



SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS¹

Programa de saúde dos trabalhadores da zona norte

Em meados da década de 80, quando o país experimentava seus primeiros ares de democracia após o golpe de 1964, no estado de São Paulo, durante o governo Montoro (1983-1987), cujo Secretário de Estado da Saúde era João Yunes, teve início a articulação para que fosse criado o Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte – PST/ZN, no departamento regional daquela

¹ Este texto é baseado nos livros “Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, contrutir o futuro” / Maria Maeno, José Carlos do Carmo – São Paulo: Hucitec, 2005 e “Programa de Saúde dos Trabalhadores – A Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública” / Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi, Ubiratan de Paula Santos – São Paulo: Hucitec, 1989.

A SAÚDE E O TRABALHO

A maneira como o trabalho interfere na vida e na saúde das pessoas é uma das grandes questões da Saúde Pública deste século, e sua abordagem inclui diferentes áreas do conhecimento, tanto nos campos de atuação dos profissionais e serviços de saúde como fora deles.

Em pleno século XXI, era em que o fluxo das informações e a organização da sociedade em redes transformam aceleradamente a economia e as relações de trabalho, vale sublinhar que as condições de saúde dos trabalhadores têm suas especificidades registradas desde os primeiros tratados médicos. A compreensão de seus determinantes, assim como sua história e a evolução de sua prática estão diretamente ligadas ao desenvolvimento da economia e das relações político-sociais.

Apesar da importância do papel social dos trabalhadores e das claras evidências de que o seu adoecimento custa caro ao Estado, porém, a sua vida ainda não é considerada nas decisões econômicas, como se constata no exemplo a seguir:

O Ministério da Justiça anunciou no dia 11 de junho de 2008, após 4 audiências pú-

blicas, uma proposta de regulamentação dos serviços de *call centers*. Entre as novidades estavam o tempo de espera do cliente por no máximo 60 segundos, a obrigatoriedade do serviço ser gratuito, 24 horas por dia e o não repasse da solicitação do cliente para vários operadores. Apesar do tempo máximo para que as ligações sejam atendidas ter sido modificado, foi a pressão dos consumidores que moveu o governo a regular o atendimento à população. Pois bem: em nenhum momento foram mencionadas as situações penosas pelas quais passam os operadores de telemarketing ou de como as mudanças deveriam mudar suas condições de trabalho. Há até uma portaria (Portaria 9, anexo da NR 17) que aborda aspectos da organização do trabalho desses profissionais, mas tudo fica no âmbito de uma legislação restrita, não atingindo setores mais amplos da sociedade.

No setor Saúde, durante a década de 70 e início de 80, experiências de implantação de serviços de Saúde Pública, na rede pública, foram tentadas em algumas cidades e regiões, mas não tiveram êxito ou continuidade.

Pasta que abrangia as regiões norte e noroeste do município de São Paulo.

Esta iniciativa, que contou com o importante apoio e participação dos sindicatos de trabalhadores, foi encabeçada por técnicos que se inspiraram no modelo sanitário da Itália, onde muitos tinham estagiado e conhecido a experiência da

incorporação pela rede pública de saúde de ações e serviços voltados para o diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção das doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

O PST/ZN começou a ser organizado em setembro de 1985, tendo como um de seus objetivos oferecer, por meio dos centros de saúde,

“serviços de atenção à saúde dos trabalhadores com ênfase particular para as patologias decorrentes do trabalho. A perspectiva era criar condições progressivas para que a rede pública viesse a se constituir em alternativa real para assistência à saúde dos trabalhadores, à medida que fossem oferecidos serviços de qualidade superior aos da iniciativa privada, pelos aspectos técnicos e pelo estabelecimento de uma relação diferenciada com os trabalhadores – socialização das informações – e de atenção às nocividades do trabalho.” Outro objetivo era desenvolver a concepção, na rede pública, de que os ambientes e condições de trabalho e os riscos deles decorrentes deveriam ser compreendidos como campo de ação da Saúde Pública.

Neste período, anterior ao advento do Sistema Único de Saúde – SUS, o PST/ZN já havia incorporado os princípios da participação social, levando em conta e valorizando a opinião dos trabalhadores-usuários do serviço e dos seus sindicatos representativos, e já incorporando os princípios que viriam a nortear o sistema: o da integralidade, desenvolvendo ações de assistência, prevenção e promoção, com uma equipe multidisciplinar responsável por ações sinérgicas das áreas de assistência e vigilância sanitária e epidemiológica; e o da universalidade porque, diferentemente da assistência oferecida pelo extinto Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, qualquer trabalhador – empregado ou desempregado, com ou sem registro em carteira, do mercado formal ou informal – tinha direito de ser atendido.

