioridade para os acidentes de trabalho graves e de agravos priorizados considerando o perfil produtivo regional.

A atuação das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador das instâncias regionais da SES-MG pode ser resumida em três grandes momentos ou tarefas, detalhadas a seguir:

- a) **fase preparatória:** inicia quando ele/ela é designado para assumir a função pela elaboração do diagnóstico situacional de Saúde do Trabalhador, realizado a partir do levantamento do perfil produtivo e do perfil epidemiológico de cada município da área de jurisdição. Para este trabalho, é essencial contar com a participação da referência técnica municipal de Saúde do Trabalhador;
- b) **planejamento das ações** de Saúde do Trabalhador em uma perspectiva municipal e microrregional, em conjunto com as RTM-ST, orientadas pela Política Estadual de Saúde do Trabalhador; e
- c) **apoio ao desenvolvimento e monitoramento das ações** em cada município da área de jurisdição.

3.1 ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO TERRITÓRIO

Ao assumir o lugar de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador, o profissional deve ser orientado pela equipe da Diretoria de Saúde do Trabalhador da SES-MG sobre suas novas atribuições e os recursos com que conta para desempenhar sua tarefa. Este trabalho será facilitado, caso ele/ela tenha experiência prévia e/ou formação específica na área de Saúde do Trabalhador. Entretanto, se não tiver, deverá ser incluído nos processos de capacitação (cursos e treinamentos) e contar com o apoio mais direto de outra RT-ST da instância regional, com mais experiência.

Sua primeira atividade na área deverá ser a elaboração do Diagnóstico Situacional da Saúde do Trabalhador no território de jurisdição da instância regional. Este diagnóstico permitirá conhecer: quem são, quantos são, o que fazem e de que adoecem e morrem os trabalhadores em cada um dos municípios, ou seja, o perfil produtivo e o perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho.

É importante que esse Diagnóstico Situacional seja complementado com informações sobre a capacidade instalada dos municípios para o atendimento aos trabalhadores, as pactuações de procedimentos, entre outras questões.

O **Diagnóstico Situacional da Saúde do Trabalhador** deve responder minimamente às seguintes perguntas:

- Quais são as atividades produtivas/econômicas desenvolvidas na região?
- Quais são os possíveis riscos e perigos à saúde dos trabalhadores relacionados às atividades?
- De que adoecem e morrem os trabalhadores na região?

A construção do Diagnóstico Situacional em Saúde do Trabalhador pressupõe a obtenção, sistematização e análise de dados, cujos passos estão descritos a seguir.

3.1.1 – ELABORAÇÃO DO PERFIL PRODUTIVO: BUSCA, SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

- **Pergunta orientadora: Quais são e como estão distribuídas as atividades produtivas no município e na microrregião?**

A elaboração do perfil produtivo implica conhecer o número de empresas e número de trabalhadores existentes em cada município da região. Sobre as empresas, infelizmente estão disponíveis somente informações relativas ao mercado formal de trabalho, no banco de dados organizado pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) denominado Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Apesar dessa limitação, a RAIS deve ser utilizada para se conhecer o perfil das unidades de produção existentes no território, complementando-o, posteriormente, com as informações sobre o setor informal. Será apresentado, a seguir, o passo a passo para construção do perfil produtivo a partir das informações disponíveis na RAIS.

O perfil produtivo de um município ou região pode ser obtido a partir das informações disponíveis no banco de dados organizado pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) - **Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)**, que cobre cerca de 97% do **mercado formal de trabalho** no país. **No que se refere ao trabalho informal deve ser completado pelas informações colhidas diretamente pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.**

A primeira aproximação sobre o perfil produtivo do território de jurisdição da instância regional deve ser feita pela RT-ST a partir dos dados da RAIS.

Para isto ele/ela deve solicitar ao MTE o acesso à RAIS, no site <<http://www.mte.gov.br/pdet/index.asp>>, por meio de um cadastro, seguindo os seguintes passos:

Quadro 12 – Procedimentos para Acesso ao Banco de Dados da RAIS

1. Clicar no ícone: *Adesão ao programa*.
2. Clicar no ícone: *Solicitação de acesso on-line*.
3. Clicar no ícone: *Clique aqui para preencher o formulário eletrônico de solicitação de acesso*.
4. Abre-se uma nova página, onde deve-se *digitar o e-mail do usuário e clicar na tecla entrar*.
5. Preencha os campos, procurando deixar claro o motivo da solicitação (finalidade de uso). Os marcados com * são de preenchimento obrigatório. O campo e-mail já aparece preenchido com o e-mail fornecido anteriormente.
6. Faça a revisão dos campos informados e *clique no botão AVANÇAR*.
7. Ao se abrir uma nova página, faça a revisão dos campos informados e *clique no botão ENVIAR*.
8. Abre-se uma nova página, com a mensagem “Solicitação enviada com sucesso”.
9. Aguarde o recebimento do código e senha no seu correio eletrônico em até 3 dias.

Fonte: Adaptado de Da Silva (2010).

Após o recebimento do código e da senha, a RT-ST deverá seguir os seguintes passos:

Acesso aos dados da RAIS



1. Entre no site <<http://www.mte.gov.br/pdet/index.asp>>.
2. Clique no ícone: Consultas.
3. A seguir, clique no ícone: Acesso on-line às bases de dados e você será redirecionado à página de acesso, ou seja, <<http://sgt.caged.gov.br/index.asp>>. Você deve então digitar o código e a senha de acesso e clicar em “*abrir sessão*”.

Observação importante: ao fazer o primeiro acesso você deve trocar sua senha, seguindo as instruções que aparecem após você colocar o mouse e clicar no ícone “abrir sessão”, abrindo uma caixa com o link “nova senha”.

4. A seguir abre-se uma nova página, na qual aparecem os links “Rais” e “Caged”.
5. Ao clicar no link “RAIS” aparecem os links “RAIS” e “\\MTE:ESTB”.

Observação importante: ao clicar em “RAIS” você irá acessar os dados sobre vínculos de trabalho informados, o que pode ser entendido como estimativa do número de trabalhadores. Se selecionar “\\MTE:ESTB” você acessará os dados sobre os estabelecimentos em atividade em 31/12 do ano selecionado.

6. Selecionar sempre o último ano disponível para consulta. Por exemplo: clique no link “\\MTE:ESTB2009”
o indicando que o mesmo foi selecionado. Após a seleção clica-se na palavra OK para retornar ao sistema de busca dos outros municípios. Repetir esta operação para todos os municípios da jurisdição administrativa da GRS. “seleção sem limites”.
7. A seguir, clique em “Mun por UF”.
8. Clique em “Mun MG” e selecione o Município: a seleção do município pode ser feita usando a listagem existente ou digitando o nome do município e clicando em pesquisar.

Observação importante: No caso da utilização da listagem devemos realizar os seguintes procedimentos: procurar o município na lista da página inicial ou das outras páginas. Para a mudança de página clique nos números existentes até encontrar a página que contém o município pretendido. Selecione o Município clicando no nome do município. Aparecerá o sinal  ao lado do nome do município indicando que o mesmo foi selecionado. Repetir esta operação para todos os municípios da jurisdição administrativa da GRS. No caso de utilizar o sistema de busca, digite o nome do município, sem acentos gráficos, e clique na palavra Pesquisar. Selecione o Município clicando no nome do município. Aparecerá o sinal  ao lado do nome do município

9. Clique no ícone “Mostrar categorias selecionadas” para visualizar as categorias selecionadas.
10. Clique no ícone “Linha” para que estes dados sejam apresentados nas linhas.
11. Clique no ícone “Setorial” para expandir o menu. Após a expansão selecione o ícone “SETIBGE”. Clique em selecionar todas as categorias.
12. Clique no ícone “Coluna” para que estes dados sejam apresentados nas colunas após a tabulação dos dados.
13. Clique no ícone “Estab” para expandir o menu. Após a expansão selecione o ícone “Estoque”. Após selecione na janela “modo” a categoria

Observação importante: Estoque significa número de vínculos ativos em 31/12 em cada categoria IBGE. Lembre-se de que vínculos ativos

correspondem à estimativa do número de trabalhadores.

14. Clique no ícone “Conteúdo” para que estes dados sejam apresentados no conteúdo da tabela. Veja o modelo de representação abaixo:

SET IBGE	MUN XX	ESTOQUE
EXTR MINERAL	2	14
IND TRANSF	14	463
SERV IND UP	0	0
CONSTR CIVIL	8	5
COMERCIO	40	91
SERVICOS	24	83
ADM PUBLICA	2	259
AGROPECUARIA	81	111
OUTR/IGN	0	0
TOTAL	171	1.026

15. Clique em “Tabulação” (os dados solicitados serão apresentados em uma tabela).
16. OBS: A apresentação da tabela pode ser alterada utilizando o ícone “opções” e “preferências”.
17. Clicar em “download” e salvar a tabela no formato “exe” (Excel).

Fonte: Adaptado de Da Silva, 2010.

As informações obtidas permitirão compor um perfil produtivo básico do município, considerando o “número de estabelecimentos segundo as categorias do IBGE no município selecionado” e “número de vínculos de trabalho por atividade econômica”.

➤ **Lembre-se de que:**

- ❖ Os dados da RAIS referem-se aos estabelecimentos informados que estão em atividade em 31/12, do respectivo ano, limitando assim o conhecimento acerca do perfil produtivo real do município.
- ❖ Os registros da RAIS são restritos ao setor formal de trabalho. Outras fontes devem ser pesquisadas para conhecer a população do setor informal.
- ❖ Outras informações disponíveis na RAIS também podem integrar a caracterização do perfil produtivo de uma determinada região, tais como tamanho do estabelecimento, natureza jurídica, tipo de estabelecimento, faixa etária e gênero dos trabalhadores com vínculo ativo, renda, ocupação, entre outras.

Sistematização/organização dos dados para análise

A sistematização/organização dos dados obtidos na consulta ao Banco da RAIS deve ser feita por município, e posteriormente consolidados por microrregião de saúde, considerando o Plano Diretor de Regionalização (PDR). A figura a seguir apresenta um modelo de planilha que pode ser utilizada para a organização dos dados sobre o perfil produtivo.

Figura 13 – Sugestão de modelo para a organização dos dados sobre o perfil produtivo, por município

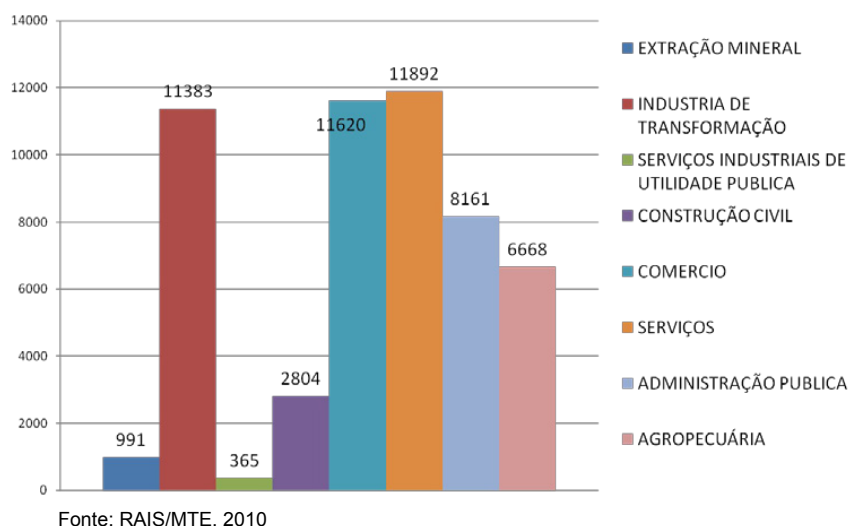
Microrregião						
Municípios	Atividades econômicas					
	1	2	3	4	5	6

Legenda: Atividades econômicas - 1 Extrativa Mineral; 2 Indústria de transformação; 3 Serviços Industriais de Utilidade Pública; Construção Civil; 4 Comércio; 5 Serviços; 6 Administração Pública; 7 Agropecuária; 8 Extração vegetal, caça e pesca; 9 Outros

Sugere-se que a planilha seja preparada em Excel, pois este permite a organização de múltiplas categorias, as atividades econômicas e os municípios. O Excel é uma ferramenta de análise de dados, que permite ordenar, agrupar, calcular, ajustar, somar, alterar a ordem por diferentes critérios e realizar uma infinidade de operações de manipulação de dados sobre os municípios da microrregião. Além disso, o programa permite a aplicação de filtros, selecionando grupos para análises específicas, segundo a categoria desejada.

A organização das informações para visualização do perfil produtivo de cada município ou mesmo da microrregião pode ser feita utilizando, por exemplo, o gráfico de barras, conforme demonstra a Fig. 14.

Figura 14 – Sugestão de modelo para a organização dos dados sobre o perfil produtivo, por município



As informações sobre o perfil produtivo podem ser complementadas com dados disponíveis no site IBGE Cidades, acessível seguindo os passos descritos a seguir:

Quadro 13 – Procedimentos para Acesso aos dados IBGE Cidades

1. Acesse o endereço www.ibge.gov.br.
 2. À esquerda da tela do computador, clique em Banco de dados e em seguida, em cidades@.
 3. Outro caminho possível é digitar direto o endereço <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>.
 4. Uma vez na página das cidades@, aparecerá na tela o mapa do Brasil. Ao clicar no Estado de Minas Gerais, aparecerá a lista dos 853 municípios mineiros.
 5. Clique no município que deseja pesquisar. Várias informações demográficas e estatísticas estão à sua disposição. Com elas, você poderá elaborar um diagnóstico econômico e social do município de interesse.
- **Lembre-se de que os resultados poderão facilitar a comparação entre os municípios da mesma microrregião e de outras regiões do Estado de Minas Gerais, da Região Sudeste e do Brasil.**

Completado o desenho do perfil produtivo, o próximo passo será a busca de informações sobre os possíveis riscos e perigos para a saúde relacionados às atividades produtivas identificadas, completando o diagnóstico estratégico-situacional da Saúde do Trabalhador. Para isso pode ser utilizada a Enciclopédia de Saúde e Segurança do Trabalho (4ª. edição), preparada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e disponível no site: <http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/enciclo/general/contenido/tomo1/sumario.pdf>.

Outra fonte de informação sobre fatores de risco e perigos são as Fichas Técnicas de Agentes Patogênicos e a Lista Brasileira de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicada na Portaria MS nº 1.339 de 18 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999), do livro Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 2001, disponíveis no site da Biblioteca Virtual de Saúde no site do Ministério de Saúde (BRASIL, 2001). O Quadro 14 apresenta uma sugestão de modelo de registro dos principais riscos/perigos para a saúde associados às atividades produtivas identificadas.

