



Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

Manual de Gestão e Gerenciamento



Ministério
da Saúde



Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

Manual de Gestão e Gerenciamento

1ª edição – 2006



Ministério
da Saúde





Expediente

Hemeroteca Sindical Brasileira
Rua Rego Freitas, 454 – cj. 82
01220-010 – São Paulo, SP
Fax: 55.11. 3258.0965
projetos@hemerotecasindical.com.br

Organização: David Braga Jr – Consultor Técnico do Ministério da Saúde
Supervisão Técnica: Marco Perez – Coordenador da Área Técnica de Saúde do
Trabalhador do Ministério da Saúde (Cosat)
Coordenação Editorial: Ana Luisa Zaniboni Gomes e Sergio Gomes
Edição: Arlete Taboada e Terlânia Bruno
Projeto Gráfico: Carlos Guena

São Paulo, novembro de 2006

Sumário

■ Apresentação.....	7
Introdução – Por que uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.....	9
Capítulo 1 – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST.....	21
<i>Diretrizes e Estratégias da PNSST.....</i>	21
<i>Sustentação Legal da PNSST.....</i>	22
<i>Gestão e Acompanhamento da PNSST.....</i>	22
<i>Pactuação Inter e Intra-setoriais.....</i>	23
■ Renast – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.....	24
<i>Financiamento da Renast.....</i>	25
Capítulo 2 – Como elaborar e gerenciar um Plano de Saúde do Trabalhador.....	29
■ Noções básicas: elementos de planejamento.....	29
<i>O Plano de Ação Saúde do Trabalhador.....</i>	32
Capítulo 3 – A Gestão da Renast enquanto Estratégia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.....	35
■ Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerests.....	40
<i>Atividades dos Cerests.....</i>	40
■ Síntese de procedimentos para implantação de um Cerest.....	42
■ Lista de Competências para o desenvolvimento da gestão.....	44
<i>A Rede de Serviços em Saúde do Trabalhador.....</i>	47
<i>Os Municípios Sentinelas em Saúde do Trabalhador.....</i>	47

Capítulo 4 – Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação	51
■ Interfaces e articulações intra e intersetoriais: Comissões Intergestores Bi e Tripartites, PNSST e a Geisat	53
<i>As comissões Intergestores Bi e Tripartite</i>	53
■ PNSST e o Geisat	54
■ Capacitação e Formação Permanentes dos Profissionais e dos Participantes do Controle Social enquanto Componentes da Gestão	57
■ Os Sistemas de Informação em Saúde enquanto Componentes da Gestão	61
■ A Comunicação e Educação Popular em Saúde enquanto Componentes da Gestão	65
Anexos	67
Lista de Siglas	76
Glossário	77
Referências Bibliográficas	79

A idéia de elaborar um manual para auxiliar os gestores, gerentes e pessoas interessadas em acompanhar a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast – surgiu ao tomarmos ciência do quão complexos são a estrutura organizacional e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS – e do quanto pode ser prejudicial aos usuários do sistema o fato de as autoridades responsáveis pela realização das ações de Saúde Pública não estarem devidamente orientadas para executar suas tarefas.

Também nos preocupa o grau de informação dos cidadãos responsáveis por exercer o controle social e que têm o compromisso de zelar para que essas ações sejam executadas na direção de preservar o direito dos brasileiros e brasileiras garantidos na Constituição Cidadã de 1988.

A Área Técnica de Saúde dos Trabalhadores (Cosat), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação e implantação das políticas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, pela efetivação das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e pela normatização técnica e administrativa da área de Saúde do Trabalhador, tem por missão institucional a obrigação de cooperar com os estados e municípios na capacitação técnica de gestores, gerentes, administradores e técnicos da rede de serviços do SUS.

Outra atribuição da Cosat é prover os meios para capacitar os membros participantes do Controle Social, da sociedade organizada e da população em geral para atuar de forma efetiva na preservação dos direitos sociais e de ações que garantam saúde, segurança e ambientes de trabalho saudáveis.

Este Manual foi elaborado obedecendo estritamente ao referencial legal previsto para o

SUS, orientando as atividades e os processos de gestão dentro dos princípios e das regras gerais da administração pública, e pretende, levando em conta todas essas questões, apresentar caminhos que facilitem a gestão e o gerenciamento dos equipamentos que integram a Renast.

Cabe ao dirigente do serviço público aplicar as ferramentas, habilidades e conhecimentos apreendidos no decorrer de sua vida profissional, procurando entender e apropriar-se de conceitos relacionados à vida das organizações complexas, para bem exercer seu papel de gestor ou gerente. A finalidade deve ser atender, da melhor forma possível, os anseios e as necessidades dos cidadãos, em especial dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros.

Os caminhos traçados pelo SUS para desenvolver as ações preconizadas pela Constituição e pelas Leis Orgânicas apontam para a negociação e a pactuação entre os gestores com a participação da sociedade através dos Conselhos de Saúde e das conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde do Trabalhador.

Dadas as extremas desigualdades regionais, nos aspectos sociais, culturais, econômicos e geográficos, entre outros, existirá sempre a necessidade de adequação das regras gerais para o nível local, no entanto, estas não devem subtrair direitos garantidos pela legislação e esta é a orientação primordial deste Manual.

Compreender a importância da qualidade dos serviços públicos para a preservação dos direitos individuais e coletivos é dever de todo trabalhador do serviço público que legitimamente representa o Estado frente aos cidadãos. Esse entendimento ajudará você a conhecer melhor este assunto.

Boa leitura!

Por que uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador?

No Brasil, até 1988, a Saúde era apenas um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes) ou um serviço comprado na forma de assistência médica ou, por fim, uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à previdência e nem recursos para pagar a assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos, como as Santas Casas.

Desse modo, a atenção à saúde era, rigorosamente, um serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela Previdência Social, por meio de uma política de Estado compensatória voltada aos trabalhadores contribuintes, formalmente inseridos no mercado de trabalho.

Naquela época, as ações de caráter mais coletivo ou as “ações de saúde pública” eram executadas pelo Ministério da Saúde e completamente dissociadas da atenção individual. Essas ações resumiam-se em campanhas e programas predominantemente de caráter preventivista, como as campanhas de vacinação e os programas verticais sobre doenças endêmicas, como tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, malária, entre outras.

Tal modelo, que dissociava as ações individuais das ações coletivas e excluía grande parte da população da atenção à saúde, aliado aos níveis de desigualdade de distribuição da riqueza do país, contribuía incisivamente para perpetuar péssimas condições de saúde e baixa qualidade de vida aos cidadãos.

Embora internacionalmente considerado “pujante”, uma nação com riqueza natural e cultural invejáveis e economia ascendente, até a década de 80, o Brasil vivia situações paradoxais:

- elevado número de mortes de crianças, devido a diarreia, sarampo, meningite, entre outros agravos “preveníveis”, com índices de mortalidade infantil em algumas regiões do

- país entre os piores do planeta;
- elevados índices de mortalidade materna e infantil perinatal, refletindo baixa cobertura na assistência à gestação e ao parto;
 - índices recordistas de acidentes do trabalho, levando a Organização Internacional do Trabalho – OIT– a pressionar o então governo militar por providências em curto prazo;
 - baixíssima capacidade diagnóstica e de registro das doenças relacionadas ao trabalho.