Nos anos seguintes, a despeito de avanços nas atividades assistenciais e de vigilância, várias foram – e continuam sendo – as dificuldades enfrentadas, entre elas os baixos salários, as deficiências

de retaguardas de especialidades e laboratoriais e a precariedade da rede de referência e contra-referência em diferentes níveis de complexidade. Os pontos centrais, no entanto, continuam sendo a falta de compreensão dos gestores em reconhecer a importância da incorporação do campo da saúde do trabalhador entre as ações tradicionais da saúde pública, e a omissão do Estado diante da necessidade da ação efetiva intersetorial e transversal, fundamentais na construção de uma política pública. Ainda hoje, passadas aproximadamente duas décadas, a área de saúde do trabalhador ainda não faz parte do cotidiano dos municípios, dos estados e do país. E entre os setores mais diretamente envolvidos – notadamente a saúde, o trabalho e a previdência social – não se criou sequer o hábito de se trabalhar interinstitucionalmente, embora haja, teoricamente, uma política nacional de segurança e saúde do trabalhador, debatida e definida na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2005. Debatida e definida, mas não de fato incorporada.

A constituição federal, o SUS e a saúde do trabalhador

As mudanças em curso na sociedade brasileira desde o início da década de 1980 resultaram na promulgação, em 1988, de uma nova Constituição Federal. O processo constituinte ocorreu durante vários meses, quando se definia um novo arcabouço jurídico no País, nas áreas econômica, jurídica e social.

O Sistema Único de Saúde – SUS foi a mais ousada reengenharia na Saúde Pública que derivou desse processo, garantindo que a Saúde passasse a ser um direito de todos e um dever do Estado, por meio de políticas econômicas e sociais.

A criação do SUS representou uma nova

O SUS expressa uma nova relação do Estado com a população: a universalidade, a equidade e a integralidade – princípios que regem o sistema -, aliadas à participação social, colocaram o povo como eixo central do sistema e como um agente ativo na sua conformação, de maneira permanente

etapa na construção da cidadania no Brasil, não como peça de oratória ou como um item de agenda política distante das aspirações e das necessidades das camadas menos favorecidas da população. O SUS expressa uma nova relação do Estado com a população: a universalidade, a equidade e a integralidade – princípios que regem o sistema -, aliadas à participação social, colocaram o povo como eixo central do sistema e como um agente ativo na sua conformação, de maneira permanente.

Nesse contexto, em meio a muita polêmica e embate de idéias e interesses, as ações em Saúde do Trabalhador passaram a ser definidas como parte integrante das atribuições do SUS. O texto constitucional encerra a concepção de que o respeito à saúde deve contemplar todos os cidadãos, também na sua condição de trabalhadores.

Vale destacar que na legislação do estado de São Paulo referente à Saúde do Trabalhador, na Constituição Estadual e em outros diplomas legais, está garantido o direito:

- de acesso dos trabalhadores às informações referentes a atividades que comportem riscos à saúde e a métodos de controle, bem como aos resultados das avaliações realizadas;
- de o empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho.

Novo papel do gestor estadual

A partir de 1987, a progressiva descentralização das ações de saúde e posterior instituição do SUS no Estado, a conseqüente municipalização dos serviços de saúde e a redefinição do papel da Secretaria de Estado da Saúde (SES) levaram a equipe do PST/ZN a repensar a sua missão institucional.

As ações de saúde do trabalhador não diferem das demais ações de saúde pública, por isso a assistência e a vigilância, deveriam ser disseminadas por toda a estrutura do SUS, chegando até a periferia do sistema pela atenção básica e propiciando à população trabalhadora a atenção integral, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação física, psicossocial e profissional, atribuições que não podiam ser exclusivamente do setor saúde, mas fruto de integração e articulação com os setores do trabalho, previdência e assistência social.