Quadro 14 – Modelo de registro das informações sobre os principais fatores de risco/perigos para a saúde dos trabalhadores relacionados às atividades produtivas

Atividade econômica		Classe de Risco	Exemplos de Riscos/Exposições
Extrativa Mineral		Químico	Intoxicação por gases (monóxido de carbono), poeiras minerais (quartzo, sílica, asbesto, carvão)
		Físico	Ruído, vibrações, calor, frio, umidade, iluminação, radiação ionizante e não-ionizante
		Biológico	Exposição a vetores de doenças infecciosas, microrganismos patogênicos (vírus e bactérias)
		Organização do trabalho	Posturas inadequadas, trabalho em rodízio e noturno, ritmos excessivos, jornadas prolongadas, movimentos repetitivos, carregar peso
		Acidentes	Explosão, quedas
Indústria de transformação		Químico	Poeiras, fumos, névoas, vapores, produtos químicos diversos como solventes, ácidos, reagentes, metais e produtos de suas reações
		Físico	Ruído, vibrações, calor, frio, umidade, radiação ionizante e não-ionizante
		Biológico	Exposição a vetores de doenças infecciosas, microrganismos patogênicos e animais peçonhentos
		Organização do trabalho	Posturas inadequadas, cargas pesadas, movimentos repetitivos, trabalho em turno
		Acidentes	Quedas, ferimentos com instrumentos de trabalho, incêndio e explosão
Serviços Industriais de Utilidade Pública	Serviços postais	Químico	Poeiras vegetais, substâncias químicas
		Físico	Ruído, radiação não-ionizante
		Biológico	Exposição a microrganismos patogênicos (vírus e bactérias)
		Organização do trabalho	Posturas inadequadas, levantamento de cargas pesadas, monotonia e repetitividade, trabalho de turno e noturno, controle rígido de produtividade,
		Acidentes	Roubos, quedas

Atividade econômica		Classe de Risco	Exemplos de Riscos/Exposições
Serviços Industriais de Utilidade Pública	Telecomunicações	Químico	Produtos químicos (chumbo, solventes, isocianatos), poeiras minerais (amianto)
		Físico	Radiações ionizantes e não ionizantes, ruído, stress
		Organização do trabalho	Posturas inadequadas, relações de trabalho
		Acidentes	Quedas, choques elétricos
	Tratamento da rede de esgoto	Químico	Gases tóxicos (metano), substâncias tóxicas (cloro, ácido sulfúrico)
		Físico	Espaços confinados, falta de oxigênio, umidade
		Biológico	Exposição a microrganismos patogênicos (vírus e bactérias)
		Organização do trabalho	Posturas inadequadas, relações de trabalho
		Acidentes	Queda, explosão
	Coleta de lixo	Físico	Calor, frio, ruído, radiação não-ionizante
		Ergonômico	Jornada de trabalho prolongada, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, imposição de ritmos de trabalho excessivo, manipulação de objetos pesados (grandes, cortantes e pontiagudos), relações de trabalho
		Acidentes	Quedas, atropelamentos
	Limpeza de ruas	Químico	Gases tóxicos (monóxido de carbono)
		Físico	Ruído, calor, frio, radiação não-ionizante
		Organização do trabalho	Jornada de trabalho prolongada, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, imposição de ritmos de trabalho excessivo, manipulação de objetos pesados
Acidentes		Atropelamentos, queda	
Construção Civil	Químico	Poeiras, fumos, névoas, vapores, produtos químicos diversos como solventes, reagentes e produtos de suas reações	
	Físico	Ruído, vibrações, calor, frio, radiação não ionizante	
	Biológico	Exposição a vetores de doenças infecciosas, microrganismos patogênicos e animais peçonhentos	
	Organização do trabalho	Posturas inadequadas, cargas pesadas, movimentos repetitivos, relações de trabalho	
	Acidentes	Quedas, ferimentos com instrumentos de trabalho, incêndio e explosão	

Atividade econômica		Classe de Risco	Exemplos de Riscos/Exposições
Comércio		Químico	Exposição a gases tóxicos (monóxido de carbono, dióxido de carbono), poeiras incômodas (cigarro)
		Físico	ruído, frio, calor
		Biológico	Exposição a microrganismos patogênicos (vírus, bactérias e fungos)
		Organização do trabalho	Postura inadequada, movimentos repetitivos, ritmos de trabalho excessivo, relações de trabalho
		Acidentes	Agressão física
Serviços	Educação	Organização do trabalho	Jornadas de trabalho prolongadas, posturas inadequadas, imposição de ritmos excessivos
	Saúde	Químico	Agentes químicos como desinfetantes, esterilizantes, reagentes químicos, fármacos, anestésicos
		Físico	Radiação ionizante, ruído
		Biológico	Microrganismos patogênicos
		Organização do trabalho	Trabalho em turno, stress físico e psíquico, imposição de ritmos excessivos, posturas inadequadas, jornadas de trabalho prolongadas, relações de trabalho
	Segurança e Bombeiros	Químico	Poeiras, fumos, névoas, vapores, produtos químicos em geral
		Físico	Ruído, calor, frio
		Biológico	Microrganismos patogênicos
		Organização do trabalho	Trabalho em turno, stress físico e psíquico, imposição de ritmos excessivos, posturas inadequadas, relações de trabalho
		Acidentes	Ferimentos/óbito por armas, acidentes com veículos, explosão
	Hotel e Restaurante	Químico	Produtos de limpeza
		Físico	Calor, frio, umidade, ruído
		Organização do trabalho	Movimentos repetitivos, stress físico e psíquico, imposição de ritmos excessivos, cargas pesadas, relações de trabalho
		Acidentes	Ferimentos com instrumentos de trabalho

Atividade econômica		Classe de Risco	Exemplos de Riscos/Exposições
Serviços	Limpeza e Lavanderia	Químico	Produtos de limpeza
		Físico	Ruído, calor
		Biológico	Microrganismos patogênicos
		Organização do trabalho	Movimentos repetitivos, cargas pesadas, posturas inadequadas, imposição de ritmos excessivos, relações de trabalho
		Acidentes	Quedas e ferimentos com instrumentos de trabalho
	Estética	Químico	Substâncias químicas dos cosméticos e produtos de limpeza
		Físico	Calor, ruído, radiação não-ionizante
		Biológico	Microrganismos patogênicos
		Organização do trabalho	Movimentos repetitivos, posturas inadequadas, imposição de ritmos excessivos, relações de trabalho
	Serviço Doméstico	Químico	Produtos de limpeza
		Biológico	Microrganismos patogênicos
		Organização do trabalho	Movimentos repetitivos, stress físico e psíquico, imposição de ritmos excessivos, cargas pesadas
		Acidentes	Quedas e ferimentos com instrumentos de trabalho
	Transporte e Armazenamento	Químico	Poeiras, vapores, produtos químicos diversos como lubrificantes e combustíveis
		Físico	Pressões anormais, ruído, calor, frio, radiação não-ionizante
		Biológico	Exposição a vetores de doenças infecciosas, microrganismos patogênicos e animais peçonhentos
		Organização do trabalho	Trabalho em turnos, cargas pesadas, longas jornadas de trabalho, isolamento, imposição de ritmos excessivos, relações de trabalho
Acidentes		Acidentes com veículos de transporte	

Atividade econômica	Classe de Risco	Exemplos de Riscos/Exposições
Agropecuária, extração vegetal, caça e pesca	Químico	Poeiras, vapores, produtos químicos diversos como agrotóxicos
	Físico	Ruído, vibração, frio, calor, umidade, radiação
	Biológico	Exposição a vetores de doenças infecciosas, microrganismos patogênicos e animais peçonhentos
	Organização do trabalho	Cargas pesadas, longas jornadas de trabalho, imposição de ritmos excessivos, posturas inadequadas, movimentos repetitivos, relações de trabalho
	Acidentes	Ferimentos com instrumentos de trabalho e veículos, incêndios

Fonte: OIT – Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2003.

3.1.2 – ELABORAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRABALHADORES: BUSCA, SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

- **Pergunta orientadora: Quem são e de que adoecem e morrem os trabalhadores?**

A construção do perfil epidemiológico dos trabalhadores baseia-se nos dados demográficos e nas informações sobre mortalidade e morbidade da população trabalhadora.

3.1.2.1 Número de trabalhadores

Para conhecer os aspectos demográficos sobre a população trabalhadora, pode-se utilizar os dados referentes à População Economicamente Ativa (PEA) e a População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) disponibilizados pelo IBGE no site <www.ibge.gov.br/home/> agregados por unidade da federação.

As informações sobre a população trabalhadora no setor formal estão disponíveis no banco de dados da RAIS, já descrito. O número de vínculos de trabalho obtido na categoria “estoque” refere-se ao número de trabalhadores formais do município selecionado.

É importante lembrar que o número total de trabalhadores do município ou da região, que representa o denominador no cálculo das taxas, é composto pela soma do número de trabalhadores do setor formal e do setor informal de trabalho. Geralmente estão disponíveis apenas informações sobre o número de trabalhadores no setor formal.

3.1.2.2 Perfil de Mortalidade dos trabalhadores

Os dados sobre a mortalidade de trabalhadores podem ser obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponíveis no site <www.datasus.gov.br>. A Taxa de Mortalidade por Grupo de Causas, apesar de não se referir exclusivamente à mortalidade relacionada ao trabalho, pode auxiliar na estimativa do número de mortes potencialmente relacionadas ao trabalho, em um dado município. O SIM é um sistema de base nacional, que inclui os trabalhadores, independente de seu vínculo empregatício.

Informações sobre as tendências da taxa de mortalidade em cada município podem também ser obtidas no site <www.datasus.gov.br>, no link sala de situação de saúde.

A articulação com o responsável ou a equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da instância regional é importante para facilitar o acesso ao banco de dados do SIM e analisar as informações considerando a relação entre os eventos e o trabalho, como por exemplo os óbitos por causas externas, dentre os quais se encontram as mortes por acidentes de trabalho.

Os dados sobre acidentes de trabalho fatais, além de estarem registrados no SIM, também podem ser encontrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Quadro 15 – Roteiro de acesso aos dados sobre Acidente do Trabalho Fatal registrados no SINAN

- 1) Acessar o SINAN, utilizando login da GRS.
- 2) Clicar na opção “**Consulta**” e, em seguida, clicar em “**Notificações Individuais**” - Note que uma nova janela aparecerá com algumas opções de busca. Elas permitem um detalhamento maior do dado, de acordo com o tipo de informação que se queira verificar.
- 3) Selecionar a opção “**Data**” no “**Período de Notificação**”.
- 4) Nas opções “Data Inicial” e “Data Final”, colocar a data em que se deseja obter as informações, no formato *dd/mm/aaaa*.
- 5) Em “**Outras seleções**”, na opção “**Campo**”, solicitar busca por “**Agravo**” - Observe que o sistema direcionará o cursor automaticamente para a opção “**Critério de Seleção**”.
- 6) Na opção “**Critério de Seleção**”, escrever “**Acidente de Trabalho Grave**” (sem as aspas) e clicar em “**Adicionar**”.
- 7) Volte em “**Outras seleções**” e, na opção “**Campo**”, solicitar busca por “**Evolução**”.
- 8) Na opção “**Critério de Seleção**”, escrever “**Óbito por acidente de trabalho grave**” (sem as aspas) e clicar em “**Adicionar**”.
- 9) Ao clicar no botão “**Consultar**” você terá acesso às fichas de notificação e investigação dos óbitos por Acidente de Trabalho Grave.

Informações detalhadas sobre os procedimentos de busca no SINAN estão disponíveis no Manual de Normas e Rotinas do SINAN-NET, no endereço: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>.

Outra fonte de informação sobre o número de óbitos relacionados ao trabalho em um dado município pode ser acessada no site <www.mps.gov.br>, no link Estatísticas, no Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, capítulo de estatísticas municipais, do banco de dados do INSS da Previdência Social.

3.1.2.3 Perfil de Morbidade dos trabalhadores

O perfil de Morbidade dos trabalhadores pode ser obtido a partir dos seguintes bancos de dados: a) Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); b) Sistema de Informação Hospitalar (SIH); c) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e d) Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SIH fornece o número de internação por causas externas relacionadas ao trabalho. Em 1997, a Portaria MS nº 142, de 13 de novembro, dispôs sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, em casos com quadro compatível com causas externas. Em 2001, a Portaria nº 1.969/GM, de 25 de outubro, tornou obrigatório o registro de ocupação e ramo de atividade econômica na AIH. Apesar de sua importância para a produção de informações em saúde do trabalhador e do potencial de utilização, por estados e municípios, a portaria é ainda pouco conhecida e pouco cumprida, conforme pode ser demonstrado pelos baixos números registrados de acidentes e outros agravos no SIH (CONCEIÇÃO *et al.*, 2002).

O SINAN fornece dados sobre os agravos de notificação compulsória: número de casos registrados no sistema, diagnóstico/agravo e a população acometida, por sexo, idade e ocupação.

O SIAB agrega informações das áreas cobertas pelos Programas de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os dados do SIAB são divulgados por meio de relatórios somente quando solicitados à Coordenação do Sistema de Informação. Entre os dados de interesse para a Saúde do Trabalhador destaca-se o número de atendimentos a acidentados no trabalho. Porém, estes se referem apenas aos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, uma vez que estão vinculados à emissão da CAT.

De acordo com a orientação do Manual do SIAB:

Atendimento específico para AT - registrar o número total de atendimentos específicos para acidente de trabalho. Neste campo só deve ser computado atendimento em que for preenchido o laudo do exame médico (LEM) constante do verso da comunicação de acidentes do trabalho (CAT). Os acidentes e doenças do trabalho são notificados pelas empresas ao INSS, através da CAT. Na falta da comunicação pela empresa, a notificação pode ser formalizada pelo Sindicato, pelos serviços de saúde, pelo próprio trabalhador ou seus dependentes.

Esta orientação do Manual do SIAB necessita ser revisada, uma vez que contradiz o princípio da universalidade do SUS.

3.1.2.4 Organização dos dados sobre o perfil epidemiológico, por município

As informações sobre a mortalidade e a morbidade entre os trabalhadores de um município necessitam ser organizadas de modo a facilitar a análise e a divulgação. A sistematização dos dados sobre o perfil epidemiológico deve ser feita por município, e eles devem ser consolidados por microrregião de saúde, considerando o PDR. A Fig. 15 apresenta sugestão de modelo para organização dos dados sobre o perfil epidemiológico.

Figura 15 – Sugestão de modelo para a organização dos dados sobre o perfil epidemiológico – mortalidade, por município

Microrregião						
Município/população trabalhadora (nº de trabalhadores)	Perfil epidemiológico					
	1	2	3	4	5	6

Legenda: 1 Taxa de mortalidade por grupo de causas (SIM); 2 Nº de óbitos por acidente de trabalho (SIM); 3 Nº de óbitos por acidente de trabalho (SINAN); 4 Nº de óbitos por acidente de trabalho (INSS); 5 Nº de agravos relacionados ao trabalho (SINAN)

O diagnóstico estratégico situacional de Saúde do Trabalhador deve conter, além das informações sobre o perfil produtivo e epidemiológico, a identificação dos serviços de saúde que poderão compor a rede de atenção à saúde do trabalhador e as pactuações já realizadas na PPI.

O diagnóstico situacional de Saúde do Trabalhador tem a finalidade inicial de permitir que a RT-ST da instância regional conheça melhor o território sob sua responsabilidade e desenvolva argumentos técnicos que facilitem a tarefa de mobilizar os gestores e as referências técnicas municipais sobre a importância da execução das ações de saúde do trabalhador. Posteriormente, ele deverá ser aprofundado em colaboração com a Referência Técnica Municipal.

O material reunido sobre o perfil produtivo e o perfil epidemiológico dos trabalhadores do território de jurisdição da instância regional permitirá à RT-ST iniciar a construção de uma sala de situação de Saúde do Trabalhador. A sala de situação em saúde tem por objetivo disponibilizar informações, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a prática profissional e a produção de conhecimento (BRASIL, 2010).

Uma sala de situação de saúde é composta por quatro módulos:

- a) Socioeconômico – apresenta aspectos socioeconômicos, demográficos e territoriais que permitem identificar a situação conjuntural, reunindo dados políticos e as representações do poder instituído;
- b) Ações em saúde – possibilita o acompanhamento das metas físicas, cobertura das ações e repasses financeiros;
- c) Situação de saúde – disponibiliza indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos caracterizados como problema de saúde pública. Auxilia na elaboração de análises contextuais utilizadas na formulação de políticas e avaliação das intervenções;
- d) Gestão de saúde – aborda a execução orçamentária, programas e ações. Informa os limites financeiros por empenho e por recursos. Mostra indicadores de resultados e de processos do monitoramento do Pacto pela Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Concluindo, o Diagnóstico Situacional da Saúde do Trabalhador subsidiará as seguintes atividades da RT-ST:

- mobilizar gestores e referências técnicas municipais, divulgando a importância da execução das ações de saúde do trabalhador;
- conduzir as negociações nas instâncias colegiadas de gestão, representação política e pactuação do SUS (Conselho de Saúde, CIBs Microrregionais e Macrorregionais) no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador nos Planos Plurianuais (PPA), Plano Estadual de Saúde, Planos Municipais e Regionais de Saúde, na Programação Anual de Saúde e Plano Diretor de Investimento;
- orientar e monitorar os municípios quanto à inserção das ações de Saúde do Trabalhador na rede de atenção à saúde;
- participar da construção e validação do mapeamento das atividades produtivas na CIB microrregional com vistas ao planejamento e à gestão das políticas de saúde na região.

Após o Diagnóstico Situacional de Saúde do Trabalhador ou paralelamente à sua elaboração, deve ser iniciada a sensibilização dos gestores municipais para a organização e implementação das ações de Saúde do Trabalhador no município.

3.2 SENSIBILIZAÇÃO DOS GESTORES E INDICAÇÃO DAS REFERÊNCIAS TÉCNICAS MUNICIPAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A sensibilização dos gestores para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador nos municípios pode e deve ser feita, simultaneamente, em ação direta junto ao gestor municipal ou pactuada de modo coletivo na CIB regional. A ênfase

no desenvolvimento de ações de proteção e vigilância da saúde, destinadas a minimizar as consequências para o trabalhador e os impactos financeiros para o SUS, são argumentos fortes, assim como o reforço do conceito de que se trata de política oficial, obrigatória e prioritária, definida no Pacto pela Saúde, em seu componente Pacto pela Vida. O COSEMS regional também poderá ser aliado importante nesse processo.