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o recrudescimento dos movimentos sociais levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto, surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador.

Dessa forma, a Saúde do Trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e os anos 90, reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas no escopo da Saúde Pública. Entre os fatores que contribuíram para a institucionalização da Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, temos:

- o movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80;
- o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira;
- o movimento pelas eleições diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte;
- a promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito universal à saúde e o advento do Sistema Único de Saúde.

Após quase 500 anos de história, em 1988, o povo brasileiro conquistou o direito universal à saúde, disposto na **Constituição da República Federativa do Brasil:**

1. em seu Art.196 como *“...um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas ...”*

2. O texto da Carta Magna, em seu artigo 198, afirma ainda que “... *As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...*” e, em seu artigo 200, está definido que “... *ao Sistema Único de Saúde compete... executar as ações de Saúde do Trabalhador...*”, assim como “... *colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho...*”.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamenta os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador, da seguinte forma:

“Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta lei, 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 acidentes 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 à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de Saúde do Traba-

lhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

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

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

Dessa forma, a configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter *intra-setorial* (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e *intersectorial* (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem *interdisciplinar* e com a *gestão participativa dos trabalhadores*.

Nos últimos dez anos, o SUS representou um considerável avanço no que tange ao acesso do cidadão às ações de atenção à saúde e à participação da comunidade em sua gestão, por meio das instâncias de controle social, legalmente definidas. Tal avanço tem se refletido na melhoria substancial dos indicadores gerais de saúde, como, por exemplo, o da mortalidade infantil. Porém, o direito pleno à saúde requer ainda que o SUS alcance a melhoria da qualidade e da equidade em suas ações, incluindo as ações em Saúde do Trabalhador.

As condições encontradas no trabalho rural, como, por exemplo, relações de trabalho à margem da legislação, ocorrência de mão-de-obra escrava e, muito freqüentemente, do trabalho de crianças, faz com que a população que vive e/ou trabalha no campo encontre-se mais descoberta e vulnerável aos problemas de saúde relacionados ao trabalho. A contratação de mão-de-obra temporária para os períodos da colheita gera o fenômeno dos “bóias-frias”, que vivem na periferia das cidades de médio porte e aproximam os problemas dos trabalhadores rurais aos dos urbanos. Os trabalhadores e as trabalhadoras estão inseridos em distintos processos de tra-

balho, desde a produção familiar em pequenas propriedades, acampamentos e assentamentos de reforma agrária, atividades extrativistas, até os grandes empreendimentos agro-industriais que se multiplicam em diferentes regiões do País.

A população rural encontra ainda dificuldades significativas de acesso às ações do SUS. Vencer essas restrições significa pensar em um SUS que considere, em todos seus aspectos, as especificidades do trabalho rural e da vida no campo. Vale aqui destacar que na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras rurais acirram-se as questões de saúde relacionadas com gênero, ciclos de vida e meio ambiente, com a exposição a diversos fatores de agravos à saúde, como os agrotóxicos e insumos contaminados com resíduos perigosos.

Assim, o direito à saúde e à vida passa pela transformação do processo de produção, que de fonte de agravos e de morte, deve ser um fator de proteção e de promoção da vida. Neste contexto, o Sistema Único de Saúde tem um papel fundamental, sendo racional e adequado que a rede de serviços públicos de saúde se qualifique e se estruture para atender às demandas de Saúde do Trabalhador de forma integral.

As políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho constituem ações implementadas pelo Estado visando garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, da realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

Tais políticas têm dimensões sociais e técnicas indissociáveis. A dimensão técnica pressupõe a utilização dos conhecimentos e tecnologias mais adequados, a fim de dar respostas eficazes aos problemas e assegurar a credibilidade dos trabalhadores. Na sua dimensão social, as demandas por saúde são reivindicadas diretamente pelo trabalhador no serviço de saúde, onde somam-se as ações preventivas e/ou curativas. Neste sentido, o serviço de saúde configura-se como um micro espaço de luta política e de produção de informação e conhecimento, relacionando interesses com projetos distintos, que necessitam ser considerados no modelo de atenção adotado.

Uma política de Saúde do Trabalhador apresenta interfaces com as políticas econômicas, de indústria e comércio, agricultura, ciência e tecnologia, educação e justiça, além de estar diretamente relacionada às políticas do trabalho, previdência social e meio ambiente. A mesma deve estar articulada com as organizações de trabalhadores e as estruturas organizadas da sociedade civil, de modo a garantir a participação e dar subsídios para a promoção de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores. Tal política deve ser entendida como o instrumento orientador da atuação do setor saúde no campo da saúde dos trabalhadores, com o objetivo de:

- promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência;
- explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões de Saúde do Trabalhador de modo a dar visibilidade à questão e viabilizar a pactuação intra e inter-setorial;
- fomentar a participação e o controle social.

Em 2002, a População Economicamente Ativa – PEA – do país, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, era de 82.912.480 pessoas, das quais 75.471.556 foram consideradas ocupadas. Entre os trabalhadores remunerados, 5.833.448 encontravam-se em atividades domésticas, 17.224.328 trabalhavam por conta própria e 3.317.084 eram empregadores. Entre os empregados assalariados, apenas 22.903.311 trabalhavam na iniciativa privada com carteira assinada, com a cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho – SAT– da Previdência Social. Os demais eram servidores públicos – 4.991.101 – ou tinham outro tipo de vínculo.

O princípio da universalidade pressupõe a responsabilidade do SUS sobre todos os trabalhadores, independentemente de seu grau de inserção na economia ou tipo de vínculo trabalhista.

De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de:

- agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”;
- doenças que têm sua frequência, surgimento e/ou gravidade modificadas pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho”;
- doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas que também impactam a saúde dos trabalhadores.

A escassez e inadequação das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para o planejamento e intervenções em saúde, além de omitir à sociedade instrumentos importantes para a melhoria das condições de trabalho.

Como dado ilustrativo, no período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou, apenas entre os quase 23 milhões de trabalhadores formais¹, (menos de 30% da População Economicamente Ativa), um total de 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 87.312 com óbitos ou incapacidade permanente. O coeficiente médio de mortalidade nesse período foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores. Comparando-se o coeficiente de mortalidade do Brasil com o de outros países, estudados pela OIT, no início da década de 1990, observa-se que na Finlândia era de 2,1 por 100 mil trabalhadores (2001), na França de 4,4 (2000), Canadá 7,2 (2002), e Espanha 8,3 (2003) demonstrando que o risco de morrer devido aos acidentes de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco vezes maior.

Embora elevados, estes números não refletem a realidade, que é ainda mais grave. Estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista², na cidade de Botucatu (SP) com padrão de vida e índice de desenvolvimento humano –IDH– superiores à média nacional, mostrou a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais **apenas 22,4%** tiveram registro previdenciário.

1 com vínculo de trabalho regido pela CLT e cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho – SAT

2 Binder, MCP e Cordeiro, R. Ver. Saúde Pública 2003; 37 (4): 409-16.

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde – OMS –, na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas.