O desafio era construir uma rede de referências regionais que fosse capaz de disseminar os conceitos do SUS, de universalização, equidade e integralidade, e ao mesmo tempo de uma abordagem específica para a relação saúde e trabalho. Nem sempre isso era muito compreendido pelos gestores, que achavam que o trabalhador nada tinha de específico e que deveria ser incorporado pela atenção geral do SUS. Sim, a hipertensão arterial do trabalhador e do não trabalhador era

A hipertensão arterial do trabalhador e do não trabalhador era a mesma, do ponto de vista do tratamento, mas não o era eventualmente quanto a fatores de causalidade e agravamento

a mesma, do ponto de vista do tratamento, mas não o era eventualmente quanto a fatores de causalidade e agravamento. Assim como a tendinite de um bancário. Do ponto de vista do tratamento, recuperação e reabilitação física e psicossocial não se diferencia, em relação à tendinite da dona de casa, mas em relação às causas e à reabilitação profissional, é certamente fundamental que haja um olhar específico por parte do SUS e de outros setores para ações conjuntas.

Num contexto de municipalização e de um novo papel do gestor estadual, de normatizador, articulador e regulador, foi criado, em 1993, o Grupo de Referência em Saúde e Trabalho, vinculado ao Instituto de Saúde, que incorporou os técnicos do PST/ZN.

A cooperação técnica Brasil-Itália

O desafio de construir uma rede de centros de referência em Saúde do Trabalhador ganhou fôlego no estado de São Paulo, com o “Projeto de Cooperação Técnica Brasil – Itália” – PCTBI, celebrado com o governo italiano. Era necessária a instituição de várias frentes simultâneas: capacitar tecnicamente profissionais subordinados a gestores, que nem sempre eram favoráveis a uma abordagem específica dentro do SUS e, ao mesmo tempo, construir uma rede de parcerias intersetoriais em níveis regional e estadual.

Foram realizados cursos, estágios na Itália e treinamentos para subsidiar a construção de uma rede de referências em saúde do trabalhador,

mais especificamente de toxicologia ocupacional, pneumologia ocupacional, ruído, organização do trabalho e suas formas de adoecimento, particularmente as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), documentação, vigilância em ambientes de trabalho. Em decisão conjunta com as direções regionais da SES/SP, foram escolhidos para sediar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: São Paulo, São Bernardo do Campo, Campinas, Botucatu, Santos, Ribeirão Preto e Araçatuba.

A criação do Cerest/SP

Em 12 de dezembro de 1994, a SES/SP, por meio da resolução SS 626, transforma o Grupo de Referência em Saúde e Trabalho em Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo – Cerest/SP, num momento de transição e de construção de um serviço adequado ao papel do gestor estadual do SUS. O maior desafio do grupo que tentava construir uma rede de referências nos municípios era traçar uma política efetiva de construção dessa rede e ao mesmo consolidar o Cerest/SP como gestor estadual.

Tentando cumprir este papel, o Cerest/SP, em conjunto com a Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa -CIP², à qual passou a ser vinculado, organizou o I Encontro Estadual para Implantação da NOST-SUS em São Paulo, em 24 de março de 2000, com o objetivo de planejar as ações em Saúde do Trabalhador para todo o Estado, com a

² A Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa veio a ser substituída pela atual Coordenadoria de Controle de Doenças.

participação dos gestores municipais e estaduais, buscando fortalecer a rede de centros de referência e envolver toda a rede de serviços do SUS.

A Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS – NOST-SUS, de 1998³, foi resultado de um processo de discussão e negociação que teve a participação de técnicos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de Universidades, de Representantes do Movimento Sindical dos Trabalhadores, do Conass, do Conasems e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - Cist do Conselho Nacional de Saúde. Tinha como objetivo auxiliar os Estados e Municípios na implantação das Ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, em busca de melhores condições de Saúde.

Em sua Introdução ela estabelece que:

“A saúde tem o trabalho como um dos fatores determinantes / condicionantes, tal como reconhecido pelo artigo 3º da Lei 8.080/90. A expressiva maioria de usuários do SUS é constituída de trabalhadores e trabalhadoras urbanos e rurais, constituindo a População Economicamente Ativa-PEA, totalizando cerca de 60% da população brasileira, de acordo com dados do IBGE, 1995. À população brasileira é assegurada, nos termos do artigo 7º, inciso II dessa lei, a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Esses dispositivos são, por si só, explicativos para as exigências legais de incorporação das ações de saúde do trabalhador entre o elenco de ações do SUS, como estabelece o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, em todas as esferas

de governo e em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde.”