Entre as iniciativas que podem facilitar a tarefa de indicação da RTM-ST estão:

- Reunião com os gestores dos municípios para discutir as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores; o perfil de atividades produtivas desenvolvidas no território; o perfil epidemiológico; possíveis demandas e necessidades para o cuidado dos usuários trabalhadores; a organização da rede de serviços para oferecer esse cuidado; a necessidade de realizar as notificações, entre outras. A menção aos impactos ambientais decorrentes das atividades produtivas e os custos com o tratamento e a reabilitação de acidentados no trabalho que exigem exames de alta densidade tecnológica, hospitalização e medicamentos de alto custo, entre outros, podem contribuir para sensibilizar o gestor a investir na prevenção e nas ações de vigilância.
- Organização de Seminário sobre a Política Nacional/Estadual de Saúde do Trabalhador, envolvendo o COSEMS na região. Neste momento é importante apresentar o diagnóstico estratégico-situacional de saúde do trabalhador.
- Inclusão do tema nas plenárias e conferências municipais/regionais e estadual de saúde.
- Solicitação às Comissões Intersetoriais de Ensino e Serviço CIES para realização de cursos de capacitação/atualização sobre a temática Saúde do Trabalhador.
- Divulgação no Canal Minas Saúde.

A abordagem coletiva dos gestores municipais da microrregião de saúde pode ser feita por ocasião das reuniões das instâncias colegiadas municipais e regional (conselhos, CIBs micro e macro). Nessa oportunidade devem ser enfatizadas as responsabilidades e atribuições do Estado e dos Municípios, e reforçada a necessidade de indicação da Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador.

A indicação da Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador pode ser facilitada pelas seguintes iniciativas da RT-ST das instâncias regionais:

- Envio de ofício solicitando que os gestores indiquem um servidor público para ser a referência técnica do município, nas questões de Saúde do Trabalhador.
- Discussão sobre a necessidade da indicação da RTM-ST nas CIBs micro e macrorregionais.
- Reunião com o gestor municipal para informar sobre a necessidade, o papel e as atribuições da RT para implementação das ações de saúde do trabalhador no município.

É importante que, após a indicação da referência municipal em Saúde do Trabalhador, ela seja validada em reunião de CIB Micro, que tem como uma de suas competências acompanhar as atividades referentes ao desenvolvimento do processo de descentralização.

No processo de sensibilização dos gestores para indicação da Referência Técnica Municipal de Saúde do Trabalhador, é muito importante orientar sobre o perfil desejável deste profissional, considerando suas atribuições.

A RTM-ST deve ser um profissional de saúde de nível superior, com iniciativa, responsabilidade, visão sistêmica para apoiar e executar as atividades no âmbito municipal e capacidade de promover articulação inter e intrasetorial para a implementação da Política de Saúde do Trabalhador, tendo por referência as competências e as macroações definidas.

Quadro 17 – Atribuições da Referência Técnica Municipal Saúde do Trabalhador (RTM-ST)

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES
Implantar a Política Estadual em Saúde do Trabalhador em âmbito regional, a partir dos municípios.	Mobilizar o gestor municipal e os profissionais de saúde do município, divulgando a importância da execução das ações de saúde do trabalhador.
	Subsidiar o gestor municipal de saúde nas negociações nas instâncias colegiadas de gestão, representação política e pactuação do SUS (conselho de saúde, CIBs Microrregionais e Macrorregionais) no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador nos Planos Municipais e Regionais de Saúde, na Programação Anual de Saúde e Plano Diretor de Investimento.
	Fortalecer a interface da Saúde do Trabalhador com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde.
	Promover articulações interinstitucionais visando à execução das ações compartilhadas em saúde do trabalhador.
	Participar de reuniões técnicas promovidas pela RT-ST da GRS e SRS.
	Participar de eventos, reuniões e cursos relacionados ao tema da Saúde do Trabalhador, e da CIST- Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador.
	Orientar e monitorar a inserção das ações de Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção à Saúde.
	Acompanhar a Regulação do Acesso aos serviços de média e alta complexidade necessários à integralidade da atenção à saúde do trabalhador, em parceria com os complexos reguladores do município.
	Participar da revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI) com o objetivo de garantir os procedimentos necessários à área de Saúde do Trabalhador, considerando o perfil produtivo e epidemiológico do município.

Implantar a Política Estadual em Saúde do Trabalhador em âmbito regional, a partir dos municípios.	Monitorar conjuntamente com a regulação os procedimentos necessários a Saúde do Trabalhador pactuados na PPI.
	Acompanhar a implantação da Política Nacional de Educação Permanente estimulando a inclusão da temática Saúde do Trabalhador, junto às Comissões Integradas de Ensino e Serviço (CIES).
	Assessorar a implantação, a organização e o funcionamento dos CEREST, em parceria com a RT-ST da instância regional.
Estimular a participação do controle social no planejamento, na implantação e no monitoramento da Política Estadual em Saúde do Trabalhador.	Estimular a criação de Comissões intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde.
	Apoiar a capacitação de conselheiros municipais de saúde na temática Saúde do Trabalhador, quando solicitado.
	Promover reuniões e discussões sobre a legislação no SUS referente ao controle social na temática de Saúde do Trabalhador, sempre que possível em parceria com o conselho municipal, considerando as informações sobre o perfil produtivo e epidemiológico do município.
Coordenar e monitorar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, na área de abrangência da GRS e SRS, observando os processos de trabalho e os danos à saúde causados pelo trabalho.	Participar da construção do mapeamento das atividades produtivas no território municipal.
	Apresentar o mapeamento das atividades produtivas municipais no conselho municipal de saúde.
	Participar de ações conjuntas com as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental para avaliação de condições, ambientes e processos de trabalho.
	Construir perfil epidemiológico do município, em parceria com a vigilância epidemiológica municipal para identificação dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, visando subsidiar o planejamento das políticas de saúde no município.
	Subsidiar o processo de inclusão de ações em saúde do trabalhador na PAVS (Programação das Ações de Vigilância em Saúde) e Pacto pela Vida, nas ações referentes à Saúde do Trabalhador em parceria com o setor responsável pela coordenação dos instrumentos de pactuação.
	Capacitar os técnicos das Vigilâncias em Saúde (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador) na promoção e análise da saúde do município, para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, em parceria com a GRS.
	Participar, no âmbito de sua competência, de estudos, pesquisas, supervisão, análise, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde do trabalhador.
	Participar da construção e validação de instrumentos de vigilância com objetivo de implementar a vigilância em saúde do trabalhador.
	Estimular e analisar a melhoria do preenchimento da “Ficha A”, no campo OCUPAÇÃO, pelas Equipes de Saúde da Família, junto com a coordenação da Atenção Primária à Saúde.

<p>Coordenar e monitorar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, na área de abrangência da GRS e SRS, observando os processos de trabalho e os danos à saúde causados pelo trabalho.</p>	<p>Auxiliar na definição da rede sentinela em Saúde do Trabalhador no município.</p>
	<p>Monitorar as notificações relacionadas à saúde do trabalhador e produzir relatórios para as unidades sentinelas e notificantes do município sobre os agravos de notificação compulsória de modo articulado com a referência técnica da Vigilância Epidemiológica.</p>
	<p>Estimular as unidades sentinelas e demais serviços de saúde do município a ampliar quanti e qualitativamente as notificações.</p>
	<p>Capacitar profissionais de saúde do município quanto ao preenchimento correto das fichas de investigação, em parceria com a GRS.</p>
	<p>Estabelecer prática rotineira de sistematização e análise das notificações; e, a partir delas, orientar o gestor municipal nas intervenções de vigilância em saúde do trabalhador, bem como a elaboração e revisão do plano de saúde em parceria com a epidemiologia.</p>
	<p>Definir o fluxo de notificações dos agravos relacionados ao trabalho, em parceria com a vigilância epidemiológica municipal.</p>

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG. 2010

O planejamento das ações de Saúde do Trabalhador no nível municipal deve seguir as prescrições do Planeja-SUS e integrar o Planejamento da GRS ou da SRS de modo a garantir os recursos necessários para sua execução, como por exemplo para viagens e materiais de consumo para capacitação.

3.3 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

O planejamento é essencial para a gestão do SUS, propiciando resposta oportuna e efetiva às demandas e necessidades da população. O planejamento deve ocorrer de forma sistemática, buscando responder às demandas do serviço e dos trabalhadores, considerando as características municipais e regionais, particularmente o perfil produtivo. Ele é um processo contínuo e deve ser feito de acordo com a capacidade instalada e necessidades da área, devendo ser revisado e modificado, periodicamente, em comum acordo com os técnicos e representantes da área.

O planejamento das ações de Saúde do Trabalhador em Minas Gerais pode ser desdobrado em três componentes:

- a) Planejamento da Diretoria de Saúde do Trabalhador;
- b) Planejamento das ações a serem desenvolvidas pela RT-ST das instâncias regionais em sua área de jurisdição;
- c) Apoio ao planejamento das ações de Saúde do Trabalhador na esfera municipal.

3.3.1 Diretoria de Saúde do Trabalhador

➤ **Pergunta orientadora: Como é construído o Planejamento da Diretoria de Saúde do Trabalhador?**

Desde 2010, a Diretoria de Saúde do Trabalhador utiliza as seguintes estratégias para construção da programação anual do setor:

- Definição das macroações para o ano, considerando: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o Pacto pela Saúde; a Programação das ações de Vigilância em Saúde (PAVS); o Plano Diretor de Regionalização; o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI); o Plano Estadual de Saúde; o Diagnóstico Situacional em Saúde do Trabalhador consolidado para o Estado e as demandas sociais.
- Elaboração de instrumento (planilha), construída a partir de cada macroação previamente definida, detalhando as atividades, estratégias de operacionalização, metas, responsabilidades, monitoramento e observações (Fig. 16). Destaca-se que a adoção de um instrumento padrão diferente do utilizado para a programação anual de saúde do Estado deve-se à necessidade de detalhamento da estratégia para a operacionalização da respectiva ação. Este detalhamento orienta o trabalho do técnico bem como o acompanhamento da execução do planejamento.

Essa mesma planilha poderá ser utilizado pelas RT-ST das instâncias regionais para planejamento e monitoramento das ações no seu território de jurisdição. No âmbito do município, sua utilização deve ser avaliada caso a caso, considerando a autonomia de cada ente federado.

- Construção coletiva do planejamento, com a participação das RT-ST, CEREST regionais, em oficina de trabalho, realizada ao final de cada ano, para o planejamento do próximo. Nesta oficina também deverão ser avaliadas as macroações.
- Divulgação para as RT-ST das instâncias regionais e CEREST regional.

Além das atividades definidas na programação anual, a Diretoria de Saúde do Trabalhador também responde a demandas espontâneas organizadas de acordo com prioridades e cronograma da Diretoria.

3.3.2 AÇÕES DA REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DAS INSTÂNCIAS REGIONAIS EM SUA ÁREA DE JURISDIÇÃO

➤ **Pergunta orientadora: Como construir o planejamento das ações de Saúde do Trabalhador para a instância regional?**

O planejamento das ações regionais de saúde do trabalhador deve ser realizado coletivamente, com a participação de todas as RT-ST dos municípios da jurisdição da GRS ou SRS, considerando:

- a) o Diagnóstico Situacional em Saúde do Trabalhador do território;
- b) o Plano de Trabalho da Diretoria de Saúde do Trabalhador, com ênfase nas macroações, atividades e estratégias.
- c) o instrumento padrão (Fig. 16).

O monitoramento das ações planejadas deverá ser realizado pela RT-ST da instância regional. Para isso, é importante a definição de prazo para o retorno das programações municipais, permitindo que a partir delas seja elaborado o planejamento das ações regionais que necessitam de suporte técnico da RT-GRS e SRS.

Figura 16 – Sugestão de planilha para apoiar o Planejamento e Monitoramento das Ações em Saúde do Trabalhador

Planejamento e Monitoramento das Ações em Saúde do Trabalhador							
Macro Atividades	Atividade	Estratégias	Meta	Responsáveis	Prazos	Status da ação	Observações

Lembretes:

- O planejamento regional deve contemplar as ações que necessitam de suporte técnico da RT-ST da instância regional.
- As macroações definidas pela Diretoria de Saúde do Trabalhador devem auxiliar a definição das prioridades de ação das RT-ST da instância regional, diante das demandas trazidas pelas RT-ST municipais.
- É importante programar ações que possam ser efetivamente realizadas e para as quais a RT-ST regional tenha condições técnicas e operacionais de dar apoio à execução.

3.3.3 ESFERA MUNICIPAL

A Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009 estabelece que o planejamento de ações em saúde do trabalhador dos municípios deve estar contemplado no Plano de Saúde Municipal, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, fazendo com que as ações de Saúde do Trabalhador passem a integrar a programação única do município (BRASIL, 2009).

Assim, compete à Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador (RTM-ST)

subsidiar o gestor municipal de saúde na condução das negociações nas instâncias colegiadas de gestão, representação política e pactuação do SUS

(conselho de saúde, CIBs microrregionais e macrorregionais) no sentido de inserir as ações e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Plano Diretor de Investimento.

A Diretoria de Saúde do Trabalhador orienta que todos os municípios de Minas Gerais incluam ações de Saúde do Trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

Nos municípios que não são sede de CEREST as RT-ST municipais devem promover o planejamento das ações de Saúde do Trabalhador, em processos coletivos, com a participação de representante da APS, da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, regulação, representante do setor responsável pela assistência à saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), unidade sentinela pactuada, e outros parceiros que a SMS julgar necessário, entre eles conselhos locais e municipais; sindicatos patronais e de trabalhadores; associações, etc.

Como metodologia de trabalho para o processo, sugere-se:

- a) Apresentação do diagnóstico estratégico-situacional do município entendido como perfil produtivo e epidemiológico. Sugere-se também apresentar a capacidade físico-instalada do município, profissionais existentes na rede, pactuação que contemple ações e indicadores em saúde do trabalhador (PAVS, Pacto pela Vida, PPI).
- b) Apresentação do planejamento elaborado pela Diretoria de Saúde do Trabalhador, enfatizando as macroações, atividades e estratégias. As macroações podem servir como norteadores da discussão e definição de prioridades.
- c) Utilização do instrumento (Fig. 16) proposto pela Diretoria de Saúde do Trabalhador da SES-MG, lembrando que a utilização da planilha pela RT-ST na esfera municipal é uma decisão de cada município.
- d) Identificação das ações a serem desenvolvidas, em sessões de “tempestade de ideias” seguida da definição das ações prioritárias a serem inseridas no planejamento do município.
- e) Caso o município conte com apoio de um CEREST regional, as ações prioritárias devem estar em sintonia com o Plano de Ação do CEREST, que por sua vez deverá estar integrado na programação anual de saúde do município sede. Importante definir prazo e responsável para cada ação.

Concluída a elaboração do planejamento em Saúde do Trabalhador para o município, sugere-se que o mesmo seja enviado para os responsáveis pelo planejamento de saúde do município, de modo a incluir as ações de saúde do trabalhador na programação anual do município. A planilha síntese também deverá ser enviada à RT-ST da instância regional.

Os municípios sede de CEREST têm responsabilidades diferenciadas na região na qual estão inseridos, e essas ações devem ser pactuadas na CIB.

Nos municípios que são sede de CEREST, o planejamento das ações em saúde do trabalhador dos municípios sede de CEREST deverá considerar as ações identificadas pelos técnicos do município sede, bem como as ações propostas para os municípios da área de abrangência do CEREST.

De acordo com a Portaria da RENAST, apesar dos recursos do CEREST serem de gestão municipal, as ações são de abrangência regional. Assim, na programação anual do município sede de CEREST devem constar:

- a) ações em saúde do trabalhador para o município sede (gestor do recurso);
- b) ações em saúde do trabalhador para os municípios da área de abrangência.

É importante lembrar que, mesmo no caso em que as ações de Saúde do Trabalhador nos municípios da região estejam contempladas na Programação Anual do município sede de CEREST, cada município também deve incluí-las na sua Programação Anual. Muitas vezes o que está previsto na programação do município sede de CEREST é o que foi definido como prioritário e não contempla todas as ações e especificidades do município.

No planejamento das ações de saúde do trabalhador nos municípios sede de CEREST devem ser considerados **dois momentos**:

Momento 1: Reunião com as RT-ST e/ou outros representantes dos municípios da área de abrangência do CEREST para elaboração do quadro de ação anual do CEREST que irá compor a programação anual de saúde do município sede. Sugere-se que a RT-ST da instância regional convide todos os municípios que fazem parte da jurisdição, considerando que a instância regional é interlocutora privilegiada com os municípios sob sua jurisdição.

Nesta reunião orienta-se a adoção das seguintes estratégias:

1. Apresentação do Diagnóstico Situacional de Saúde do Trabalhador dos municípios da área de abrangência do CEREST, incluindo a capacidade físico-instalada do município, profissionais existentes na rede, pactuações de ações e indicadores em saúde do trabalhador (PAVS, Pacto pela Vida, PPI).
2. Apresentação do planejamento da Diretoria de Saúde do Trabalhador, com ênfase nas macroações, atividades e estratégias. As macroações podem servir como norteadores da discussão e definição de prioridades.