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos evitáveis e que trabalhadores jovens, idosos e excluídos do mercado formal são mais vulneráveis.

Considerando que, no Brasil, os segurados pelo SAT representam menos de 30% do total de trabalhadores, caso a exposição a fatores de riscos de acidentes presentes no trabalho seja semelhante para os demais trabalhadores, os números globais de acidentes de trabalho no país poderiam, de uma forma bastante simplificada, serem multiplicados por três.³

As informações disponíveis mostram que a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais nos processos de trabalho modificam o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças se expressam no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT), além de cânceres e formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental, entre outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Essas “novas” formas de adoecimento convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, entre outras.

Se, por um lado, as inovações tecnológicas têm contribuído para a redução da exposição aos riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, tornando o trabalho menos insalubre e perigoso, também podem gerar novos riscos e danos para a saúde. O emprego de tecnologias avançadas na área da química fina, na indústria nuclear e nas empresas de biotecnologia que operam com organismos geneticamente modificados, acrescenta novos e complexos problemas para o meio ambiente e para a saúde pública do país. Esses riscos são ainda pouco conhecidos e de difícil controle.

3 Caso se considere a subnotificação demonstrada, entre outros, por Binder,(2003), Barata, (2000) e Conceição (2003), o índice a ser utilizado para “correção” das estatísticas de acidentes de trabalho deverá ser ainda maior

Para subsidiar as ações de diagnóstico, tratamento e vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho, bem como as medidas daí decorrentes, o Ministério da Saúde, cumprindo a determinação contida no Art. 6º, §3º, inciso VII, da Lei 8.080/90, elaborou, para uso clínico e epidemiológico, a **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho** (Portaria MS N.º 1.339 de 18 de novembro de 1999). Nela estão relacionadas 198 entidades nosológicas, denominadas e codificadas segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além das doenças assim codificadas, são também relacionados os agentes de risco e as situações de exposição ocupacional a elas relacionadas.

A mesma Lista foi adotada pela Previdência Social para fins da caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, para fins do SAT, nos termos do Decreto N.º 3.048, de maio de 1999.

A Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

Um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores implica em qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico. Para que isso ocorra de modo efetivo, faz-se necessária abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento, colocados a serviço das necessidades dos trabalhadores.

O processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, pela Portaria GM/MS nº 2.437, representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, reunindo as condições para o estabelecimento de uma política de estado e os meios para sua execução, articulando:

- a concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest –, localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de pólos de assistência, das regiões e micro-regiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos;
- as diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais que nortearão o processo de elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, pré-requisito para a habilitação dos Estados aos investimentos definidos na Portaria;
- uma política permanente de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios.

Esta estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de Cerests que desempenha uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

Ainda segundo essa estratégia, os Cerests deixam de ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e pólos irradiadores de ações e idéias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

No âmbito da Atenção Primária, e mais especificamente no bojo da estratégia de Saúde da Família, definida pelo Ministério da Saúde como um dos eixos organizadores das ações do SUS, deverão ser concentrados esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada para estabelecer o nexo causal entre o quadro de morbimortalidade verificado no âmbito dos processos de trabalho de um determinado território.

Abordar as questões de Saúde do Trabalhador nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias, envolvendo uma abordagem integral do sujeito, a “resolutividade”, a responsabilização, o acolhimento e a integralidade.

Nesse sentido, as ações de Saúde do Trabalhador são espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde, assim como as demais ações da Atenção Básica são oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde relacionadas ou não ao trabalho.

A expectativa frente a esta realidade é a de que seja respeitado todo o processo de programação e pactuação das atividades de organização regional da rede de serviços do SUS. Para tanto, os gestores devem ser fortalecidos a fim de que os municípios, ao se qualificarem como pólos da Renast, possam garantir o processo de estruturação da rede de referências da região.

Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST

O desenvolvimento de uma Política de Estado Integrada de Saúde, Produção e Desenvolvimento Sustentável passa pela necessidade de transformação do processo produtivo e de estruturação e qualificação da rede de serviços públicos de saúde para que possa atender, de forma integral, as demandas de Saúde do Trabalhador.

Assim, faz-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador que tenha por objetivos promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência; explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões específicas de Saúde do Trabalhador dando visibilidade à questão; viabilizar a pactuação intra e intersetorial; e fomentar a participação e o controle social.

Diretrizes e Estratégias da PNSST

Alguns importantes documentos foram elaborados visando a implementação da PNSST, entre eles, a Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005 (posta em Consulta Pública, ainda não foi publicada) e a Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005 (teve efeito suspenso e deverá ser republicada), que estabelecem as diretrizes para as políticas de saúde e as bases para a atuação articulada entre os órgãos públicos em relação à saúde e segurança dos trabalhadores.

A Portaria Interministerial nº 800 apresenta as diretrizes da PNSST:

- Ampliação das ações de SST, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde
- Harmonização das normas e articulação das ações de promoção

- Proteção e reparação da Saúde do Trabalhador
- Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação
- Estruturação da Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador
- Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo à capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST
- Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e Saúde do Trabalhador.

Sustentação Legal da PNSST

Essas Portarias – nº 800 e nº 1.125 – em conjunto com as resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador deram origem à Portaria GM/MS 2.437, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Renast para “*integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador*”.

Determina a Portaria 2.437 que as ações em Saúde do Trabalhador serão definidas em Plano de Ação Nacional, de vigência quadrienal, que, por sua vez, estabelecerá as diretrizes para a elaboração de Planos Estaduais e Municipais bienais, pactuados entre os gestores do SUS e pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIB.

Outro importante documento que compõe a base legal da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador é a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o *Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS* e aprova suas Diretrizes Operacionais e seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Gestão e Acompanhamento da PNSST

A Portaria GM/MS 2.437 define que as ações em Saúde do Trabalhador “*deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação*”.

Devem ser desenvolvidas em conjunto com representantes da sociedade civil: trabalhadores e suas organizações sindicais e de locais de trabalho, outras formas de representação social que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, autônomos, empregadores, grupos sociais interessados no desenvolvimento sustentável, como os movimentos ambientalistas.

Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação nacional da Política de Saúde do Trabalhador, assim como é da competência do SUS a execução de ações pertinentes a esta área, conforme determinam a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde.

Pactuação Inter e Intra-setoriais

A pactuação intra e intersetorial constitui uma diretriz fundamental da PNSST e pressupõe o envolvimento de diversos setores do governo e da sociedade civil.

- **Intersetorialidade** – A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre setores de diferentes governos – federal, estadual e municipal – 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 parcerias com outros setores, entre eles, Ministério do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente, da Educação. A intersetorialidade nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, com estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como, DRT, INSS, Fundacentro, universidades, centros de pesquisas etc.
- **Intra-setorialidade** – No âmbito do Ministério da Saúde, identificam-se interfaces da Saúde do Trabalhador em toda a estrutura organizacional, por exemplo: Secretaria de Atenção

à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Anvisa e Funasa, entre outros. A intra-setorialidade deve ocorrer nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – estabelecendo os passos de articulação entre as diferentes secretarias de governo e com órgãos regionais derivados dos ministérios – DRT e INSS.