O segundo encontro, realizado em 2002, refletindo o entendimento da necessidade da integração das ações de Saúde do Trabalhador e as do SUS, como um todo, foi denominado de II Encontro para a Implantação da NOST/NOAS⁴ e apresentou as seguintes conclusões, aqui resumidas:

1. Considerando que a regionalização e a hierarquização das ações de saúde representam desafios a serem enfrentados pelo SUS, como poderiam se desenvolver as ações em Saúde do Trabalhador em sua região e municípios?

- Inclusão, nos planos plurianuais dos municípios, das diretrizes em Saúde do Trabalhador, contemplando os demais instrumentos como agenda municipal de saúde e quadro de metas, bem como garantir a inclusão das necessidades da área de Saúde na Pactuação Programada Integrada – PPI.
- Capacitação dos níveis básico, secundário e terciário da rede do SUS nos municípios e regiões.
- Divulgação da NOST entre os gestores municipais e estaduais, assim como implementar processo de sensibilização.
- Definição de procedimentos a serem incorporados pela atenção básica, seja unidade básica de saúde ou do Programa de Saúde da Família – PSF.
- Estabelecimento de normas de financiamento e sua regulação.
- Estabelecimento de sistema de referência e contra-referência nos municípios e suas regiões.

3 Portaria do MS 3.908/98.

4 Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS. Portaria MS Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

- Diagnóstico de fatores de risco e danos/mapeamento de risco municipal e regional.
- Definição de interlocutores e/ou equipes técnicas em Saúde do Trabalhador nos municípios e DIR.
- Integração das informações em Saúde do Trabalhador em sistema de informação geral do SUS.
- Dimensionamento dos serviços de acordo com o perfil epidemiológico da população trabalhadora.
- Criação de legislação municipal específica para vigilância bem como normas de procedimentos para assistência.
- Pactuação entre a SES e as SMS.

2. Como poderiam ser classificadas as ações em assistência e vigilância em Saúde do Trabalhador por níveis de complexidade (atenção primária ou de baixa complexidade, atenção secundária ou de média complexidade, atenção terciária ou de alta complexidade)?

- Que se faça uma pesquisa para que todos os municípios se manifestem em relação ao que é baixa, média e alta complexidade em Saúde do Trabalhador. A referência é a proposta do Ministério de Saúde.

3. Quais as articulações, passos a serem dados para viabilizar as propostas? Identifique os responsáveis por essas articulações e ações.

- Estabelecimento de política de investimento diferenciado nos municípios de acordo com os níveis de compromisso/pactuação regional.
- Cumprimento de lei: papéis do Ministério da Saúde, da SES e das SMS.

- Criação de serviços de referência nos municípios e nas regiões, com capacitação e treinamento específicos dos profissionais. Questões a serem resolvidas nas comissões intergestores (bipartite e tripartite).
- Continuidade da discussão iniciada entre municípios e direções regionais (DIR) em cada região. Programação de datas.
- Relatórios encaminhados pelos municípios de suas ações em Saúde do Trabalhador às DIR para que possa se concretizar a articulação.
- Garantia de introdução de conteúdo referente à Saúde do Trabalhador nos pólos de capacitação do Programa de Saúde da Família – PSF .
- Encaminhamento das questões referentes à Saúde do Trabalhador às comissões intergestores tripartites, que traçariam as diretrizes gerais para as pactuações com as microrregiões.
- Proposta de pautar a Saúde do Trabalhador nas comissões intergestores bipartites, pelo Cosems e/ou SES.
- Proposta de pautar a Saúde do Trabalhador nas comissões intergestores tripartites, pelo Conasems e/ou SES.

Chama a atenção a atualidade dessas deliberações, a demonstrar a necessidade de se refletir sobre as razões que levaram a que boa parte delas não tivesse sido concretizada ao longo desses anos.

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast

O ano de 2002 foi um marco na história para a saúde do trabalhador no país. Nessa ocasião já ha-

via vários núcleos de referência não só no nosso estado, como em vários outros.

Na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, sob a direção do Dr. Renilson Rehem de Souza – atual Secretário-Adjunto da SES – tomou corpo a proposta de constituição de uma rede de referências em Saúde do Trabalhador, com incentivo financeiro aos estados e municípios.

Formulou-se um subprojeto denominado “Desenvolvimento de Tecnologias Assistenciais e Gerenciais para Consolidação de Redes Regionalizadas e Hierarquizadas de Serviços”, que resultou na criação de uma rede regionalizada, integrada ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Estado, que foi denominada Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – Renast. Esta idéia já havia sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde.