3. Apresentação da planilha de ação anual (Fig. 17) a ser preenchida pelo CEREST que irá compor a programação anual de saúde do município sede. Para o preenchimento dessa planilha, os técnicos presentes na reunião devem indicar as ações prioritárias a serem desenvolvidas e definir quais serão as ações prioritárias que comporão o quadro de ação anual do CEREST.

Figura 17 – Quadro de Ações Anuais do CEREST

GRS/SRS:		RT-ST:			
Município:		CEREST:			
Ações e metas anuais		Recursos Orçamentários (R\$1,00)	Origem dos Recursos	Área responsável	Parcerias
Ações	Metas				

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG. 2010

Concluída a elaboração do Quadro de Ações Anuais do CEREST preparado com a participação dos municípios da área de abrangência, ele deverá ser complementado com as demandas dos técnicos do município sede, como previsto no momento 2, descrito a seguir.

Momento 2: Reunião com os técnicos do município sede do CEREST para construção do planejamento em saúde do trabalhador do município. Sugere-se que participem da reunião: representantes da atenção primária à saúde, da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, regulação, unidade sentinela pactuada, representante do CEREST e outros parceiros da SMS, outras secretarias, conselhos locais e municipais, representante de sindicatos patronais e dos trabalhadores, associações, etc.

Nesta reunião orienta-se a adoção das seguintes estratégias:

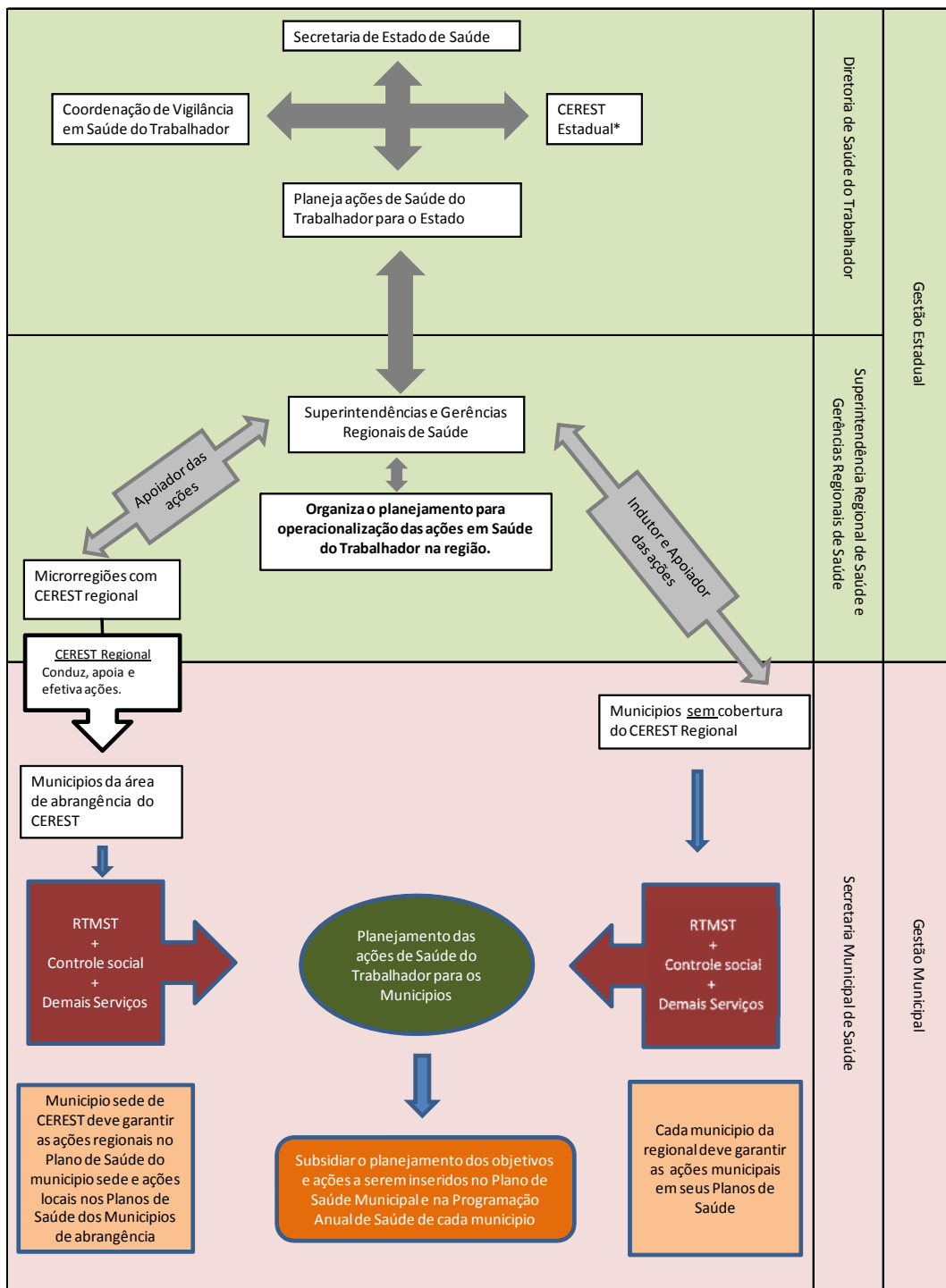
1. Apresentação do Diagnóstico Situacional de Saúde do Trabalhador dos municípios da área de abrangência do CEREST, incluindo a capacidade físico-instalada do município, profissionais existentes na rede, pactuações de ações e indicadores em saúde do trabalhador (PAVS, Pacto pela Vida, PPI).
2. Apresentação do planejamento da Diretoria de Saúde do Trabalhador, destacando as macroações, atividades e estratégias. As macroações podem servir como norteadoras da discussão e definição de prioridades.
3. Apresentação da planilha de ação anual (Fig. 16) a ser preenchido pelo CEREST que irá compor a programação anual de saúde do município sede. Para o preenchimento dessa planilha, os técnicos presentes na reunião devem indicar as ações prioritárias a serem desenvolvidas e definir quais serão as ações prioritárias que comporão o Quadro de Ação Anual do CEREST.

Concluída a elaboração do planejamento, o Quadro de Ação Anual do CEREST deverá ser enviado para os responsáveis pelo planejamento do município para subsidiar o processo de inclusão das ações de saúde do trabalhador na programação anual do município. O mesmo quadro também deverá ser enviado para a RT-ST da instância regional, que o remeterá à Diretoria de Saúde do Trabalhador.

O Planejamento conjunto das ações de Saúde do Trabalhador serve para orientar o trabalho da RT-ST das GRS e dos municípios e as negociações nas instâncias colegiadas de gestão, representação política e pactuação do SUS (Conselho de Saúde, CIBs Microrregionais e Macrorregionais, no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador nos Planos Plurianuais, Plano Estadual de Saúde, Planos Municipais e Regionais de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Plano Diretor de Investimento)

A Fig. 18 resume o processo de planejamento das ações em Saúde do Trabalhador no Estado de Minas Gerais, considerando o nível central, as instâncias regionais e o município.

Figura 18 – Síntese do processo de planejamento das ações em Saúde do Trabalhador, no Estado de Minas Gerais



3.4 APOIO AO DESENVOLVIMENTO E MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES

O apoio ao desenvolvimento e monitoramento da implantação das ações em saúde do trabalhador compreende as seguintes atividades:

- a) estruturação das linhas de cuidado;
- b) organização das ações de vigilância em saúde do trabalhador (VISAT), na perspectiva da Vigilância em Saúde;
- c) gestão da informação;
- d) estruturação da educação permanente em saúde do trabalhador e outras atividades.

3.4.1 Estruturação das linhas de cuidado

Linhas de cuidado são arranjos organizacionais dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade da atenção e que podem incluir segmentos de fora do sistema de saúde, com vistas a atender às necessidades de saúde do usuário (FRANCO; MAGALHÃES, 2003; WERNECK; FARIA, CAMPOS, 2009).

A Linha de Cuidado em Saúde do Trabalhador deve integrar as ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência dirigidas ao indivíduo e ao coletivo de trabalhadores. As ações a serem desenvolvidas devem ser detalhadas em instrumentos como guias, fluxos, protocolos clínicos que definam as responsabilidades sanitária e de gestão e viabilizem a continuidade do processo de atenção à saúde.

A organização da rede de atenção à Saúde do Trabalhador deve ter como referência a Atenção Primária à Saúde, que é de responsabilidade municipal, deve ser preparada para responder às demandas decorrentes das relações trabalho-saúde-doença.

A RT-ST da instância regional deve apoiar a construção das linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador nos municípios de sua jurisdição administrativa.

As linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador podem ser organizadas segundo os agravos mais frequentes, definidos a partir do Diagnóstico Situacional. É importante lembrar que outras linhas de cuidado já desenhadas para o SUS devem considerar o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença como, por exemplo, as linhas de cuidado para a hipertensão arterial, gestante, entre outras. Assim, ao se organizar a linha de cuidado da gestante, sua inserção no trabalho deve ser considerada na definição dos fluxos e ações no atendimento de suas necessidades de saúde. Da mesma forma, ao se estruturar a linha de cuidado da criança, deve-se pensar na possibilidade da inserção precoce no trabalho.

O perfil produtivo e o perfil epidemiológico do município devem balizar a definição e o desenho da linha de cuidado em Saúde do Trabalhador.

Para a construção das linhas de cuidado à saúde do trabalhador segundo o agravo, é possível contar com o apoio dos Protocolos de Complexidade Diferenciada em Saúde do Trabalhador e do livro Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os serviços de saúde, disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-MS) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

Lembretes:

Sugestão de ações a serem desenvolvidas no processo de construção da Linha de Cuidado em Saúde do Trabalhador, segundo agravo:

- ❖ Realização de **oficina de trabalho** coordenada pela RT-ST da GRS juntamente com a RTM-ST, com a participação dos responsáveis pelo cuidado no município com a finalidade de organizar o trabalho da equipe, definir responsabilidades e construir os fluxos de acesso e cuidado dos usuários, entre outros aspectos. A facilidade de trabalhar em equipe, o interesse na temática de Saúde do Trabalhador e/ou experiência prévia com o tema podem facilitar o trabalho em grupo.
- ❖ **Mapeamento da rede municipal de serviços de saúde** a partir das informações existentes no DATASUS, por meio do CnesWeb (Cadastro de Estabelecimentos de Saúde):
 - acesse o link: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> e clique no item “Consultas” estabelecimentos, que possibilita identificar os estabelecimentos cadastrados por município;
 - selecione os estabelecimentos que farão parte da linha de cuidado de usuários trabalhadores;
 - consolide as informações em uma matriz.

Observação: o Banco de Dados CnesWeb também permite identificar profissionais que possuem formação especializada em Saúde do Trabalhador e o local em que trabalham.

- ❖ **Definição de tecnologias e recursos especializados a serem utilizados na atenção à saúde dos trabalhadores e os respectivos procedimentos de pactuação.**

Considerando as portas de entrada no sistema de saúde – a APS e os serviços de Urgência e Emergência –, é essencial o estabelecimento dos fluxos de referência para os serviços de maior densidade tecnológica, garantindo a contrarreferência para a APS, responsável pelo acompanhamento dos usuários na rede de cuidado.

Entre os procedimentos para auxílio diagnóstico estão os exames complementares, as consultas especializadas e o atendimento especializado em Saúde do Trabalhador.

O quadro 18 apresenta exemplos de procedimentos (consulta especializada e exames complementares) destinados a apoiar o cuidado aos usuários trabalhadores.

Quadro 18 – Elenco de procedimentos sugeridos para pactuação em serviços de maior densidade tecnológica

Agravo ou Doença	Exames complementares	Consulta especializada
Dermatose ocupacional	Teste de contato (patch Test)	Dermatologista Médico do Trabalho
Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado a Trabalho (LER/DORT)¹	Radiografias simples	Ortopedista Médico do Trabalho Fisioterapeuta
	Ultrassonografia	
	Tomografia Computadorizada	
	Ressonância Nuclear Magnética	
	Eletroneuromiografia	
	Exames de laboratório: - VHS (Velocidade de hemossedimentação); - Mucoproteínas; - Proteína C Reativa (PCR); - Eletroforese de proteínas; - Fatores reumatóides; - Provas bioquímicas: líquido sinovial, ácido úrico, enzimas musculares, metabolismo ósseo, função tireoidiana e glicemia.	
Pneumoconiose²	Radiografias convencionais de tórax realizada e interpretada de acordo com os critérios da OIT.	Pneumologista Médico do Trabalho Fisioterapeuta
	Tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR)	
	Espirometria	
Intoxicação por Chumbo	Dosagem de chumbo no sangue	Médico do Trabalho Outros especialistas que a evolução do caso indicar
	Dosagem de ácido delta aminolevulínico na urina (ALA-U)	
	Dosagem para a zinco-protoporfirina (ZPP)	
	Dosagem de chumbo urinário (Pb U)	
Intoxicação por Agrotóxicos	Hemograma completo, com contagem de reticulócitos	Médico do Trabalho Outros especialistas que a evolução do caso indicar
	Dosagem Ureia	
	Dosagem Creatinina	
	Proteínas totais e frações	
	Eletroforese de globulinas	

¹ Não há exames complementares específicos para LER/DORT, porém podem ser necessários exames para o diagnóstico diferencial.

² Em geral o diagnóstico é feito pela história clínica-ocupacional associado a exames de imagens. Exames invasivos raramente são necessários.

Intoxicação por Agrotóxicos	Bilirrubinas totais e frações	Médico do Trabalho	
	Fosfatase alcalina		
	TGO		
	TGP		
	Gama GT		
	TSH		
	T3		
	T4		
	Glicemia de Jejum		Outros especialistas que a evolução do caso indicar
	Urina Rotina		
	Acetilcolinesterase plasmática (em caso de suspeita de intoxicação aguda por organofosforados ou carbamatos)		
Acetilcolinestese verdadeira (em caso de suspeita de intoxicação crônica por organofosforados ou carbamatos)			
Suspeita de Intoxicação por Benzeno	Dosagem de ácido transmucônico na urina		
Acidente com exposição a material biológico	A pactuação de consulta especializada e exames complementares para a atenção ao acidentado com material biológico compete à Coordenação e RT das GRS/DST/AIDS.		
Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho	A definir segundo o caso clínico.	Psiquiatra Psicólogo	
Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)	Audiometria tonal linear	Fonoaudiologia Otorrinolaringologista	
	Audiometria Vocal		
	Logoaudiometria		
	Imitanciometria		
	Pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (BERA)		

FONTE: Orientação elaborada pelos CEREST Betim e Contagem, a partir dos Protocolos de Complexidade Diferenciada para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, organizados pelo Ministério da Saúde, 2004, e de Assunção e Vilela, 2009

A RT-ST da instância regional deve apoiar os procedimentos de pactuação para garantir, quando necessário, o acesso dos usuários a procedimentos mais complexos, de acordo com os seguintes passos:

- identificação da demanda de consultas especializadas e exames a serem pactuados para a atenção à Saúde do Trabalhador;
- encaminhamento da demanda para a coordenação de regulação do município;
- análise e discussão com o gestor do conjunto de demandas necessárias à pactuação;
- pactuação da demanda na CIB.

Finalizado o processo de pactuação, cabe à RT-ST da instância regional acompanhar a Regulação do Acesso aos serviços de maior densidade tecnológica, por meio das seguintes atividades:

- monitorar através de sistemas de informação o cumprimento dos pactos estabelecidos na PPI assistencial;
- participar de reuniões com as áreas técnicas da regulação da atenção à saúde e dirigentes dos complexos reguladores sugerindo medidas corretivas que garantam o acesso qualificado dos trabalhadores;
- participar das reuniões colegiadas de gestores e do controle social apresentando relatórios gerenciais relacionados à garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade. Ex.: nos casos em que houve a identificação de dificuldades no acesso pactuado e recusa do gestor responsável pela referência de proceder aos ajustes necessários, encaminhar o problema para as CIBs micro e macrorregionais.

3.4.2 Organização das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), na perspectiva da Vigilância em Saúde

O planejamento conjunto das ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, deve estar baseado na análise da situação de saúde dos trabalhadores e o mapeamento das atividades produtivas, principalmente aquelas com potencial impacto ambiental no território. Exemplo de interface entre as vigilâncias e APS para atingir o objetivo “Otimizar a notificação/investigação dos agravos à Saúde do Trabalhador”.

Vigilância Epidemiológica

- Sensibilização da rede de atenção sobre a notificação dos agravos à saúde do trabalhador.
- Capacitação dos serviços de saúde nos protocolos dos agravos à saúde do trabalhador de notificação.
- Apoio à vigilância epidemiológica na investigação dos casos suspeitos de agravos relacionados ao trabalho.
- Apoio à vigilância epidemiológica na busca ativa para avaliação de duplicidade e inconsistência de casos já digitados no SINAN.
- Orientação quanto ao preenchimento das fichas de investigação (definição de caso, completude e consistência dos dados).