Renast – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

O processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast – definida na Portaria Nº1.679/02 – representou o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, reunindo as condições para estabelecer uma política de estado e os meios para sua execução. A Renast tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

Essa estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de 110 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que desempenham, na sua área de abrangência, função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores.

A Portaria GM/MS 2.437 determina a ampliação da Renast de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por meio da:

- adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerests
- inclusão das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica
- implementação das ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador

Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

É uma ação prioritária que deverá ser executada com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance de seus resultados.

As prioridades do Pacto pela Vida são:

- Saúde do idoso
- Câncer de colo de útero e de mama
- Mortalidade infantil e materna
- Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza
- Promoção da saúde
- Atenção básica à Saúde

- 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
- caracterização de municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador

Financiamento da Renast

A Portaria GM/MS 2.437 estabelece que os recursos para a Saúde do Trabalhador deverão ser repassados do *Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde ou para o Fundo Municipal de Saúde, conforme o caso, e serão aplicados pela Secretaria de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde e pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST.

O Fundo Estadual ou Municipal de Saúde é uma conta especial para onde devem ser canalizados todos os recursos financeiros destinados à saúde, qualquer que seja a sua origem. Seu

Controle Social

Para que o Pacto pela Saúde - pacto entre os gestores - fosse legitimado, houve a necessidade de sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde. Em relação à Saúde do Trabalhador, o papel do Controle Social é uma questão distinta e prevalece sobre todas as outras políticas. Ele é parte integrante de uma política de Estado, por estar destacado na Constituição e na Lei Orgânica, que estabelece o Conselho Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST como comissão permanente do Conselho Nacional de Saúde. As ações de Saúde do Trabalhador devem ser pauta das instâncias colegiadas em cada esfera de governo, as conferências e Conselhos de Saúde. No âmbito específico, são previstas conferências nacional, estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador, além dos CISTs.

A participação dos trabalhadores é fundamental na identificação dos fatores de risco presentes nos processos de trabalho, das repercussões sobre o processo saúde-doença e das transformações das condições geradoras de acidentes e doença.

funcionamento é regulado pela Constituição Federal (art. 167, inciso IX), Constituições Estaduais, Códigos Estaduais de Saúde e Leis Orgânicas Municipais 8080 / 80 (art. 33-35) e 8142 / 90 (art. 2-4).

A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde Nacional, estaduais e municipais. Ainda de acordo com esta Portaria, “os gestores deverão alimentar mensalmente o Sistema de Informação do SUS, por meio de banco de dados da tabela SIA/SUS. Os repasses financeiros serão suspensos, caso o Sistema não receba informações por 90 dias.

Para melhor entendimento de controle de repasses de recursos, é necessário familiarizar-se com os sistemas de controle orçamentário dos órgãos públicos. No caso do SUS, poderá ser consultado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

O Pacto Intergestores pela Saúde, recentemente publicado, modifica substancialmente os mecanismos de financiamento da Renast e deverá ainda ser objeto de regulamentação complementar.

Pacto em Defesa do SUS

Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas para reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos, além de defender os princípios dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com estratégia de mobilização social, envolvendo a sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição de saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades são:

- Implementar um projeto permanente de mobilização social para:
 - mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
 - alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda constitucional no. 29, pelo Congresso Nacional;
 - garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
 - provar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
- Elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS

Pacto de Gestão do SUS

Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de poder – municipal, estadual e federal – o que contribui para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS e estabelece as diretrizes para a Gestão do SUS com ênfase na:

- Descentralização
- Regionalização
- Financiamento
- Programação Pactuada e Integrada
- Regulação
- Participação e Controle Social
- Planejamento
- Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é de aproximadamente 12 milhões de internações hospitalares; um bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos.

Como elaborar e gerenciar um Plano de Saúde do Trabalhador

Noções básicas: elementos de planejamento

Segundo Adolfo Horácio Chorny, “*existem diversos métodos e teorias de planejamento que variam de acordo com os objetivos que se perseguem, desde uma simples projeção de tendências, a modelos complexos com base em diferentes marcos teóricos e conceituais. Em geral, ao realizar o planejamento, utilizam-se diferentes procedimentos e metodologias advindas de vários modelos. Nesse sentido, não existe o método de planejamento, a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo. Na realidade, dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento em que se esteja no processo, são utilizados elementos de diferentes métodos*”¹.

Neste texto, longe de pretender esgotar o assunto, buscaremos introduzir fundamentos indispensáveis para a operacionalização do método.

O ato de planejar é inerente ao ser humano. Na vida cotidiana, todos planejam: fazer uma festa, viajar ou comprar uma casa, pois é praticamente impossível alcançar determinados objetivos sem pensar, previamente, como fazer para chegar lá. Planejar é pensar antes e durante a ação. Diante de uma determinada situação, o sujeito avalia as diferentes possibilidades de ação e decide qual será a sua atitude. O planejamento permite um melhor aproveitamento do tempo e dos recursos, possibilitando que alcancemos nossos objetivos mais facilmente. Quando pretendemos alcançar, coletivamente, objetivos complexos, é imprescindível contar com um método de planejamento.

1 Este texto foi adaptado da Unidade 2- Módulo 1 – Planejando – do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Projetos de Investimento em Saúde, Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2006. p. 126.

Um método de planejamento deve possibilitar a compreensão e o compartilhamento de uma mesma “linguagem” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos etc). Tal método deve ser capaz também de contribuir para o diálogo e para a efetiva participação de todos os envolvidos na formulação e operacionalização do plano. O Plano expressa a identificação dos problemas, define as prioridades para a intervenção e as ações.

Lembrando os destaques de Adolfo Chorny:

- “O principal objetivo do planejamento em saúde é a saúde: – contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis”.
- “Planejar não é fazer o plano. O plano é apenas um instrumento, um meio, contendo as orientações que visam a concretizar as mudanças desejadas”.
- “O planejamento não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja – os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser factíveis, do ponto de vista técnico e viáveis, do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade”.

Para planejar adequadamente uma ação ou atividade precisamos responder a 11 perguntas:

1. Quem é o ator que planeja?
2. Qual é a missão da organização do ator que planeja?
3. Qual problema será objeto da intervenção?
4. Como descrever o problema?
5. Como explicar o problema?
6. Como selecionar os nós críticos?
7. Como propor as intervenções? (1ª. parte)
8. Como identificar os recursos?
9. Como viabilizar os recursos críticos?
10. Como concluir a proposta de intervenção? (2ª. parte)
11. Como gerir a implantação do projeto?

Para ajudar você a construir um caminho – ou método de Planejamento, de modo a exercitar a preparação de um **Plano de Saúde do Trabalhador**, para seu estado ou município, vamos agrupar essas perguntas em quatro momentos:

Momento 1 - Explicando o problema

1. Quem é o ator que planeja?
2. Qual a missão da organização do ator que planeja?
3. Qual problema será objeto da intervenção?
4. Como descrever o problema?
5. Como explicar o problema?

Conceito de missão

“A missão deve conter em seu enunciado três idéias básicas: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a fornecer?”
(Cecílio, 2002)

A definição da missão estabelece os objetivos maiores que se pretende alcançar ou garantir.