A Renast foi objeto de polêmica entre técnicos da área, movimento sindical, instâncias de controle social, conselhos regionais de categorias profissionais e outros setores. A equipe do Cerest/SP foi desde o início favorável à proposta, por entender que seu eixo central era correto e permitiria o avanço da disseminação das ações em Saúde do Trabalhador na rede SUS, além de, pela primeira vez na história, conter uma proposta de financiamento específico para a área. A natural necessidade de aprimoramento da proposta não justificava colocar-se contra seu início imediato.

Em São Paulo, sob a nova perspectiva da política federal, foi criado o Grupo Estadual de Implantação e Acompanhamento da Renast – Geiar, vinculado à comissão intergestores bipartite, com representação da SES e do Cosems, tendo como convidados representantes do Conselho Estadual de Saúde.

Atualmente, 41 centros de referência regionais, além do Cerest estadual, integram a Renast, no estado de São Paulo. (veja tabela ao lado)

A criação da Renast, em 2002, deu início ao processo de estruturação do campo da saúde do trabalhador no SUS/SP, em função da estratégia de financiamento específico em contraposição à lógica de pagamento por procedimentos, além de proporcionar um caráter sistêmico e regionalizado da rede de Cerest Regionais e induzir a implementação das ações de saúde do trabalhador pelas secretarias executoras, baseada em diretrizes da secretaria gestora.

Criação da CCD

O Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – Cerest/SP foi incorporado à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) pelo Decreto 49.343, de 24/01/2005, três anos depois da criação da Renast. Entre suas atribuições, destacamos a promoção, articulada com outros setores e instituições, das ações em saúde do trabalhador, com foco no fluxo e na produção de informações para subsidiar propostas de políticas na área de saúde do trabalhador e o estabelecimento da relação causal entre o processo de trabalho e o adoecimento.

Avanços na área da ST a partir de 2002:

1. O SUS/SP incorporou as ações em Saúde do Trabalhador entre suas ações de saúde, em decorrência da inclusão nas agendas dos seus gestores estadual e municipais, com a percepção de que o campo da Saúde e Trabalho – ou seja, o conhecimento e a intervenção no processo específico da forma de adoecimento e morte dos

CONFIGURAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Habilitação em 2002	2003	2004	2006
CEREST/SP			
São Paulo 5	-		
	S. André	Mauá	São Bernardo do Campo e Diadema
		Guarulhos	
		F. da Rocha	
	Osasco		
		Araçatuba	Ilha Solteira
	Araraquara		
		Assis	
		Bebedouro	
	Bauru		
		Botucatu e Avaré	
	Campinas	Indaiatuba e Jundiá Amparo	
		Franca	
		Marília	
	Piracicaba	Rio Claro	
		Pres. Prudente	
		Registro	
	Rib. Preto		Batatais
	Santos		Cubatão
		S.J.B.Vista	
	SJCampos		
		SJR Preto	
	Sorocaba		Itapeva
	Cruzeiro		Pindamonhangaba
6	11	18	7

trabalhadores – é atribuição do SUS, do ponto de vista conceitual de promoção à saúde e do ponto de vista legal;

2. A proteção da saúde coletiva e individual das pessoas, dentro e fora do trabalho, está sendo assumida com maior desenvoltura pelo SUS, por meio da institucionalização crescente das políticas de saúde do trabalhador entendidas como um conjunto de medidas orientadas segundo as diretrizes do SUS e que permearam as instituições sociais públicas e privadas;

3. A criação de uma rede de centros de referência foi a estratégia adotada para a construção de uma efetiva política de Estado na área da saúde do trabalhador, por meio da organização das ações e serviços voltados à atenção da saúde dos trabalhadores, com vistas à sua incorporação na rede de serviços de saúde pública. Por abranger todo o território do estado de São Paulo, a rede estadual de CRST Regionais criou as condições para implementação de planos regionais de Saúde do Trabalhador;

4. Houve sensível melhora na qualificação técnica dos profissionais de saúde para a atuação em saúde do trabalhador, nas áreas de Vigilância e Assistência, por conta da atuação dos órgãos de referência em saúde do trabalhador, que atuaram como pólos formadores e disseminadores de práticas específicas da área no SUS;

5. Ocorreu um progresso na área da informação e integração dos órgãos responsáveis pela assistência, vigilâncias epidemiológica e sanitária, embora ainda desenvolvam práticas dicotomizadas;

6. Ocorreu uma integração entre o planejamento e desenvolvimento de ações entre a Secretaria de Estado da Saúde (níveis regionais e central) e as Secretarias Municipais de Saúde.