Vigilância Sanitária

- Informação quanto a acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em empresas inspecionadas.
- Incorporação do “olhar” para o trabalhador e ambiente de trabalho durante as inspeções sanitárias.

- Investigação de acidentes de trabalho fatais, em parceria com VE e VISA do município de ocorrência do acidente.
- Estruturação de projetos de vigilância em ambiente de trabalho considerando o perfil epidemiológico demonstrado pelas notificações.

Vigilância Ambiental

- Investigação de intoxicações exógenas por substâncias químicas.
- Apoio nas análises de contaminação ambiental, lembrando que o trabalhador é o primeiro a ser exposto.
- Informação de todos os acidentes com produtos químicos ocorridos em rodovias (Trabalhador exposto? Acidente de trabalho?).

3.4.2.1 Vigilância Epidemiológica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de notificação compulsória

A construção do perfil epidemiológico dos trabalhadores em uma dada região permite identificar os agravos relacionados ao trabalho, informação essencial ao planejamento das ações de saúde; além de dar visibilidade às questões de Saúde do Trabalhador. Entre as atividades a serem apoiadas pela RT-ST da GRS estão:

- Apresentar e pactuar na CIB Microrregional a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador, conforme legislação vigente.
- Auxiliar na estruturação do fluxo de notificações dos agravos relacionados ao trabalho.
- Estimular os municípios de sua jurisdição administrativa a ampliar quanti e qualitativamente as notificações.

O Pacto pela Vida 2010-2011 definiu como prioridade o aumento da notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, pela rede de serviços sentinela. Nesse sentido, foi estabelecida a ampliação da rede de unidades sentinelas para notificação e investigação destes agravos, na Programação Anual de Vigilância em Saúde (PAVS), com a meta de aumentar em 15% o número de unidades sentinelas, em 2010 e 2011. Em 2011, a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 estabeleceu que a notificação da maioria dos agravos relacionados ao trabalho deve ser feita pela rede de serviços sentinela (BRASIL, 2011).

A Diretoria de Saúde do Trabalhador orienta que para a estruturação da rede sentinela considere a porta de entrada nos serviços de saúde, a capacidade instalada

de cada município e a resolutividade do serviço, uma vez que são notificados no SINAN somente casos confirmados.

A identificação/definição dos serviços sentinela em um dado território deve considerar a microrregião de saúde, a porta de entrada nos serviços de saúde e a capacidade instalada de cada município e resolutividade de cada serviço.¹

Exemplo: No município “X” existem 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 ESF e 1 Hospital Municipal com anexo de Pronto-Socorro. Neste caso, as UBS e ESF podem ser consideradas unidades sentinelas para os 11 agravos relacionados ao trabalho da legislação vigente e o Hospital Municipal sentinela para Acidente de Trabalho Fatal, Acidente com Mutilação, Acidente com Crianças e Adolescentes, Acidente com Exposição a Material Biológico e Intoxicação Exógena.

A definição das unidades sentinelas deve ser feita em comum acordo com os municípios jurisdicionados, com a participação dos RT-ST das instâncias regionais considerando o perfil produtivo; os possíveis riscos e principais efeitos à saúde relacionados a este perfil; e os pontos da rede de atenção que são sensíveis para captar os casos.

A identificação dos pontos de atenção mais sensíveis para captar os casos, também denominados como “unidades sentinelas”, deve considerar alguns aspectos destacados no quadro 19.

Quadro 19 – Exemplos de serviços de saúde que podem ser unidades sentinelas de agravos à Saúde do Trabalhador de Notificação Compulsória

UNIDADES SENTINELAS	AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA
Atenção Primária à Saúde	Intoxicação Exógena; Acidente de Trabalho Fatal; Acidente de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidente de Trabalho com Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR); Câncer Relacionado ao Trabalho; Pneumoconiose; Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.
Hospitais, Pronto-Socorro e demais serviços de atendimento de urgência e emergência da rede pública e privada	Acidente de Trabalho Fatal; Acidente de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidente de Trabalho com Crianças e Adolescentes; Intoxicação Exógena.
Instituto Médico-Legal (IML)	Acidente de Trabalho Fatal.
Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST	Intoxicação Exógena; Acidente de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidente de Trabalho com Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR); Câncer Relacionado ao Trabalho; Pneumoconiose; Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.

Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA e Serviços de Assistência Especializada – SAE	Acidente com Exposição a Material Biológico.
Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS	Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.
Serviços de oncologia – CACON	Câncer relacionado ao trabalho.
Ambulatórios de otorrinolaringologia e serviços de fonoaudiologia	Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR).
Centros de reabilitação, clínicas de fisioterapia	Acidente de trabalho com mutilação; Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT)
Ambulatórios de reumatologia e neurologia, clínicas de dor	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT)

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2010

Os Centros de Reabilitação Física do SUS também podem ser indicados como Unidade Sentinela para os casos de Acidentes de Trabalho Graves.

A identificação/definição dos serviços sentinela em um dado território deve considerar a microrregião de saúde, a porta de entrada nos serviços de saúde e a capacidade instalada de cada município e resolutividade de cada serviço.

Exemplo: No município “X” existem 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 ESF e 1 Hospital Municipal com anexo de Pronto-Socorro. Neste caso, as UBS e ESF podem ser consideradas unidades sentinelas para os 11 agravos relacionados ao trabalho da legislação vigente e o Hospital Municipal sentinela para Acidente de Trabalho Fatal, Acidente com Mutilação, Acidente com Crianças e Adolescentes, Acidente com Exposição a Material Biológico e Intoxicação Exógena.

A APS, enquanto principal porta de entrada do sistema, na maioria dos municípios de Minas Gerais, deve ser sentinela para todos os agravos. O mesmo se aplica aos CEREST. Porém, reitera-se que para captura das informações sobre os Acidentes de Trabalho Fatais existem outras formas de registro a serem buscadas, como por exemplo o Instituto Médico-Legal, boletins de ocorrência policial, dentre outros.

A designação das unidades sentinelas na rede de serviços de saúde deve ser feita de modo articulado com a Vigilância Epidemiológica e a Referência Técnica do SINAN na instância regional e do município sede da microrregião e/ou macrorregião e com a participação dos gestores municipais. As reuniões da CIB podem ser um fórum importante para essa discussão.

Exemplo:

A RT-ST na GRS “J” reuniu com o gestor do município “X” e referência técnica municipal para apresentar a proposta de seleção do Hospital deste município como unidade sentinela para notificação de Acidente de Trabalho Fatal, Acidente com Mutilação, Acidente com Crianças e Adolescentes e Acidente com Exposição

a Material Biológico e Intoxicação Exógena. A reunião constituiu oportunidade para demonstrar a importância da notificação dos agravos para o planejamento das ações de saúde.

Uma vez identificadas as unidades sentinelas, deverá ser elaborada uma lista dos estabelecimentos de saúde responsáveis pela notificação, segundo o tipo de agravo à saúde relacionado ao trabalho, em cada município, contendo endereço, telefone e nome do responsável, segundo modelo apresentado na Fig. 19.

Figura 19 – Modelo de planilha para sistematização das informações

MUNICÍPIO	UNIDADE SENTINELA	CNES*	AGRAVOS NOTIFICADOS	ENDEREÇO	TELEFONE
“X”	Hospital Municipal	000003	Acidente de Trabalho Fatal, Acidente com Mutilação, Acidente com Crianças e Adolescentes e Acidente com Exposição a Material Biológico e Intoxicação Exógena	Rua Capitão Campos Glória, 212, Centro. CEP 00000-001	(xx) 5555-7777
“X”	Unidades Básicas de Saúde	*	Agravos à saúde do trabalhador descritos na legislação vigente	*	*
“X”	Equipes de Saúde da Família	*	Agravos à saúde do trabalhador descritos na legislação vigente	*	*

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2010

*Nestes casos, colocar o CNES de cada unidade e o endereço e telefone da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município citado.

Esta lista deverá ser levada para pactuação em reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIBs) Microrregional, com base na Lei nº 8.080/90 e nas Portarias nº 2.728/09 e 104/2011.

A lista de unidades sentinelas pode ser revista a qualquer momento, e pactuada na CIB microrregional, caso novos serviços de saúde possuam interesse e condições técnicas de serem unidades sentinelas para identificação, investigação e notificação dos agravos à saúde do trabalhador.

Sobre as informações disponíveis no SINAN, cabe à RT-ST da GRS ou SRS “auxiliar na estruturação do fluxo de notificações dos agravos relacionados ao trabalho”, lembrando que toda notificação realizada, seja por demanda espontânea, ou por busca ativa.

Fluxo de notificações dos agravos relacionados ao trabalho:

- Os serviços de saúde preenchem as fichas de notificação.
- Elas são encaminhadas à Epidemiologia do município correspondente.
- Se o município tiver o SINAN descentralizado, digitará todas as fichas de notificação.
- Semanalmente, os dados são encaminhados à Epidemiologia da GRS ou SRS correspondente.
- Se o município não possui SINAN descentralizado, deverá encaminhar, também semanalmente, as próprias fichas de notificação para a Epidemiologia da GRS ou SRS realizar a digitação.
- Quando for utilizada a ferramenta do SISNET, poderá ser realizada a transferência diária dos dados, caso o volume de notificações não seja muito grande.

Após receber as notificações de todos os municípios da área de abrangência da GRS ou SRS, o setor de Epidemiologia deverá encaminhar, **semanalmente**, o consolidado ao setor responsável por reunir estas informações no Nível Central.

A capacitação das equipes das unidades sentinelas para a utilização dos Protocolos preparados pelo Ministério da Saúde para auxiliar o diagnóstico de agravos relacionados ao trabalho é essencial para ampliação e melhorias da qualidade das notificações.

Outras iniciativas que podem ser apoiadas pelas RT-ST das instâncias regionais são: a) o estímulo à realização de busca ativa de casos; b) a avaliação das duplicidades e inconsistências de casos já digitados no SINAN; c) a investigação dos casos de morte, cuja ocupação registrada na Declaração de Óbito esteja incluída entre aquela de maior risco, como a de motociclista.

Entre os agravos definidos como de notificação compulsória pela Portaria nº 104/2011, as intoxicações exógenas por agrotóxicos, os acidentes com animais peçonhentos e o tétano acidental devem ser monitorados considerando a possível relação com o trabalho. Esta atividade deve ser feita junto com a vigilância epidemiológica, investigando os seguintes aspectos: a) Ocupação; b) Ramo de atividade; c) Vínculo de trabalho; d) Circunstância do evento; e) Sexo e faixa etária.

Sobre as intoxicações por agrotóxico, no Brasil, elas podem aparecer registradas em pelo menos quatro sistemas de informação:

- a) Sistema de Internação Hospitalar (SIH), onde são registrados os casos de maior gravidade, que necessitam de internação hospitalar.
- b) Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), que registra os casos de intoxicação atendidos pelos 32 Centros de Controle de Intoxicações existentes no Brasil, localizados em 17 estados brasileiros.
- c) Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), que registra os casos diagnosticados na rede ambulatorial do SUS.
- d) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), de onde é possível obter informações sobre óbitos secundários à intoxicação por tais substâncias.

Os acidentes por animais peçonhentos são registrados pelos Centros de Intoxicações Toxicológicas desde a década de 1970 e, atualmente, também no SINAN. Observa-se que, raramente, são associados às atividades laborativas, apesar da predominância de casos de ofidismo em trabalhadores rurais e maior incidência de picadas por aranhas em trabalhadores que manipulam cachos de banana. É importante registrar a inexistência das variáveis – ocupação e/ou ramo de atividade – na ficha de investigação, aparecendo apenas as variáveis “local de ocorrência” e “circunstância do evento”.

O tétano acidental em indivíduos acima de 15 anos de idade apresenta forte relação com as atividades profissionais, predominando entre trabalhadores domésticos, braçais, da construção civil e lavradores.

3.4.2.2 Vigilância dos ambientes de trabalho

Entre as atividades de vigilância em ambiente de trabalho a serem apoiadas pela RT-ST das instâncias regionais estão:

- Assessoria e capacitação dos técnicos das Vigilâncias em Saúde (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador, promoção e análise da saúde) dos municípios, para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- Participação da construção e validação de instrumentos de vigilância com objetivo de implementar a vigilância em saúde do trabalhador.

Entre as perguntas orientadoras das ações das RT-ST das instâncias regionais, no escopo da Vigilância, estão:

- Por onde começar?
- Que setor produtivo priorizar? As atividades econômicas formais no setor regulado, ou seja, os setores sujeitos ao controle sanitário pela vigilância sanitária (VISA)? As empresas que compõem a atividade econômica principal do município? As empresas que expõem os trabalhadores aos riscos mais perigosos para a saúde?
- Que ações podem e devem ser desenvolvidas pelas equipes da APS/ESF na vigilância das atividades produtivas desenvolvidas no domicílio? Como capacitá-las para isso?

Destaca-se que a priorização das ações é uma decisão política da RT-ST, considerando a capacidade técnica e a rede de apoio que possui na região para conduzi-las.

Em Minas Gerais, as experiências de vigilância de ambientes de trabalho são pontuais, geralmente vinculadas a denúncias e realizadas em conjunto com a vigilância sanitária, com pouca sistematização dessas práticas.

Assim, a Diretoria de Saúde do Trabalhador decidiu não apresentar, neste documento, a descrição do como fazer vigilância em ambiente de trabalho em atividades econômicas formais, entendida como inspeção sanitária em ambiente de trabalho.

Será apresentado a seguir o passo a passo para organização e execução de ações de vigilância das atividades econômicas domiciliares, utilizando como fio condutor a Portaria GM/MS nº 3.120/1998 que aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Seção 1, p. 49-62). Também serão utilizadas como parâmetro experiências realizadas junto com a APS/ESF em alguns municípios mineiros.

Vigilância das atividades econômicas domiciliares

No amplo leque de ações de vigilância dos ambientes de trabalho, já identificadas na Seção 1 deste documento, é crescente o reconhecimento da responsabilidade do SUS quanto ao trabalho realizado no domicílio. Na grande maioria dos casos, estes trabalhadores se encontram à margem da proteção social proporcionada pela ação do Ministério do Trabalho e Emprego e pela Previdência Social.

Adota-se aqui o conceito de trabalho em domicílio proposto por Neves e Pedrosa (2007) de que:

atividade remunerada exercida no espaço de moradia de quem o realiza, que assume a forma assalariada ou por conta própria, podendo o trabalhador realizar todo o processo produtivo ou apenas uma de suas etapas.

Informações sobre a existência e o perfil das atividades produtivas domiciliares podem ser obtidas a partir dos registros das equipes da APS e incorporadas ao diagnóstico situacional do município. É importante que no mínimo três perguntas sejam respondidas:

- Qual o perfil ocupacional das famílias no território de atuação?
- Quantas famílias realizam atividades produtivas em seu domicílio?
- Quais as atividades produtivas domiciliares no território de atuação de cada equipe?

Caso estas informações não estejam disponíveis e atualizadas, deverá ser solicitada a colaboração dos ACS e enfermeiros no sentido da atualização do cadastro das famílias, por meio do preenchimento da variável “ocupação” na Ficha A e a identificação da existência de atividades produtivas no domicílio.

Também é importante esclarecer o conceito de ocupação e trabalho domiciliar, exemplificando possíveis atividades produtivas domiciliares.

Para o preenchimento da ocupação, o manual do SIAB orienta que:

Ocupação é o tipo de trabalho que a pessoa exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo.

Observações:

- Se as pessoas entrevistadas referirem-se a mais de uma ocupação, o ACS deverá registrar aquela a que o entrevistado dedica o maior número de horas na semana, no seu período de trabalho, lembrando que aposentado não é ocupação.

Aos municípios que utilizam a Ficha A padronizada pelo Ministério da Saúde, recomenda-se registrar no item Observação a “existência de atividade produtiva domiciliar” e a especificação sobre “qual atividade” é desenvolvida (Fig. 20).

Figura 20 – Ficha de cadastramento das famílias (A)

Ficha A - frente - modelo

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF [] [] []	
ENDEREÇO			NÚMERO [] [] []	BAIRRO		CEP [] [] [] [] - [] [] [] []	
MUNICÍPIO [] [] [] [] [] [] [] []	SEGMENTO [] []	ÁREA [] [] []	MICROÁREA [] []	FAMÍLIA [] [] [] []	DATA [] [] [] [] [] [] [] []		
CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC. [] [] [] [] [] []	IDADE [] []	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Ficha A, verso - modelo

OBSERVAÇÕES

É importante destacar que o Estado de Minas Gerais realizou modificações da Ficha A, como pode ser observado na Fig. 21. Nesta ficha, há um campo específico para o registro da existência ou não de atividade produtiva domiciliar.