Momento 2 - Propondo intervenções

6. Como selecionar os nós críticos?
7. Como propor as intervenções? (1ª. parte)

O nó crítico pode ser considerado como um tipo de causa do problema que quando atacada é capaz de resolver ou transformar o problema principal. A identificação dos nós críticos deve ser feita por meio da análise e discussão coletiva, na qual todos devem opinar. A escolha dos nós críticos deve ser balizada, por um lado, pela importância da causa para o enfrentamento do problema e, por outro lado, pela capacidade efetiva de enfrentamento do problema pelo ator que está planejando.

Momento 3 - Construindo viabilidade

8. Como identificar os recursos?
9. Como viabilizar os recursos críticos?

Momento 4 – Gerenciando a intervenção

10. Como concluir a proposta de intervenção? (2ª. parte)
11. Como gerir a implantação do projeto?

As respostas às 11 questões e conseqüente preparação do Plano podem ser dadas quando:

- As prioridades estão pactuadas e definidas.
- A missão organizacional está clara e enfocada nas necessidades dos clientes.
- Os objetivos gerais estão estabelecidos.
- As metas são realistas.
- As ações são compatíveis com a capacidade das equipes.
- Existe um Plano de Monitoramento e Avaliação.

O Plano de Ação Saúde do Trabalhador

A elaboração do Plano de Ação Saúde do Trabalhador visa operacionalizar as determinações da Portaria GM/MS 2.437/05 que regulamenta as atividades da Renast.

A definição da estratégia organizacional é de responsabilidade da administração da secretaria de saúde local, com apoio de outras instituições e entidades, entre elas, a Secretaria Estadual de Saúde, o Conselho de Saúde, a Comissão Bipartite, corpo técnico e comissões técnicas. Em sua forma final, a decisão estratégica será moldada a partir de fluxos de insumos, decisões e ações de muitas pessoas.

O objetivo do planejamento deve ser a definição de ações que respondam às necessidades de saúde da população atendida, maximizando resultados e melhorando constantemente a qualidade dos serviços prestados.

O planejamento é um processo contínuo. Uma vez iniciado, requer modificações na medida em que se alteram as condições ambientais e/ou organizacionais. Assim, as estratégias precisam ser acompanhadas continuamente à luz de situações que se modificam.

O Planejamento ocorre a partir de Oficinas de Trabalho que reúnam todos os atores sociais envolvidos com a temática de Saúde do Trabalhador, incluindo os gestores de órgãos públicos e representação de usuários e movimentos sociais.

O resultado desse trabalho deverá ser apresentado sob a forma de um Plano, contendo os objetivos, metas, operações e projetos que consolidem a missão institucional, dentro de uma visão de crescimento e melhoria da qualidade das atividades relacionadas com o atendimento aos usuários. Deve conter também a metodologia, as ferramentas e técnicas que serão utilizadas na elaboração e implementação das medidas e processos internos de gerenciamento e controle das informações, fluxos, custos, qualidade, organização, assim como gestão de pessoal.

Nos termos da Portaria GM/MS 2.437, as ações em Saúde do Trabalhador deverão estar expressas em Plano de Ação Nacional, de vigência quadrienal, que estabelecerá as diretrizes para a elaboração de Planos Estaduais e Municipais, de duração bienal. Os Planos Estaduais e Municipais devem ser pactuados entre os gestores do SUS, responsáveis pela sua elaboração, aprovados pelas correspondentes instâncias de controle social do SUS e pelas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, antes de sua apresentação à Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, para análise, sistematização, adequação e aprovação.

O Plano de Ação Nacional em Saúde do Trabalhador, de caráter operativo, deve seguir as metas do Plano Nacional de Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 2.067/04, assim como as estratégias de gestão descentralizada, pactuadas entre as esferas de governo, devendo conter as diretrizes para a:

- I. organização de ações assistenciais em Saúde do Trabalhador, no âmbito da Atenção Básica, na rede de Média e Alta Complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar;
- II. estruturação de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, de conformidade com as

disposições das Portarias GM/MS nº 3.120/98 e GM/MS nº 1.172/04;

- III.** sistematização das informações em Saúde do Trabalhador, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 777/04 e os instrumentos de informação já existentes, tais como o SIAB, o SIA, o SIH e o cartão SUS;
- IV.** política de comunicação em Saúde do Trabalhador;
- V.** fiscalização, normatização e controle dos serviços de Saúde do Trabalhador ou de medicina do trabalho, próprios ou contratados, das instituições e empresas públicas e privadas;
- VI.** estruturação e o cronograma de implantação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador;
- VII.** ampliação, modificação e adequação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- VIII.** educação permanente em Saúde do Trabalhador, segundo a Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS, definida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde;
- IX.** promoção da Saúde do Trabalhador por meio da articulação intra e intergovernamental nas três esferas de governo.

A Gestão da Renast enquanto Estratégia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

As ações de Saúde do Trabalhador compreendem a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho (vigilância sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (vigilância epidemiológica) e da situação ambiental (vigilância ambiental); a produção, coleta, sistematização, análise e divulgação das informações de saúde, a produção de conhecimento e as atividades educativas, todas elas desenvolvidas sob o controle da sociedade organizada.

A partir das ações assistenciais são identificados os “casos” ou situações de adoecimento relacionados ao trabalho, que são notificados ao Sistema de Informação, desencadeando procedimentos de vigilância da saúde. As ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, vigilância epidemiológica de agravos e da vigilância ambiental também geram informação e identificam “casos de doentes ou de suspeitos” que são encaminhados à Rede de Serviços Sentinela, para diagnóstico e, se necessário, para tratamento e reabilitação. Fecha-se, dessa forma, o ciclo da atenção integral à saúde dos trabalhadores, que inclui ainda procedimentos de promoção da saúde definidos e implementados no âmbito do sistema de saúde e fora dele, pelo setor Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e outros setores de governo responsáveis pelas políticas de desenvolvimento econômico e social,

A rigor, não se pode falar de um “modelo de atenção da Renast”, pois esta se organiza na própria rede do SUS, segundo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção, controle social, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando as estratégias da Atenção Básica e o enfoque da Promoção da Saúde.

Os trabalhadores sempre foram usuários dos serviços públicos de saúde. A Renast se propõe a qualificar essa atenção, fazendo com que o SUS, como um todo, incorpore e funcione

na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Para o trabalhador, enquanto indivíduo, ainda que os procedimentos diagnósticos e o tratamento do agravo ou doença sejam os mesmos, independentemente de o agravo estar ou não relacionado ao trabalho atual ou pregresso, é importante que esta relação seja estabelecida e os encaminhamentos adequados sejam realizados. A partir do estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com o trabalho e do registro no sistema de informação é possível coletivizar o fenômeno e estabelecer procedimentos de vigilância que modifiquem as condições e ambientes de trabalho geradores de doenças.

Por outro lado, a identificação de situações ou de fatores de risco para a saúde na situação de trabalho, originada nas ações de vigilância, permite o encaminhamento dos expostos e doentes à assistência adequada. Assim, as ações de Saúde do Trabalhador são desencadeadas a partir da identificação de um agravo à saúde ou de uma situação de risco, relacionada ao trabalho. A indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância em saúde é um dos pilares de sustentação da Saúde do Trabalhador.