7. Construiu-se referências culturais e técnicas em Saúde do Trabalhador no SUS, baseadas nos princípios de vigilância e prevenção, diagnóstico precoce e qualidade de vida, em contraposição à prática indenizatória ou punitiva praticada pela previdência e pelo trabalho, respectivamente, por meio dos protocolos em ST e normas específicas temáticas por doenças;

8. Ampliaram-se parcerias no desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador com órgãos governamentais e não governamentais, tais como Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, Ministério do Trabalho, sindicatos, empresas, associações de pessoas com doenças relacionadas ao trabalho;

9. Fortaleceu-se a Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador (Cist) do Conselho Estadual de Saúde no sentido de uma atuação como fórum de discussões e encaminhamentos conjuntos com a área técnica;

10. Aprimorou-se a construção de sistemas de referência e contra-referência em Saúde do Trabalhador no SUS como resultado de pactos entre as instâncias regionais da Secretaria de Estado da Saúde (DIR) e Secretarias Municipais de Saúde, por meio das Comissões Inter-Regionais (CIR);

11. Buscou-se a integração dos setores internos da Secretaria de Estado da Saúde na CCD para a criação das condições institucionais e operacionais para implantação da saúde do trabalhador no SUS/SP;

Em resumo, foi inserido, no âmbito da SES e fora dele, o debate sobre o tema saúde do trabalhador, que congregou os gestores, envolveu o controle social do SUS e as instituições afins e facilitou a compreensão da necessidade de uma visão interativa das questões saúde e trabalho, ou seja, deu-se visibilidade à saúde do trabalhador no SUS/SP.

Atividades na área a partir de 2002

- Foram constituídos 24 grupos de interlocução em ST nas Direções Regionais de Saúde.
- Foi aprovado o Plano de Expansão da Rede de saúde do trabalhador para o estado de São Paulo na reunião, ratificada em 18 de julho de 2003, da comissão técnica de políticas de saúde do Conselho Estadual de Saúde, e publicado no DOE pela resolução SS 82, de 24.7.03;
- Foram realizados 14 encontros estaduais da Renast/SP, com 130 participantes em média em cada um.
- Foram editados seis exemplares da publicação “Saúde do Trabalhador no SUS em Foco”, suplemento do Boletim Epidemiológico Paulista – BEPA.
- Foi organizado, em conjunto com o Cosems, o evento Saúde do Trabalhador - Ações de Relevância Pública
- Participação nas reuniões da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador – Cist, do Conselho Nacional de Saúde em Brasília, como representação do Conass
- Elaboração do “Termo de Cooperação Técnica e Institucional”, firmado pelas autoridades representantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenação Regional da Funasa - Fundação Nacional de Saúde em São Paulo, Delegacia Regional do Trabalho e Emprego no Estado de São Paulo, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro, e Superintendência Regional do Instituto Nacional do Seguro Social em São Paulo, criando o Geisat/SP – Grupo



1ª turma do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, na Faculdade de Saúde Pública da USP. (2006)

Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo,

- Organização do I Encontro Macro Regional Sudeste, no Centro de Convenções Rebouças, em 19 de novembro de 2004, com mais de 600 participantes.
- Elaboração do Plano de Saúde do Trabalhador do SUS/SP – 2005, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em sua 123ª reunião, realizada no dia 25 de fevereiro de 2005.
- Organização e aprimoramento das equipes dos centros de referência regionais, metropolitanos e estadual e desenvolvimento de cronograma de criação/inauguração dos centros de referência;
- Acompanhamento do processo de implantação da Renast/SP nos vários níveis de gestão do SUS/SP.
- Definição e avaliação continuada de indicadores de gestão e de impacto em Saúde do Trabalhador.

- Realização de curso sobre “Gestão do SUS em Saúde do Trabalhador” para os novos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (março 2005).
- Proposição, elaboração de conteúdo e lançamento da revista “Saúde do trabalhador em quadrinhos (março de 2005)



- Participação na organização das Conferências Municipais e Estadual em Saúde do Trabalhador (a partir de abril de 2005).