Figura 21 – Ficha A – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Ficha A					SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE					UF:	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA											
UBS:											
NÚMERO DO PRONTUÁRIO				ESF RESPONSÁVEL				DATA			
ENDEREÇO				Nº		COMPL.		BAIRRO			
TELEFONE				TELEFONE CONTATO				CEP			
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA			
LOCALIZAÇÃO:						PROCEDÊNCIA					
ZONA URBANA () ZONA RURAL ()											
SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO											
TIPO DE CASA				ABASTECIMENTO DE ÁGUA							
TJULO/ADOBE				REDE PÚBLICA							
TAIPA REVESTIDA				POÇO OU NASCENTE							
TAIPA NÃO-REVESTIDA				CLORAÇÃO							
MADEIRA				OUTROS (ESPECIFICAR)							
MATERIAL APROVEITADO				TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO							
OUTRO (ESPECIFICAR)				FILTRAÇÃO							
Nº DE CÔMODOS/PEÇAS				FERVURA							
ENERGIA ELÉTRICA				SEM TRATAMENTO							
DESTINO DO LIXO				DESTINO DE FEZES E DE URINA							
COLETADO				SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)							
QUEIMADO / ENTERRADO				FOSSA							
CÉU ABERTO				CÉU ABERTO							
OUTRAS INFORMAÇÕES											
ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?						NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE					
NOME DO PLANO DE SAÚDE:											
EM CASO DE DOENÇA PROCURA						PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS					
HOSPITAL						COOPERATIVA					
UNIDADE DE SAÚDE						GRUPO RELIGIOSO					
BENZEDEIRA						ASSOCIAÇÕES					
FARMÁCIA						OUTROS (ESPECIFICAR)					
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA						MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA					
RÁDIO						ÔNIBUS					
TELEVISÃO						CAMINHÃO					
TELEFONE						CARRO					
OUTROS (ESPECIFICAR)						CARROÇA					
OUTROS (ESPECIFICAR)						OUTROS (ESPECIFICAR)					
ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES						TODOS OS INTEGRANTES TÊM ACESSO INDIVIDUAL À PASTA E À ESCOVA DE DENTES?					
SIM			NÃO			SIM			NÃO		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA											
SEM RISCO		BAIXO RISCO		MÉDIO RISCO				ALTO RISCO			
ESCORE 0 ()		ESCORE 1 ()		ESCORE 2 ()		3 ()		ESCORE 4 ()		5 () 6 ()	
OBSERVAÇÕES:											

Sobre a escolha do município no qual essas ações devem ser priorizadas, é importante considerar a disponibilidade de suporte técnico por parte da RT-ST da instância regional e do CEREST regional, se houver. A orientação é a de que a ação seja iniciada com o município que possui o maior percentual de atividades produtivas desenvolvidas no domicílio identificadas pela APS e que haja uma decisão técnica e política prévia do município para desenvolver esta ação.

Lembrar que:

A Portaria GM/MS nº 648/2006, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, descreve que são atribuições comuns a todos os profissionais

participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

Para o planejamento da ação de vigilância do trabalho em domicílio sugere-se que seja realizada reunião técnica com enfermeiros das equipes de saúde da família, representante dos ACS de cada equipe e coordenador municipal de atenção básica para apresentar os resultados do diagnóstico local realizado pela ESF e discutir o planejamento da ação de vigilância das atividades produtivas domiciliares. Na reunião deverá ser apresentado o diagnóstico local com os dados sobre o perfil ocupacional das famílias no território de atuação; o número de famílias que realizam atividades produtivas em seu domicílio; e quais são as atividades produtivas domiciliares mais significativas no território de atuação de cada equipe. Também deverão ser discutidas as ações de vigilância do trabalho domiciliar, e elaborado plano detalhado de ação e cronograma de execução.

O olhar vigilante para as atividades produtivas desenvolvidas no domicílio deve fazer parte da rotina do ACS durante a visita domiciliar e envolver os demais profissionais da equipe de saúde da família.

Entre as perguntas a serem respondidas no processo de planejamento da ação estão:

1. Que atividades cadastradas serão priorizadas? Será realizada somente na atividade produtiva domiciliar principal do município (maior número)? Esta deve ser a opção preferencial.
2. Será realizada simultaneamente em todas as áreas do município ou será selecionada uma área para iniciar a ação?
3. Será realizada a apresentação do projeto para as famílias ou esta ação deve ser considerada parte da rotina do ACS quando da visita domiciliar?
4. Será apresentado somente o resultado da vigilância no local de trabalho, entendendo que esta deveria ser uma ação de rotina do ACS quando da visita domiciliar?

O planejamento da vigilância das atividades produtivas domiciliares deve seguir os mesmos passos já apresentados na Seção 1.

1. Elaboração de instrumento para vigilância das atividades produtivas domiciliares e guia para utilização do instrumento. Idealmente deve-se adaptar o cadastro de atividades produtivas domiciliares, elaborado pela equipe técnica da SES-MG, que já foi utilizado por alguns municípios mineiros, que está no Anexo 1.
2. Capacitação dos ACS sobre o porquê da ação de vigilância, o que deve ser verificado e medidas preventivas gerais considerando as principais atividades econômicas (orientações gerais) do município.
3. Elaboração do Relatório das visitas que deve ser anexado na pasta/envelope/arquivo da família. Também é importante que se archive o compilado dos resultados. Se possível, colocar no mapa da área de abrangência da equipe a localização espacial das atividades produtivas domiciliares identificadas. Colocar cores diferentes para cada atividade. Se não for possível, pelo menos a principal atividade.
4. Reunião para apresentação dos resultados e discussão da proposta de cuidado individual e coletiva.

Lembrar que cabe ao município definir a estratégia a ser utilizada, considerando principalmente o vínculo da equipe com as famílias e a maturidade política dos municípios.

Por solicitação do município a RT-ST da instância regional e representante do CEREST regional, se houver, devem participar de todas as etapas, principalmente para esclarecimento de dúvidas, apoio na construção de instrumentos de coleta de dados e discussão dos encaminhamentos necessários. Outras parcerias poderão ser agregadas ao trabalho, por decisão da equipe de saúde da família e do gestor municipal de saúde, considerando a realidade local.

Execução da vigilância das atividades produtivas domiciliares.

Esta etapa será realizada pelo ACS durante a visita domiciliar programada. É importante que na elaboração do plano de ação o cronograma considere a rotina estabelecida de visita de cada equipe.

O ACS, quando da visita à família que possui membros trabalhando no domicílio, deve:

- a) Conversar com o membro da família (ou membros) que trabalham na atividade e procurar saber: O que ele produz? Como ele faz o seu trabalho? Trabalha por encomenda? Por empreitada? Trabalha mais em algum período do ano?
- b) Ir até o local onde é executado o trabalho e observar e descrever o ambiente (Como está a disposição dos equipamentos e ferramentas? Há ventilação, ruído, luminosidade? Onde estão armazenados os equipamentos e ferramentas de trabalho? Como está a fiação? Entre outros). Neste momento, descrever todas as situações verificadas que saltam aos olhos.
- c) Perguntar ao trabalhador (ou trabalhadores) que trabalham no domicílio se ele utiliza produto químico durante seu trabalho, se carrega peso. Importante que o ACS observe a pessoa trabalhando para que possa compreender como ele trabalha e os riscos/perigos a que está exposto.

Para a execução desta etapa é muito importante que o ACS tenha sido capacitado previamente. Sugere-se anexar no verso do instrumento de vigilância um quadro com os tipos de risco/perigo (químico, físico, biológico, ergonômico, de acidente) e exemplos. As informações observadas durante a visita devem ser registradas pelos ACS, na ficha de vigilância.

As observações das atividades produtivas no domicílio devem ser analisadas. Nesta etapa, sugere-se que a RT-ST municipal, RT-ST da GRS ou SRS e o representante do CEREST, se houver, apoiem a equipe na organização e análise dos dados coletados.

Os resultados devem ser apresentados em reunião da equipe, e sempre que necessário, em reunião ampliada com a presença da coordenação da atenção básica para se discutir o que fazer de medidas educativas, assistenciais e orientações para melhoria do ambiente de trabalho. Estas ações comporão o plano de cuidado individual e coletivo para aqueles usuários que estão expostos a riscos/perigos no tra trabalho executado em seu domicílio.

Deve-se sempre considerar que a melhoria do ambiente e as condições de trabalho são a principal finalidade desta ação, em que pesem as limitações técnicas e financeiras para que mudanças significativas ocorram. O ACS deve ter a oportunidade

de relatar, nas reuniões de equipe, suas observações sobre o perfil dos trabalhadores/usuários cadastrados em sua microárea e a presença de atividades domiciliares. Estas informações podem ser úteis para o estabelecimento da relação do adoecimento apresentado por um usuário com seu trabalho.

3.4 GESTÃO DA INFORMAÇÃO

A principal atribuição da RT-ST é a de monitorar, junto com a referência técnica da vigilância epidemiológica, as notificações relacionadas à saúde do trabalhador, analisar e produzir relatórios para os municípios sobre os agravos de notificação compulsória registrados. Estas informações servirão para orientar os gestores municipais quanto às intervenções de vigilância em saúde do trabalhador, bem como a elaboração e revisão das linhas de cuidado.

Na avaliação técnica do SINAN-NET deve ser verificado se houve duplo registro da notificação de agravos à saúde do trabalhador, que ocorre quando o agravo é notificado mais de uma vez, pelo serviço de serviço de saúde, particularmente no período prodromico. Também devem ser observadas as inconsistências .

O sistema seleciona registros possivelmente duplicados, listando-os em relatório, a partir da identificação de campos idênticos para: a) Nome/sobrenome do paciente; b) Data de nascimento; e, c) Sexo, que são utilizados como critério padrão na identificação de duplicidades.

No caso de duplo registro, o Manual de Normas e Rotinas do SINAN, disponível no site <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/07_0098_M.pdf> orienta sobre os seguintes procedimentos a serem adotados:

- Identificados dois ou mais registros duplicados, deverá ser mantido no sistema aquele que tiver sido notificado em primeiro lugar.
- A exclusão de registro deve ser efetuada no primeiro nível informatizado (nível em que a ficha foi digitada).
- Se a Ficha de Notificação/Investigação que deverá ser mantida no Sistema estiver incompleta, em relação à que será excluída, as informações adicionais disponíveis deverão ser encaminhadas ao município responsável para que complemente estas informações na ficha que ficará no Sistema.

Neste caso, o relatório de inconsistências apresenta:

- a) as notificações sem investigação;
- b) a investigação sem notificação;
- c) a notificação com CID Inexistente; e
- d) as notificações com unidade de saúde de notificação em branco, entre outras.

Caso o sistema liste uma dessas inconsistências, elas deverão ser investigadas pela RT-ST em parceria com a vigilância epidemiológica. As alterações na ficha de notificação são feitas pelo primeiro nível informatizado, responsável pela digitação da ficha.

Figura 22 – Modelo de planilha para monitoramento semanal de notificações por agravo, segundo município notificador

Monitoramento Semanal - Acidente de Trabalho Grave						
Microrregião	Município	Semana Epidemiológica				
		1	2	3	4	5
AB	AB					
	H					
	J					
	P					
	X					
	Total					
CD	CD					
	E					
	G					
	I					
	L					
	Total					

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2010

Figura 23 – Modelo de planilha para monitoramento das notificações por unidade sentinela pactuada em CIB

Monitoramento Semanal - PAVS								
Microrregião	Município	Unidade Sentinela	CNES	Semana Epidemiológica				
				1	2	3	4	5
AB	X	PSF X	1111112	NÃO				
		PSF H	1111113	SIM				
		Hospital Municipal	1111114	SIM				
		Policlínica	1111115	NÃO				

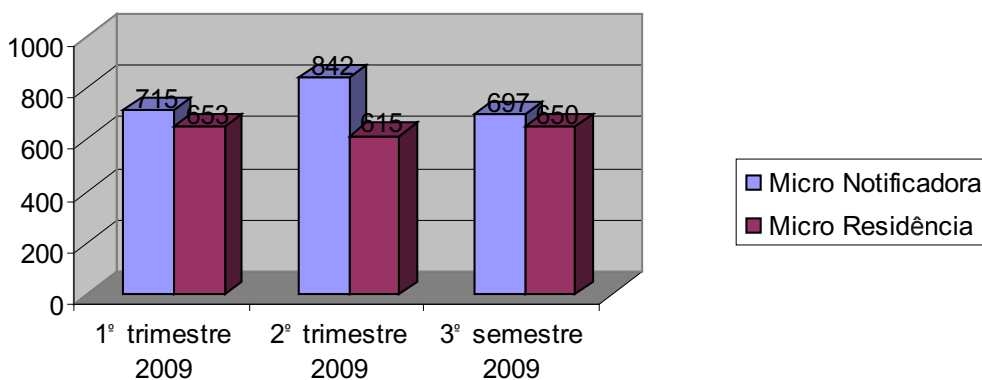
Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG, 2010

No monitoramento semanal, é importante considerar o aumento das notificações e, se as unidades sentinelas pactuadas em CIB (ação da PAVS para o biênio 2010-2011) estão notificando ou não. A DSAT-SES/MG fará o monitoramento semanal das notificações, com as RT-ST das instâncias regionais. O protocolo prevê que, caso a GRS não apresente aumento de pelo menos uma notificação no período de três semanas, um técnico da DSAT telefonará para a RT-ST da GRS ou SRS para averiguar a ausência de registro naquelas semanas. Também a RT-ST será informada sobre qual microrregião não realizou nenhuma notificação, para que entre em contato com os municípios e verifique o motivo da ausência de registros.

O acompanhamento semanal feito pela DSAT é realizado utilizando uma planilha específica para cada agravo, acompanhando o mesmo modelo da figura 22, contendo dados das instâncias regionais e respectivas microrregiões.

Ao final de cada trimestre os dados das notificações serão analisados, e os resultados, encaminhados para a respectiva RT-ST da instância regional. Eles serão apresentados em forma de gráficos, separados por microrregião, sendo, um gráfico para cada agravo com a distribuição das notificações por trimestre, sempre comparado ao trimestre anterior, e outro gráfico também, por agravo, com a distribuição total das notificações em Minas Gerais por ano. Este consolidado permitirá conhecer os principais municípios notificantes e as principais ocupações notificadas segundo unidade notificadora e município de residência, como mostra a figura 24, apresentada, a seguir.

Figura 24 – Modelo para organização dos dados de notificação de Acidente de Trabalho Grave por Microrregião de Saúde, segundo fonte notificadora e residência



Principais Municípios Notificantes: "X", "H", "P" e "J"

Principais Ocupações Notificadas: Servente de Obras, Motociclista no Transporte de Documentos e Pequenos Volumes, Faxineiro, Pedreiro e Motorista de Caminhão (rotas regionais e internacionais).

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG. 2010

Orienta-se que os dados analisados sejam apresentados em reuniões de CIBs microrregionais, para acompanhamento dos processos, permitindo reconhecer quais as unidades sentinelas que foram pactuadas e estão notificando e quais não, para que sejam identificadas e corrigidas as possíveis causas do não registro. Também é

importante saber quais são os agravos mais notificados na região e identificar uma possível subnotificação, considerando o mapeamento das atividades produtivas, formais e informais. Sugere-se que a RT-ST da instância regional envie essas informações para a RT-ST de cada município os relatórios devem ser disponibilizados e divulgados por meio eletrônico, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão.

Outro aspecto a ser considerado na gestão da informação refere-se à avaliação técnica das fichas de investigação do SINAN, antes da digitação no SINAN, envolvendo: a definição de “caso”, os critérios de inclusão para fins de notificação e o preenchimento de todos os campos da ficha. O Anexo 2 contém um exemplo detalhado para o agravo “Acidente de Trabalho Grave”.

3.5 OUTRAS ATIVIDADES DA RT-ST DAS INSTÂNCIAS REGIONAIS

Serão apresentadas a seguir algumas ações que não são de competência estrita das RT-ST das instâncias regionais, mas para as quais sua colaboração é imprescindível, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

3.5.1 Apoio à implantação e à organização dos CEREST

Cabe à RT-ST da instância regional assessorar a elaboração do projeto de habilitação de novos CEREST, atendendo aos critérios estabelecidos pela legislação vigente. No caso dos CEREST já habilitados, cabe à RT-ST da instância regional:

1. participar da apresentação do quadro de ações do CEREST na CIB Microrregional;
2. assessorar as equipes do CEREST no planejamento, na execução e avaliação da programação das ações;
3. acompanhar a execução das ações, a partir do quadro demonstrativo da execução das ações anuais pelo CEREST integrante do relatório de gestão do município sede, de acordo com legislação vigente.