Na atualidade, existe consenso de que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à sua assimilação pela Atenção Básica. Além dos fatores organizacionais mencionados anteriormente, com o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, apenas a Atenção Básica tem a possibilidade de fazer chegar ações de saúde *o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham*. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante do processo saúde-doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador e o controle social são possibilidades concretas da Atenção Básica. Entretanto, para que isto se efetive, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência necessários.

O quadro 1 sistematiza as ações de Saúde do Trabalhador – assistência, vigilância, informação, produção de conhecimento, atividades educativas e controle social – que podem ser realizadas na Atenção Básica.

Quadro 1– Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica

Assistência	Diagnóstico e Tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, de modo articulado com outros programas de saúde específicos para grupos populacionais (mulheres, crianças, idosos, portadores de necessidades especiais, etc.)
	Coleta sistemática da História Ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho
	Referência e Contra-referência para níveis mais complexos de cuidado
	Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes
Vigilância da Saúde <ul style="list-style-type: none"> ● Sanitária ● Epidemiologia ● Ambiental 	Cartografia das atividades produtivas no território
	Identificação e cadastro dos trabalhadores
	Vigilância das condições e dos ambientes de trabalho – Vigilância Sanitária
	Busca ativa de casos de doenças relacionadas ao trabalho – Vigilância Epidemiológica
	Identificação da necessidade e participação nos processos de Regulação
	Referência e Contra-referência para níveis mais complexos de cuidado
Informação	Notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores
	Alimentação do Sistema de Informação (SINAN).
Produção do Conhecimento	Identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho que necessitam ser investigadas ou estudadas
	Participação em Projetos e Estudos
Atividades educativas	Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos etc
	Educação permanente
	Produção e divulgação de material educativo.
Controle Social	Planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações
	Discussão da organização dos processos produtivos e de suas conseqüências sobre a saúde e o ambiente

Outra porta de entrada dos trabalhadores no SUS são os serviços de urgência e emergência que atendem acidentados do trabalho, acidentes de trajeto e agravos agudos relacionados ao trabalho.

O quadro 2, apresentado a seguir, sistematiza as ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de urgência e emergência.

Quadro 2 – Ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de urgência e emergência

Assistência	Diagnóstico e Tratamento
	Coleta sistemática da História Ocupacional para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho
	Referência e Contra-referência.
	Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes
Informação	Notificação dos agravos e alimentação do sistema de informação (SIA/SIH/SINAN)
	Cadastro das Atividades Produtivas existentes no território

É muito importante a melhoria da capacidade diagnóstica e terapêutica das doenças prevalentes em um dado território ou aquelas previstas na Portaria GM/MS 777/04, de 28 de abril de 2004, por meio da disponibilidade de recursos e equipamentos especializados. Assim, as instâncias de coordenação técnica da Saúde do Trabalhador e o Controle Social devem levar esta demanda para discussão e pactuação, na Programação Pactuada e Integrada – PPI – da Assistência e da Vigilância.

A qualificação e o aparelhamento da Rede de Média e Alta Complexidade devem permitir a estruturação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador. As unidades sentinelas em Saúde do Trabalhador são serviços de média e alta complexidade capacitados para identificar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças/agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho. Algumas unidades Sentinela, dependendo do nível de complexidade e capacidade de resolução dos problemas, poderão investigar, diagnosticar, processar as informações e participar do planejamento das ações de vigilância, inclusive contribuindo com a proposição de medidas de intervenção e de mudança dos ambientes e/ou processos de trabalho.

O quadro 3, apresentado a seguir, sistematiza as ações da média complexidade e das unidades sentinelas em Saúde do Trabalhador:

Quadro 3 – Ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de média complexidade

Assistência	Diagnóstico e Tratamento dos Acidentes do Trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, de modo articulado com outros programas de saúde específicos para grupos populacionais (mulheres, crianças, idosos, portadores de necessidades especiais etc)
	Coleta sistemática da História Ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho
	Referência e Contra-referência para níveis mais complexos de cuidado
	Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes
Vigilância Epidemiológica	Busca Ativa de outros casos de doenças relacionadas ao trabalho
Informação	Notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho
	Alimentação do Sistema de Informação (SINAN).
Rede de apoio diagnóstico e terapêutico	Laboratórios de Toxicologia, Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (radiologia, eletroneuromiografia, entre outros)
Produção do Conhecimento	Identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho que necessitam ser investigadas ou estudadas
	Participação em Projetos e Estudos
Atividades educativas	Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos etc
	Produção e divulgação de material educativo
Educação Permanente pessoal da saúde	Executar treinamento, capacitações e atualizações para profissionais de saúde, bem como usuários e atores sociais envolvidos com a Saúde do Trabalhador, de acordo com as políticas de comunicação em saúde desenvolvidas pelo SUS em suas três esferas de governo (federal, estadual e municipal)
Controle Social	Acompanhamento do trabalho desenvolvido
	Discussão da organização dos processos produtivos e de suas conseqüências sobre a saúde e o ambiente

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerests

De acordo com a Portaria GM/MS 2.437/05 que redefiniu a Renast, os Cerests desempenham o papel de suporte técnico e científico, de pólos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho no processo de produção social das doenças e, ainda, lócus de articulação inter e intra-setorial das ações de Saúde do Trabalhador no seu território de abrangência.

Atividades dos Cerests

As atividades dos Cerests devem, necessariamente, estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e outros setores de governo que possuem interfaces com a Saúde do Trabalhador. Os mesmos devem orientar e fornecer retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Este suporte deve se traduzir pela função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e formação de recursos humanos.

Dentre as atribuições dos Cerests, previstas na Portaria GM/MS 2.437/05, estão:

- prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador
- recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Saúde do Trabalhador
- apoiar a realização das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador
- facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e dos participantes do controle social
- elaboração dos Planos de Ação Estaduais e Regionais de Saúde do Trabalhador, naqueles estados onde acumulam a função de Coordenação Estadual ou Regional de Saúde do Trabalhador, e os seus respectivos Planos de Aplicação
- articular e operacionalizar as estratégias da PNST (Plano Nacional de Saúde do Trabalhador)

- implementar protocolos de atenção à Saúde do Trabalhador e projetos estruturadores de ações prioritárias
- acolher, discutir e prover soluções às demandas institucionais e dos movimentos sociais, relacionados com a situação da saúde e trabalho.

Para executar suas atividades, cada Cerest pode desenvolver e implantar Núcleos Técnicos de Atividade, tais como:

- Atendimento e Acolhimento aos Usuários
- Controle Social, Comunicação e Educação Popular
- Educação e Capacitação Profissional Permanente
- Vigilância em Saúde do Trabalhador e Informação
- Parcerias e Articulações Interinstitucionais, incluindo os Centros Colaboradores
- Organização da Rede Local da Assistência
- Regulação da Assistência
- Cooperação Técnica e de Supervisão das Ações de Saúde do Trabalhador na Rede de Serviços
- Seleção e Acompanhamento da Implantação dos Municípios Sentinelas.