Situação atual e perspectivas

Os avanços conquistados pela Renast e seu conhecimento acumulado, técnico e de gestão, legitimam esta estratégia a continuar com a sua missão, que é a de consolidar as ações de saúde do trabalhador na rede pública, aprimorando suas práticas baseadas nos conhecimentos adquiridos e em resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em 2005 como a de “Implementar, via Sistema Único de Saúde - SUS, ações norteadoras do conceito de Desenvolvimento Sustentável, tendo como parâmetro as diretrizes estabelecidas nos planos de

ação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast, de forma que essas diretrizes se desdobrem em planos e ações estaduais, regionais e municipais em saúde do trabalhador, garantindo investimentos governamentais (União, Estados e Municípios)”.

O aprimoramento da Renast/SP se ajusta ao Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008/2011 pelo esforço conjunto de integrar as várias áreas de atenção à saúde, para criar as condições de intervenção nos fatores determinantes dos problemas de saúde que afetam a população de um determinado território, pois eles decorrem da interação do conjunto destes fatores que interferem no processo saúde/doença da população ali residente.

O Plano Estadual de Saúde leva em conta as ações programáticas estratégicas da SES/SP que incluem desde a atenção básica, passando pelas ações integradas dos setores estratégicos do SUS/SP e pela rede de serviços de média/alta complexidade e dos dispositivos da vigilância em saúde (epidemiológica, ambiental, sanitária e ST).

Vale dizer, tanto a vigilância ambiental como as epidemiológica, sanitária e ST devem se integrar em todos os níveis do SUS, numa estrutura com componentes sociais e tecnológicos comuns para uma maior efetividade das ações integradas.

O setor econômico que mais prospera, no estado de São Paulo, é o sucroalcooleiro, um setor emblemático que pode levar a efeito a estratégia de integração do SUS/SP, pois ele traz na sua cadeia produtiva vários problemas de saúde coletiva que extrapolam as condições de trabalho, como a tuberculose, dengue, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes e os agravos à saúde mental.

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, os acidentes de trabalho e de traje-

to, a fadiga física, a desidratação, a desnutrição e as mortes que atingem os cortadores de cana são os principais agravos relacionados ao exercício do trabalho.

Estima-se em torno de 135 mil cortadores de cana, podendo esse número duplicar ou triplicar com o crescimento do setor. Eles e seus familiares, sofrerão os problemas de saúde e sociais, como aumento da mortalidade neonatal, doenças próprias da infância, doenças sexualmente transmissíveis, prostituição.

Daí a necessidade de viabilizar um Plano de Ações Estruturantes e Integradoras para o setor sucroalcooleiro no Estado de São Paulo, com direcionamento das atividades e metas estratégicas focadas na atividade canavieira, envolvendo todas as áreas técnicas da rede de serviços da SES de forma a unificar e potencializar a sua capacidade de intervenção em uma atuação técnico/política por excelência.



Esta é a estratégia de intervenção e organização da vigilância em saúde que está sendo proposta. Reconheça-se que, para que ocorra um impacto positivo na redução de acidentes, no campo da saúde do trabalhador, é necessária uma maior capacidade de intervenção efetiva, aí entendida o poder de coerção que é uma função própria de Estado (poder público).

Do mesmo modo, cabe instituir e aprimorar mecanismos normativos e reguladores, com vistas à proteção da população e do ambiente natural e de trabalho, quanto à presença de agentes potencialmente nocivos por meio de sistemas de análise de gestão ambiental (validação de rotinas e procedimentos), de certificações - avaliação de conformidade (selo de conformidade) com o objetivo de verificar se todos os requisitos legais e aplicáveis estão a ser cumpridos de forma sistemática, segundo uma metodologia definida pela própria organização.

Aliada a esta prioridade, apontam-se outras necessidades, tais como:

- Aprimoramento técnico e científico: áreas tradicionais da saúde (medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem, psicologia), sociologia, pedagogia, engenharia de produção, de segurança no trabalho, legislação sanitária, previdenciária e trabalhista.
- Disseminação de conceitos amplos de saúde do trabalhador, como determinado na Constituição Federal: para isso é necessário estabelecimento de convênios e parcerias com instituições como universidades, Ministério Público do Trabalho e movimento sindical.
- Treinamento dos órgãos de vigilância para ambientes e processos de trabalho.
- Treinamento de gestores com o olhar da saúde do trabalhador, relação saúde e trabalho.
- Criar salas de situação regionais e estadual, com capacidade de suporte técnico, logístico e gestor.
- Articular a área com o Meio Ambiente, em particular. ◆