Figura 25 – Quadro Demonstrativo da Execução das Ações Anuais

GRS/SRS:			RT-ST:		
Município:			CEREST:		
Ações anuais	Metas Anuais		Recursos Orçamentários		Observações específicas
	Previstas	Realizadas	Previstos	Executados	

Fonte: Diretoria de Saúde do Trabalhador/SES-MG. 2010

Quanto ao monitoramento das pactuações, cabe à RT-ST da instância regional coordenar a pactuação e monitorar as ações da PAVS (Programação das Ações de Vigilância em Saúde) e Pacto pela Vida, nas ações referentes à Saúde do Trabalhador, em parceria com o setor responsável pela coordenação dos instrumentos de pactuação. A orientação quanto ao monitoramento das ações da PAVS e do indicador do Pacto pela Saúde já foi abordada anteriormente neste documento.

3.5.2 Apoio aos processos de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador

Cabe ao Colegiado de Gestão Regional organizar o processo de planejamento regional da Educação Permanente, considerando as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e nos Planos de Saúde. Dessa forma, é importante que a referência técnica de ST da instância regional oriente o município a incorporar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual em Saúde as ações de educação permanente dos profissionais de saúde e dos conselheiros de saúde. Além disso, a referência técnica deve acompanhar, em parceria com os municípios, o planejamento e a execução das atividades das Comissões Integradas de Ensino e Serviço com vistas à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador no SUS Estadual.

Os CEREST têm papel importante nos processos de capacitação nas respectivas áreas de influência. Na ausência do CEREST regional, esta atribuição deve ser assumida pelo CEREST estadual.

As atribuições da RT-ST das instâncias regionais, na Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador, são:

- Apoiar a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador da sua área de abrangência.
- Estimular e acompanhar a regulação e o envolvimento dos serviços de saúde, em seu âmbito de gestão, em atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação em saúde.
- Articular, junto às instituições de ensino técnico e universitário, mudanças nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária.

Também devem ser estimuladas estratégias de âmbito municipal/regional que possam contribuir para a formação e educação permanente em Saúde do Trabalhador, dos profissionais de saúde e conselheiros municipais de saúde, como por exemplo a realização de seminários, cursos e/ou encontros no tema e a inclusão de temas de interesse da Saúde do Trabalhador nos processos de capacitações já programadas para os profissionais e conselheiros de saúde na sua área de jurisdição.

Embora os processos de educação permanente devam ser definidos de acordo com as necessidades locais e as dificuldades dos profissionais, é importante que esses processos considerem as prioridades definidas na Política Estadual.

Para apoiar o cumprimento de metas estabelecidas, os profissionais precisam ser capacitados para identificar e manejar os agravos de notificação compulsória em Saúde do Trabalhador de maior, preencher corretamente as fichas de investigação, entre outras. No caso dos ACS e dos profissionais das equipes da APS, é muito importante que estes sejam preparados para melhorar o preenchimento do campo ocupação na ficha A e para considerar esta informação no planejamento das ações da equipe.

Além disso, os profissionais devem ser preparados para cumprir as metas e os indicadores da PAVS relacionados à notificação de doenças e agravos de ST. A capacitação das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador e dos técnicos das Vigilâncias em Saúde municipais (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador, promoção e análise da saúde) para o desempenho de suas atividades e a articulação com a temática das relações produção-consumo-ambiente e saúde.

Os profissionais das unidades sentinelas devem receber acompanhamento permanente para o preenchimento correto das fichas de investigação e alimentação do sistema de informação, triagem e checagem do preenchimento de dados e informações. O público-alvo de eleição para essas capacitações é:

- Coordenadores de Pronto Atendimento ou Serviço de Urgência e Emergência, e representantes do NUVE (preferencialmente médico/a ou enfermeiro/a) sobre o tema dos Acidentes de Trabalho Grave, Acidente com Exposição a Material Biológico e Intoxicação Exógena;
- Representantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (com preferência para profissional médico/a e/ou enfermeiro/a), para as capacitações sobre Acidentes com Exposição a Material Biológico;
- Coordenadores municipais da Atenção Primária e da Epidemiologia (ou representantes com perfil multiplicador), para as capacitações que abordarem a identificação e o manejo dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

3.5.3 Apoio à participação e ao controle social em Saúde do Trabalhador

A competência definida para a RT-ST da instância regional no âmbito da participação e controle social, é estimular a participação do controle social no planejamento, na implantação e no monitoramento da Política Estadual da Saúde do Trabalhador. Neste sentido, devem ser desenvolvidas ações como:

- a) Estimular a criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos conselhos municipais de saúde dos municípios jurisdicionados.
- b) Apoiar a capacitação de conselheiros municipais de saúde na temática Saúde do Trabalhador, quando solicitado, promovendo reuniões e discussões sobre a legislação no SUS referente ao controle social na temática de Saúde do Trabalhador, sempre que possível em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, considerando as informações sobre o perfil produtivo e epidemiológico do município.

- c) Estimular a criação das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) pelos Conselhos Municipais de Saúde, dos municípios jurisdicionados.

O que pode ser feito para estimular a criação da CIST?

- Este processo deve ser iniciado com as negociações entre a RT-ST da GRS ou SRS e a RTM-ST, junto ao Conselho Municipal de Saúde, orientando sobre a importância de se implantar a CIST no Conselho, de acordo com a Portaria GM nº 2.728 de 2009 e Recomendação 034 de 9 de dezembro de 2009 do Conselho Nacional de Saúde.
- A RTM-ST, além de se inscrever para fazer parte da CIST, deve auxiliar o Conselho Municipal de Saúde na mobilização dos atores para a formação da CIST, entre eles líderes sindicais, Gerência da agência do INSS, Gerência Regional do Trabalho (antiga DRT), associações de portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou associações de pessoas com deficiência causada por acidentes de trabalho, além de trabalhadores do SUS de setores estratégicos como, por exemplo, profissionais da vigilância sanitária, epidemiológica ou ambiental, profissionais de unidades de Urgência, profissionais do CEREST, onde houver, entre outros.

O CMS organizará a eleição, definindo prazos e local adequado para os candidatos se inscreverem de acordo com critérios previamente estabelecidos. No caso de Betim, por exemplo: “as Comissões Técnicas Intersectoriais terão até 12 (doze) membros, com representação paritária, indicados pelos respectivos segmentos, devendo os mesmos ter atuação ou conhecimento na área das respectivas Comissões” (Regimento Interno do CMS de Betim).

Após a implantação da CIST, a referência técnica do município deve auxiliar o grupo no processo de elaboração do plano de trabalho da CIST e discussão dos temas referentes à saúde do trabalhador no município, contando sempre com o suporte da referência técnica em ST da GRS e SRS.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, A. A; VILELA, L. V. O. Lesões por esforços repetitivos. Guia para profissionais de saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997. Diário Oficial da União, Brasília, 17 nov. 1997. Disponível em: <<http://portal.mp.sc.gov.br/portal/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas%20n%C2%BA%20142-97%20-%20aih.pdf>>.

BRASIL. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

BRASIL. Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Diário Oficial da União, Brasília, 19 nov. 1999. p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil.

DIAS, Elizabeth Costa (Org.). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde dos Trabalhadores. Protocolos de Complexidade Diferenciada, 2006.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2006. p. 71. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=71&data=29/03/2006>>.

BRASIL. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 23 maio 2006. p. 40. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=40&data=23/05/2006>>.

BRASIL. Portaria nº 3.085 de 1º dez. 2006. Regulamenta o sistema de planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 04 dez. 2006. p. 39. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=39&data=04/12/2006>>.

BRASIL. Portaria nº 2.728, de 11 nov. 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2009. p. 76. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=76&data=12/11/2009>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.669 de 03 de novembro de 2009. Define as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011. Diário Oficial da União, Brasília, 04 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de situação em saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

CONCEIÇÃO P. S. A.; NOBRE, L. C. C. 2002. Sistemas de informação em saúde do trabalhador. Disponível em: < SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE & CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador. SESAB, Salvador.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. A integralidade e as linhas de cuidado. Disponível em: <MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

NEVES, M. A.; PEDROSA, C. M. Gênero, flexibilidade e precarização: o trabalho a domicílio na indústria de confecções. Sociedade e Estado. Brasília, 2007.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Disponível em: <<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/sumario.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2011.

SILVA, L. R. F. da. Perfil Produtivo da Microrregião de Viçosa definida pelo Plano Diretor de Regionalização da SES-MG, Segundo a RAIS/ 2008. Belo Horizonte, 2010. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador da UFMG. 128 p.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. de; CAMPOS, K. F. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/Coopmed, 2009. 84 p.

ANEXOS

ANEXO 1: CADASTRO DE ATIVIDADE PRODUTIVA DOMICILIAR

CADASTRO DE ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILARES				
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	ESF RESPONSÁVEL	DATA		
ENDEREÇO	Nº	COMPL.	BAIRRO	
TELEFONE	TELEFONE CONTATO	CEP		
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA
LOCALIZAÇÃO () Zona Urbana () Zona Rural		PROCEDÊNCIA		
ACS: INCLUSÃO () ALTERAÇÃO ()				

1- Qual o local da residência onde ocorre a atividade? () Dentro da Residência. () Fora da Residência.
2- Descrição da atividade produtiva: O que produz/faz?
3- Quantas pessoas estão trabalhando na atividade domiciliar?
4- Há exposição a produtos químicos? () sim () não Quais?
5- A atividade gera ruído? () sim () não
6- Os trabalhadores carregam e/ou transportam peso? () sim () não
7- Existe risco de acidentes? () sim () não
8- Existe exposição a risco biológico? () sim () não Quais?
9- Observações: descreva as características do ambiente (aceitação do usuário para realização do cadastro; se existe alguma situação que salta aos olhos; se atividade é por encomenda, por empreitada, por período específico do ano, picos de produção)

ANEXO 2: EXEMPLO DE AVALIAÇÃO TÉCNICA DE FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Fonte: Protocolo de Acidente de Trabalho Grave

Ficha de investigação de Acidente de Trabalho Grave

Ficha de investigação de Acidente de Trabalho com exposição à material biológico.

Disponível em www.saude.gov.br

ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

1. AVALIAR DEFINIÇÃO DE CASO

ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

(cabeçalho da ficha de investigação)

Definição de caso: São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

Para evitar interpretações subjetivas díspares, que podem comprometer a homogeneidade nacional do sistema, considera-se, para fins deste Protocolo, a necessidade da **existência de pelo menos um dos seguintes critérios objetivos**, para a definição dos casos de acidente de trabalho grave:

- 1) necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar;
- 2) incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias;
- 3) incapacidade permanente para o trabalho;
- 4) enfermidade incurável;
- 5) debilidade permanente de membro, sentido ou função;
- 6) perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

- 7) deformidade permanente;
- 8) aceleração de parto;
- 9) aborto;
- 10) fraturas, amputações de tecido ósseo, luxações ou queimaduras graves;
- 11) desmaio (perda de consciência) provocado por asfixia, choque elétrico ou outra causa externa;
- 12) qualquer outra lesão: levando à hipotermia, doença induzida pelo calor ou inconsciência; requerendo ressuscitação; ou requerendo hospitalização por mais de 24 horas;
- 13) doenças agudas que requeiram tratamento médico em que exista razão para acreditar que resulte de exposição ao agente biológico, suas toxinas ou ao material infectado. (*NOTIFICAÇÃO EM FICHA PRÓPRIA – ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO*)

2. AVALIAR CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA FINS DE NOTIFICAÇÃO

Este protocolo INCLUI, para fins de notificação:

- 1) trabalhadores assalariados, independentemente da forma de remuneração, com ou sem carteira de trabalho assinada;
- 2) funcionários públicos estatutários, militares nos três níveis de governo;
- 3) outros tipos de empregados na produção de bens e serviços;
- 4) trabalhadores da produção de bens e serviços por conta própria, ou autônomos;
- 5) empregadores que exercem atividades ligadas à produção de bens e serviços;
- 6) trabalhadores domésticos com e sem carteira assinada;
- 7) trabalhadores não-remunerados que atuam em ajuda familiar (na produção de bens primários, por conta própria ou como empregador), ajuda a instituições religiosas ou cooperativas, ou como aprendizes ou estagiários;
- 8) trabalhadores na produção para consumo próprio ou construção para uso de sua família, ou de terceiros em regime de mutirão;
- 9) trabalhadores rurais ou garimpeiros ligados à economia de subsistência;
- 10) pessoas que trabalham em residências em atividades destinadas a fins econômicos com ou sem percepção de rendimento;
- 11) pessoas ocupadas extraordinariamente para obter renda, tais como desempregados aposentados e outros;
- 12) pessoas que estão em viagem a trabalho ou à disposição de empregadores em situação de plantão de urgência;
- 13) presidiários com atividade remunerada;
- 14) quaisquer outras formas de trabalho definidas pelo acidentado no caso de declaração de acidente de trabalho em situações de ocupação não anteriormente descritas.

OBS: Considerar que TRABALHADOR para fins de notificação é **“Toda pessoa que exerça uma atividade produtiva, independente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar”**.

3. AVALIAR A QUALIDADE DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS E COERÊNCIA DAS INFORMAÇÕES

4. SE INVESTIGAÇÃO INCOMPLETA, QUAIS AS ESTRATÉGIAS PARA A BUSCA DAS INFORMAÇÕES? LISTAR NO QUADRO ABAIXO.

1.
2.
3.

Glossário

Nomes	Definição	Referência
Acidente de Trabalho	<p>Evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que podem levar, direta ou indiretamente (concausa), à morte ou à perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Também é considerado Acidente de Trabalho o que ocorre quando o trabalhador está a serviço ou em representação da empresa, ou em defesa de seu patrimônio, ou no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa; ou nos períodos de refeição, descanso ou satisfação de outras necessidades fisiológicas durante o trabalho.</p> <p>A caracterização do Acidente de Trabalho independe da existência de vínculo empregatício e da situação previdenciária do trabalhador acidentado.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 32p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Saúde do Trabalhador; 2. Protocolos de Complexidade Diferenciada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.</p>
Acidente de Trabalho Fatal	<p>É o acidente de trabalho que resulta no óbito do trabalhador imediatamente após a ocorrência ou posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 32p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Saúde do Trabalhador; 2. Protocolos de Complexidade Diferenciada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.</p>
Agravos à Saúde Relacionados ao Trabalho	<p>São doenças, danos, distúrbios, sofrimento ou lesão causados ou agravados pelo trabalho ou pelas condições em que este é realizado.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador; 2010.</p>
Apoio Matricial	<p>É o arranjo organizacional e/ou metodologia de gestão do trabalho em saúde, que tem por objetivo ampliar as possibilidades de concretizar a clínica ampliada e assegurar retaguarda especializada às equipes e aos profissionais encarregados da atenção à saúde.</p>	<p>Campos, G. W. C; Domitti, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública v. 23; 2007.</p>

Nomes	Definição	Referência
Atenção Básica	Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por equipe multiprofissional que assume a responsabilidade sanitária pela população de um território delimitado, considerando a complexidade e a dinamicidade do local.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Articulação Intersetorial	Pressupõe a integração de políticas e práticas setoriais para enfrentar os problemas de saúde, por definição, complexos. Ela busca superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.	SER Social, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2010.
Articulação Intrasetorial	Pressupõe o envolvimento harmônico das ações de saúde nas três esferas de gestão do SUS: nacional, estaduais e municipais.	Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador; 2010.
Atividade Produtiva	Atividade econômica, social e/ou cultural destinada à produção de bens ou utilidades para satisfazer as necessidades humanas.	Disponível em: http://www.cnfcp.gov.br/tesauro/00000690.htm
Capacitação Profissional	Preparação do trabalhador para o desempenho das atribuições inerentes à sua função, abrangendo a possibilidade de criar, resolver adversidades, sugerir alternativas de progresso e criar ambiente adequado, com autonomia e autoconfiança.	Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS - Fiocruz/MS, 2009
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	Ponto de atenção especializado capacitado a oferecer subsídio técnico para as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2728, de 11 de novembro de 2009.
CIB - Comissão Intergestora Bipartite	Espaço de articulação e pactuação política, na esfera estadual, instituída pela Portaria n. 196/94 de 17.11.94, destinado a orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. É constituída, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Nomes	Definição	Referência
CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Traba- lhador	Instância de articulação de políticas e programas no campo da Saúde do Trabalhador. Deve ser organizada com base nos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal.	Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.
CIT - Comissão Intergestores Tripartite	Instância de articulação e pactuação na esfera federal de direção nacional do SUS, integrada por gestores das três esferas de governo – União, Estados e DF e Municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. As decisões são tomadas por consenso e não por votação.	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
Colegiado de Gestão Regional	Espaço de decisão, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. É formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual. As decisões são tomadas por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006.
CIES - Comissão Permanente de Integração En- sino e Serviço	Instância intersetorial e interinstitucional permanente responsável pela formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde prevista no art. 14 da Lei n. 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS. As CIES deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal.	Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho	Documento emitido pelo empregador comunicando à Previdência Social a ocorrência de acidente do trabalho ou doença relacionada ao trabalho, como determina a Lei n. 8.213/91 (art. 22), sob pena de multa em caso de omissão. Deve ser emitido no prazo de 24 horas após a ocorrência do acidente ou diagnóstico da doença, ou imediatamente, em caso de óbito. Também pode ser emitida - mesmo fora do prazo - pelo médico, pelo familiar, por um dependente do segurado, pelo sindicato ou por uma autoridade pública, e nesse caso o INSS enviará carta à empresa solicitando sua emissão.	Ministério da Previdência Social. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=297