Estes núcleos devem atuar de maneira integrada e articulada, tendo como objetivo principal incluir as ações de Saúde do Trabalhador no SUS e na cultura local, envolvendo os atores sociais com responsabilidade formal e a comunidade.

Os Cerests devem ter informações e dados disponíveis e atualizados, no mínimo, com os seguintes componentes para sua área de abrangência:

- Mapa de Risco
- Mapa de Acidentes de Trabalho
- Perfis e Indicadores Sociais, Econômicos, de Desenvolvimento e IDH
- Perfil Populacional e da População Econômica Ativa

- Perfil de morbimortalidade, incluindo os agravos à saúde relacionados ao trabalho
- Informações sobre concessão de benefícios previdenciários e sobre a Capacidade Instalada do SUS e de outros serviços públicos que atendem o trabalhador (INSS, DRT etc)
- Informações sobre a PPI
- Informações ambientais
- Mapeamento e informações dos parceiros estratégicos e dos centros colaboradores que atuam na área

Síntese de procedimentos para implantação de um Cerest

- Os Cerests não poderão assumir funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT – ou similar, tanto do setor público quanto do privado.
- Elaborar Plano de Saúde do Trabalhador conforme previsto nas Portarias 3120/98 e 1172/04 e estabelecer objetivos.
- Estabelecer parceria com as unidades de controle, avaliação, regulação e auditoria da Gestão Municipal e Estadual.
- Trabalhar com área de cobertura definida conforme critérios praticados pela Vigilância em Saúde.
- Trabalhar com as populações urbanas e rurais, de acordo com o previsto na Portaria GM/MS 2437.
- Estimular os usuários a se cadastrarem no Cartão SUS.
- Elaborar Prontuário Médico para os usuários do Cerest.
- Definir as funções dos conselheiros do Cerest.
- Manter na unidade protocolos técnicos estabelecidos em Saúde do Trabalhador e boletins epidemiológicos informativos em Saúde do Trabalhador.

- Garantir que as ações e recursos da Saúde do Trabalhador estejam incluídas nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO – e na Lei Orçamentária – LOA – de seu município / Estado.
- Garantir que as ações de Saúde do Trabalhador estejam inseridas no Plano Diretor Municipal / Estadual.
- Garantir que as ações da unidade estejam incluídas e pactuadas na PPI e nos PDR e PDI.
- O controle social, nos serviços que compõem a Renast, com a participação de organizações de trabalhadores e empregados, se dará por intermédio das Conferências de Saúde, dos Conselhos de Saúde, e das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST. O parágrafo 2º. da Portaria 2.437 define que, no âmbito dos Cerests, o controle social deverá verificar-se por meio da criação e implementação dos Conselhos de Saúde do Trabalhador locais.

Amparo Legal

Lei 8142/90

- Atribuições das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde
- Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão repassados para os estados e municípios de forma regular e automática desde que estes tenham: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão.

Instâncias de Controle Social	Instrumentos de Comprovação
Conferência de Saúde	– Relatório da última Conferência
Conferência de Saúde do Trabalhador	– Relatório da última Conferência de Saúde do Trabalhador
Conselhos de Saúde	– Aprovação do Cerest – Extrato publicado da Ata de Criação do Cerest
Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST	– Ata de Criação pelo Conselho de Saúde – Agenda de Trabalho – Pautas – Atas – Encaminhamentos
Planos de Saúde de Trabalhador em Vigência	– Orientações do Artigo 2º, Parágrafo 2º da Portaria GM/MS 2437
Conselhos de Saúde do Cerest	– Orientação da Resolução nº 333, de 04/11/2003, do Conselho Nacional de Saúde – Conforme dispõe o artigo 5º da Portaria GM/MS 2.437, de 07 de dezembro de 2005

Lista de competências para o desenvolvimento da gestão

A lista de competências abaixo reúne as habilidades necessárias que cada Cerest deve possuir para o desenvolvimento da gestão e para o planejamento de um Plano de Ação que possa executar a política, diretrizes, normas técnicas e administrativas e ações.

- Constituição/Princípios da Administração Pública/Legislação
- Políticas públicas relacionadas à área de Saúde dos Trabalhadores
- Organização dos serviços e a interrelação e intra-relação governamental e com a sociedade civil
- Competências dos gestores público estadual e municipal
- Regionalização e organização da assistência
- Elaboração do Plano Diretor de Regionalização
- Ampliação das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica nos municípios
- Qualificação das microrregiões de gestão estadual
- Referência intermunicipal como responsabilidade do Estado
- Fortalecimento da capacidade de gestão
- Programação das atividades assistenciais
- Garantia de acesso da população aos serviços públicos relacionados
- Controle, avaliação e regulação da prestação de serviços públicos essenciais
- Comando único em cada esfera de Governo
- Revisão de critérios de habilitação de municípios e estados
- Responsabilidade dos gestores municipais
- Financiamento das ações
- Áreas estratégicas da Atenção Básica nos serviços essenciais
- Processos de acompanhamento e avaliação das ações.
- Sistema de Informação em Saúde
- Pacto dos indicadores de Atenção Básica à população em Saúde do Trabalhador

- Bases conceituais e metodológicas do planejamento em administração pública
- Planejamento estratégico - a importância para a gestão pública
- Planos Estaduais e Municipais de Saúde e de Saúde do Trabalhador
- Análise crítica da gestão da informação
- Modelos organizacionais e assistenciais existentes – vantagens e desvantagens de cada modelo
- Gestão da informação em âmbito municipal
- Implicações gerenciais e financeiras decorrentes do modelo adotado
- Principais problemas e dificuldades encontradas na gestão e produção da informação
- Informação para a tomada de decisão
- Concepção do cartão e do cadastro do cidadão
- Implantação do cartão no âmbito municipal - pré-requisitos básicos
- Usos, benefícios e funcionalidade do cartão
- A ética no uso da informação
- Conceito de promoção da saúde
- Cidades saudáveis - conceitos
- Hábitos saudáveis de vida
- Conceitos da área de epidemiologia e controle de doenças
- Responsabilidades das três esferas governamentais - Pacto pela Saúde
- Acompanhamento da execução e análise dos resultados obtidos
- O Planejamento voltado para a priorização do risco sanitário
- Epidemiologia como instrumento da identificação do risco
- Legislação Sanitária que instrumentaliza a prática sanitária
- Organização do Sistema de Vigilância Sanitária – Anvisa – e os instrumentos atuais de gestão
- Contrato de gestão e Termo de Ajuste - metas, financiamento e processo de descentralização
- Pacto pela Saúde com os seus três componentes Pacto Pela Vida, Pela Defesa do SUS e de Gestão