Nomes	Definição	Referência
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	Entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de Saúde, na formulação e implementação de políticas públicas intersetoriais de saúde; na pactuação federativa; possibilitando o intercâmbio de experiências entre os municípios e a propagação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da Saúde do SUS. Em cada unidade da federação, os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) formam a Rede Brasil.	Disponível em: http://www.conasems.org.br/site/index.php/o-conasems/missao
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde	Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e do Distrito Federal. O CONASS foi criado em 3 de fevereiro de 1982 e tem sede em Brasília, Distrito Federal.	Disponível em: http://www.conass.org.br/?id_area=38
Conferência de Saúde	Espaço de formulação de políticas e diretrizes de saúde e acompanhamento do SUS. É realizada a cada quatro anos, com a participação de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Deve ser antecedida por etapas estaduais e municipais.	Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041
Conselho de Saúde	Órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, responsável pela formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, incluindo os aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Sua composição, organização e competência são fixadas na Lei n. 8.142/90 (resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde).	Lei Federal n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde.
Doença Relacionada ao Trabalho	Designa o conjunto de doenças que guardam relação com o trabalho atual ou progresso exercido pelo trabalhador, que desempenha o papel de causa necessária, contribuinte ou modificadora do desencadeamento e/ou agravamento do processo mórbido. A Lista Brasileira de Doenças Relacionadas ao Trabalho foi publicada pela Portaria n. 1.339 de 18 de novembro de 1999.	Portaria/MS n. 1.339, de 18 de novembro de 1999 - Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Elaborada em cumprimento da Lei Federal n.º 8.080/1990 – inciso VII, parágrafo 3.º do artigo 6.º – disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID-10) - Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/

Nomes	Definição	Referência
Educação Permanente	<p>Processo de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. A educação permanente propicia a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS, incluindo a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades, a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização. O foco da Educação Permanente em Saúde são os processos de trabalho e as equipes (atenção, gestão, participação e controle social), possibilitando a construção de um novo estilo de gestão, no qual os pactos para reorganizar o trabalho sejam construídos coletivamente e os diferentes profissionais passem a ser sujeitos da produção de alternativas para a superação de problemas. Essa análise coletiva dos processos de trabalho permite a identificação dos “nós críticos” enfrentados na atenção ou na gestão e a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema, implicando um acompanhamento e apoio técnico.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005</p>
Equipe de Referência	<p>É composta por profissionais que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ampliando as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. É um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar.</p>	<p>Campos, G. W. C; Domitti, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública v. 23; 2007.</p>
Evento Sentinela	<p>Evento caracterizado pelo surgimento de enfermidade, acidente, incapacidade, morte prematura, exposição perigosa, ou manifestação precoce cuja ocorrência serve como sinal de alerta e deve desencadear o planejamento da atenção à saúde e medidas de vigilância e controle.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. 2010.</p>
Fatores de Risco Ocupacional	<p>Elemento ou circunstância existente no ambiente ou situação de trabalho com potencial para causar dano à saúde. Pode ser de natureza química, agentes físicos, agentes biológicos, inadequação ergonômica ou, ainda, situações impróprias nas relações sociais de trabalho. O termo agente é mais utilizado pela higiene industrial, e fator de risco, pela epidemiologia.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. 2010.</p>

Nomes	Definição	Referência
Gestão em Saúde	<p>Aplicação de conhecimento, habilidades, ferramentas e técnicas para coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar o sistema de saúde em nível municipal, estadual e nacional.</p> <p>É a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, à articulação e à interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.</p>	<p>Disponível em: http://www.artigonal.com/gestao-artigos/gestao-em-saude-759846.html</p> <p>Ministério da Saúde. Gestão participativa e cogestão. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. 2009.</p>
Indicador de Saúde	São parâmetros utilizados com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a saúde de populações humanas, para o planejamento em saúde, permitindo o acompanhamento e comparação de tendências e séries históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades.	Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Disponível em: http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=1
Integralidade	É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social), e não num recorte de ações ou enfermidades	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
Intersetorialidade em Saúde	A intersetorialidade como prática de gestão na Saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da Saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em Saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura Segurança Alimentar e outros.	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

Nomes	Definição	Referência
Linha de Cuidado	É uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e à conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Linha-Guia	São instrumentos cujo conteúdo sobre determinada área do conhecimento e de prática no campo da saúde têm o objetivo de “determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos No processo de desenho das redes de atenção à saúde, caracterizam-se por ordenar o caminhar das pessoas na rede de atenção à saúde, estabelecendo os fluxos entre os diversos lugares de atenção nessa rede.	Werneck, M. A. F; Faria, H. P de; Campos, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.
Morbidade	Refere-se ao conjunto de indivíduos que adquirem uma doença em um dado intervalo de tempo e lugar. Designa-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/cievs/images/stories/CBVE/cbve_modulo%20iii.pdf
Mortalidade	Refere-se ao conjunto dos indivíduos que morrem em um dado intervalo de tempo e em um dado espaço. O risco ou a probabilidade de que qualquer pessoa na população pode vir a morrer, em decorrência de uma doença, é calculado pela taxa ou coeficiente de mortalidade. Ela representa a intensidade com que os óbitos por uma determinada doença ocorrem em uma certa população. Indicadores como os de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade materna e mortalidade por doenças transmissíveis são muito utilizados para avaliar o nível de saúde de uma população.	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/cievs/images/stories/CBVE/cbve_modulo%20iii.pdf
Município-Polo	Município que de acordo com a estratégia de regionalização de cada estado tem o papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de Fevereiro de 2002.
Ocupação	Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. É um conceito sintético, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída por portaria ministerial n. 397, de 9 de outubro de 2002, tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares.	Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: http://www.mtecbo.gov.br
PAVS - Programação das Ações de Vigilância em Saúde	Elenco norteador das metas do Pacto pela Saúde e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.	Portaria MS/GM n. 3.008, de 1º de dezembro de 2009.

Nomes	Definição	Referência
PDI - Plano Diretor de Investimentos	Expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e do Plano Diretor de Regionalização.	Brasil. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006.
PDR - Plano Diretor de Regionalização	É o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. Deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde.	Brasil. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602
Planejamento em Saúde	O processo de planejamento em Saúde envolve vários aspectos de naturezas diversas, compreendendo desde aqueles relativos à organização e à gestão do Sistema de Saúde, passando pelos diferentes recursos estratégicos, até alcançar aqueles relacionados com a atenção à saúde propriamente dita, a qual abrange uma imensa e complexa gama de ações, serviços e medidas de intervenção.	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
População Economicamente Ativa	Compreende as pessoas com dez anos ou mais de idade, que, durante os doze meses anteriores à data do censo, tenham exercido trabalho remunerado em dinheiro e/ou produtos ou mercadorias, inclusive as pessoas licenciadas com remuneração, que trabalham habitualmente quinze horas ou mais por semana numa atividade econômica. Compreende o potencial de mão de obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada, assim definidas: população ocupada - aquelas pessoas que, num determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho mas não trabalharam (por exemplo, pessoas em férias).	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm .
População Economicamente Ativa Ocupada	Compreende o potencial de mão de obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada. População ocupada: aquelas pessoas que, num determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho, mas não trabalharam (por exemplo, pessoas em férias). As pessoas ocupadas são classificadas em:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm .

Nomes	Definição	Referência
População Economicamente Ativa Ocupada	<p>Empregados: aquelas pessoas que trabalham para um empregador ou mais, cumprindo uma jornada de trabalho, recebendo em contrapartida uma remuneração em dinheiro ou outra forma de pagamento (moradia, alimentação, vestuário, etc.).</p> <p>Incluem-se, entre as pessoas empregadas, aquelas que prestam serviço militar obrigatório e os clérigos.</p> <p>Os empregados são classificados segundo a existência ou não de carteira de trabalho assinada.</p> <p>Conta Própria: aquelas pessoas que exploram uma atividade econômica ou exercem uma profissão ou ofício, sem empregados.</p> <p>Empregadores: aquelas pessoas que exploram uma atividade econômica ou exercem uma profissão ou ofício, com auxílio de um ou mais empregados.</p> <p>Não Remunerados: aquelas pessoas que exercem uma ocupação econômica, sem remuneração, pelo menos 15 horas na semana, em ajuda a membro da unidade domiciliar em sua atividade econômica, ou em ajuda a instituições religiosas, beneficentes ou de cooperativismo, ou, ainda, como aprendiz ou estagiário.</p>	<p>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pme-met2.shtm.</p>
PPI - Programação Pactuada e Integrada	<p>Processo que define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI explicita os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.</p> <p>É um processo instituído, no âmbito do SUS, para a definição da programação da atenção à saúde e alocação dos recursos da assistência à Saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização de pactos entre os gestores. Objetiva definir, de forma transparente, os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviço, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. A PPI, portanto, é um dos momentos do processo de planejamento em saúde que agrega tanto funções de alocação de recursos quanto de reorganização das redes de atenção, dando concretude às diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e instrumentos gerais de planejamento: planos de saúde, planos plurianuais e outros. Embora, até o momento, esse processo tenha se restringido aos recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e municípios.</p>	<p>Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005</p>

Nomes	Definição	Referência
RAIS - Relação Anual de Informações Sociais	Instrumento de coleta de dados para gestão do setor do trabalho, instituído pelo Decreto n. 76.900, de 23/12/75, com o objetivo de prover dados para a elaboração de estatísticas do trabalho e a disponibilização de informações do mercado de trabalho às entidades governamentais.	Disponível em: http://www.rais.gov.br/
Rede Sentinela de Saúde do Trabalhador	É composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. De acordo com a Portaria n. 2.728/2009, os serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, conformam a Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.	Portaria n. 2.728/2009
Redes de Atenção à Saúde	São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa –, de forma humanizada e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.	Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009
		Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009
Regionalização	Diretriz do SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. É um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).	Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 40p. Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
Regulação	O termo Regulação, aplicado ao setor saúde no País, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. A NOAS/SUS 01-2002 disseminou o conceito restrito de regulação como sinônimo de regulação do acesso dos usuários a serviços de saúde. As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, (Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006) reafirmam princípios e consolidam processos entre eles a regionalização e os instrumentos de planejamento e programação como o PDR, o PDI e a PPI e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde.	Nota Técnica 11/2006. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/des-taques/regulacao-conass.pdf .

Nomes	Definição	Referência
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	Estratégia para operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost), que define a estruturação da rede de serviços especializados em saúde do trabalhador, integrada por unidades denominadas Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST ou Cerest), constituídas por meio de repasse de recursos federais.	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Portaria n. 2728/2009
Risco Biológico	As classes dos riscos biológicos são: patogenicidade para o homem; virulência; modos de transmissão; disponibilidade de medidas profiláticas eficazes; disponibilidade de tratamento eficaz; endemidade. Bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, etc. (NR- 09).	Portaria n. 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego NR-09.
Risco Ergonômico	São elementos físicos e organizacionais que interferem no conforto da atividade laboral e consequentemente nas características psicofisiológicas do trabalhador (NR-17).	Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 17
Risco Físico	Formas de energia como ruídos, vibrações, pressões anormais, radiações ionizantes ou não, ultra e infrassom (NR-09 e NR-15).	MTE. NR-09 e NR-15
Risco Ocupacional	Risco para a saúde ou a vida do trabalhador decorrente de suas atividades ocupacionais.	Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador, 2010.
Risco Químico	Substâncias, compostos ou produtos que podem penetrar no organismo por via respiratória, absorvidos pela pele ou por ingestão, na forma de gases, vapores, neblinas, poeiras ou fumos (NR-09, NR-15 e NR-32).	MTE. NR-09, NR-15 e NR-32
SAT	Seguro contra acidente do trabalho administrado pela Previdência Social, pago pelo empregador, como um adicional sobre folha de salários.	Seguro Acidente do Trabalho (SAT). Disponível em: http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/20315-20316-1-PB.htm Constituição Federal, 1988
Saúde do Trabalhador	Área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS.	Mendes, R; Dias, E.C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista de Saúde Pública 1991; 25(5), p. 341-349. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n5/03.pdf

Nomes	Definição	Referência
SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho	Regulamentado pela Lei n. 6.514/77 – Portaria n. 3.214/78, especificado na Norma Regulamentadora NR 4, que estabelece a obrigatoriedade da existência do SESMT em todas as empresas privadas, públicas, órgãos públicos da administração direta e indireta dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. O dimensionamento do SESMT vincula-se à graduação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento.	Ministério do Trabalho e Emprego. NR-4. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_04.pdf .
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica	Instrumento de monitoramento da Estratégia Saúde da Família, sob a responsabilidade da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA/DAB/SAS).	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
SIH - Sistema de Informações Hospitalares	Complexo de programas de processamento de dados destinados a auxiliar a operacionalização, o controle e a gestão do atendimento hospitalar do SUS, realizados pelas secretarias municipais, em gestão plena municipal, e pelas secretarias estaduais. É gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), e suas informações estão disponíveis na página do Datasus, cobrindo em torno de 70% das internações realizadas no País. Seu documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade	Destina-se à obtenção regular de dados sobre mortalidade. Utiliza a Declaração de Óbito (DO) como instrumento e utiliza o Sistema de Seleção de Causa Básica (SCB).	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação	Tem por objetivo o registro e o processamento dos dados sobre agravos de notificação obrigatória em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

Nomes	Definição	Referência
SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial	Conjunto de programas de processamento de dados destinados a auxiliar a operacionalização, o controle e a gestão do atendimento ambulatorial do SUS, realizado pelas secretarias municipais e pelas secretarias estaduais. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido mensalmente pelas unidades ambulatoriais, o qual contém dados sobre o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. É gerenciado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A atualização e disponibilização dos dados se dá mensalmente, após o processamento do mês no Datasus.	Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
Trabalhador	Homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos e trabalhadores cooperativados. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego	Política Nacional de Saúde do Trabalhador, 2004.
Trabalho	Ocupação econômica remunerada em dinheiro, produtos ou outras formas não monetárias, ou a ocupação econômica sem remuneração, exercida pelo menos durante 15 horas na semana, em ajuda a membro da unidade domiciliar em sua atividade econômica, ou a instituições religiosas beneficentes ou em cooperativismo ou, ainda, como aprendiz ou estagiário. Para os indivíduos que trabalham investiga-se a ocupação, o ramo de atividade, a posição na ocupação, a existência de mais de um trabalho, o rendimento efetivamente recebido no mês anterior, o número de horas efetivamente trabalhadas, etc.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.shtm .
Trabalho Formal	Trabalho remunerado que uma pessoa exerce na condição de empregado, autônomo ou servidor público, com cobertura da legislação trabalhista e previdenciária.	Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador, 2010.
Trabalho Informal	Trabalho executado sem cobertura da proteção social trabalhista e previdenciária.	Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador, 2010.

Nomes	Definição	Referência
Universalidade	Princípio do SUS segundo o qual todo trabalhador, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido e do local em que trabalha, na área urbana ou rural, tem direito à atenção integral à saúde a ser provida pelo SUS.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120 de 01 de julho de 1998.
Vigilância dos Ambientes de Trabalho	Conjunto de atividades desenvolvidas por serviços públicos de Saúde com a finalidade de controlar ou eliminar os riscos à Saúde existentes nos ambientes de trabalho.	Portaria Ministério da Saúde n. 3.120, de 1º de julho de 1998
Vigilância em Saúde Ambiental	Conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009.
Vigilância em Saúde	A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo: vigilância epidemiológica, promoção da saúde, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009.
Vigilância da Saúde do Trabalhador	Visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009.
Vigilância em Saúde do Trabalhador	Compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e aos ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009.

Nomes	Definição	Referência
Vigilância Epidemiológica	Vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009.
Vigilância Sanitária	Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009.

¹ O serviço de saúde pode incluir nos critérios de definição para unidade sentinela porem a partir de uma negociação informar que não possui condições técnicas de identificar, investigar e notificar os agravos à saúde do trabalhador. E portanto, não constar nas listagem oficial de unidades sentinela.

² O serviço de saúde pode incluir nos critérios de definição para unidade sentinela, porém, a partir de uma negociação, informar que não possui condições técnicas de identificar, investigar e notificar os agravos à saúde do trabalhador. E, portanto, não constar nas listagens oficiais de unidades sentinelas.