- A Formação de Recursos Humanos, Sistema de Informações e Apoio Laboratorial como questões estratégicas para a organização dos setores
- Relação com o Serviço de Auditoria e Tribunal de Contas
- Parâmetros e indicadores existentes nos municípios
- Relação com os prestadores de serviços
- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
- Integração das ações de controle, avaliação, epidemiologia e planejamento
- Recursos Humanos enquanto função estratégica para a gestão dos serviços
- Modalidade de contratação do trabalho utilizada
- Capacitação de recursos humanos para desempenho de funções públicas
- Negociação do trabalho como instrumento de gerência nos serviços públicos
- Seguridade Social - articulação com a Previdência e a Assistência Social
- Articulação com Ministério Público e órgãos do Ministério do Trabalho
- Emenda Constitucional/29 - financiamento do SUS
- Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS
- Lei de Responsabilidade Fiscal
- Gerência de Material e Patrimônio
- Gerência de Contratos e Convênios
- Responsabilidades, competências, hierarquização e financiamento nas três instâncias governamentais
- Descentralização da Gestão de Medicamentos e Materiais especiais destinados à reabilitação, próteses e órteses
- Importância do Controle Social para a gestão
- Definição do papel e competência dos Conselhos de Saúde - Bipartite e Tripartite

A Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador

Considerando a importância da produção, sistematização, análise e disseminação da informação em Saúde do Trabalhador, a Renast prevê a organização da *Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador*, que deverá cobrir todo o território nacional. O termo *Sentinela* é utilizado aqui para designar serviços assistenciais de retaguarda de Média e Alta Complexidade já instalados, e qualificados para garantir a geração de informação para viabilizar a vigilância em saúde. Assim, o Serviço Sentinela é responsável pelo diagnóstico, tratamento e notificação, que darão subsídios para ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador.

Os Municípios Sentinelas em Saúde do Trabalhador

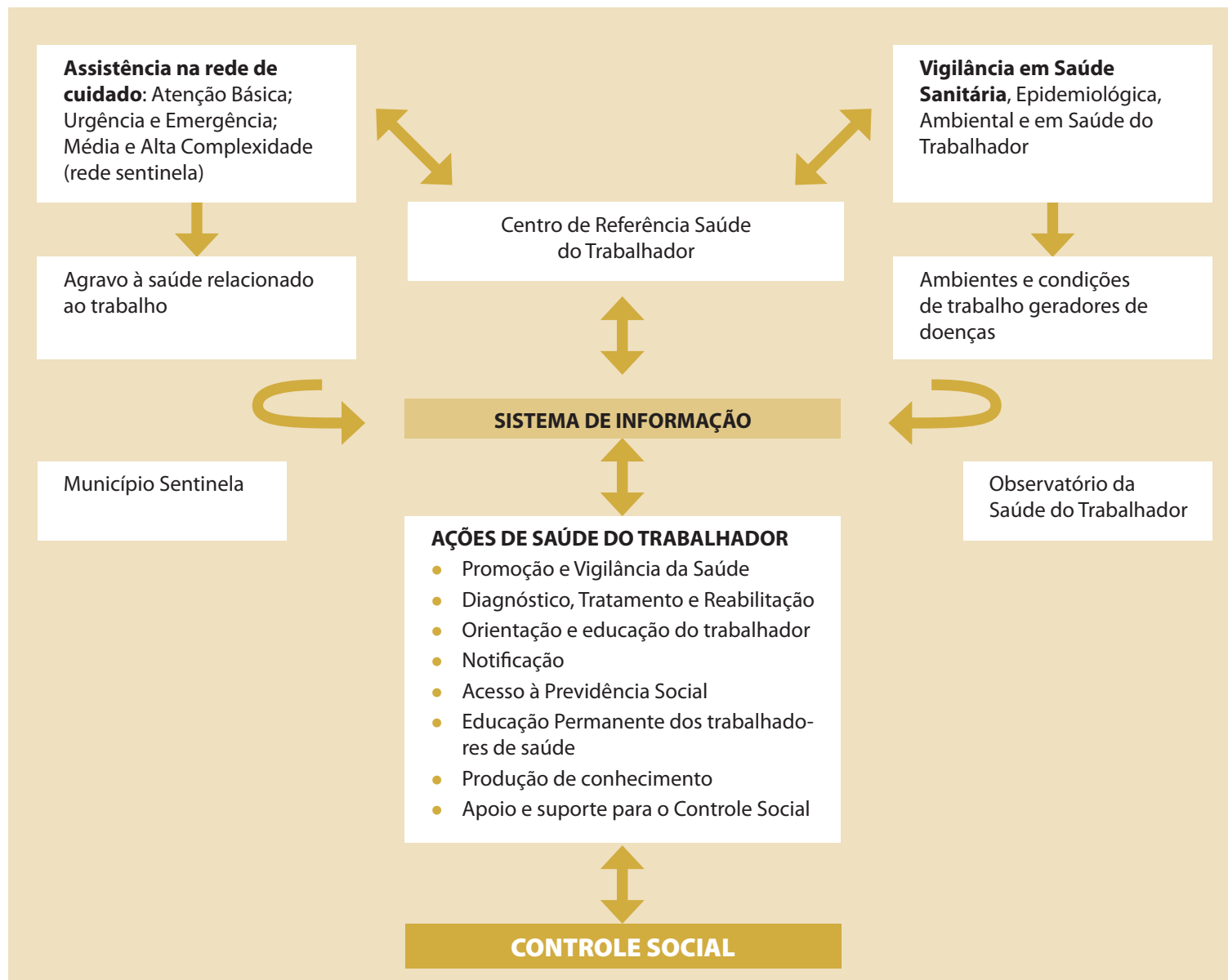
O artigo 1º da Portaria GM/MS 2437 estabelece nos parágrafos 6º, 7º e 8º:

- § 6º Os Municípios Sentinelas serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos à saúde significativos, oriundos de processos de trabalho em seus territórios.
- § 7º Os Municípios Sentinelas devem desenvolver políticas de promoção da saúde e de desenvolvimento sustentável, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS.
- § 8º Os critérios de definição dos Municípios Sentinelas serão objeto de ato normativo do Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite do SUS.

Os Municípios Sentinelas devem ser definidos a partir de dados e indicadores obtidos de fontes oficiais disponíveis nos Cerests.

Com a finalidade de reduzir o impacto dos processos produtivos nocivos à Saúde do Trabalhador e da população em geral, as principais atribuições e funções dos Municípios Sentinelas deverão ser:

Figura 1 - “Modelo de atenção da Renast”



- Inserir as ações de Saúde do Trabalhador no SUS na Atenção Básica (PSF, Urgência e Emergência), na Média e na Alta Complexidade
- Executar ações de vigilância em Saúde do Trabalhador integradas às de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental
- Fortalecer o Controle Social
- Implantar uma Política de Saúde do Trabalhador voltada para a realidade do Município e região, em parceria com o Estado

O esquema apresentado na Figura 1, ao lado, resume o “modelo de atenção“ da Renast.

Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação

O Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ele resulta de um intenso trabalho de discussão, envolvendo o Ministério da Saúde, o CONASS e CONASEMS e aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 26 de janeiro de 2006, e pelo Conselho Nacional de Saúde, em 6 de fevereiro de 2006.

O Pacto pela Saúde 2006 traz mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais destacam-se a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão, a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação de vários pactos hoje existentes.

Essas mudanças na forma de organização e funcionamento do SUS, decorrentes da implementação do Pacto pela Saúde, representam uma oportunidade ímpar para a inserção das ações de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde e para a implementação da Renast. Assim, é fundamental que os responsáveis pela coordenação e execução dessas ações estejam familiarizados com as propostas do Pacto.

Se você quiser mais informações sobre o Pacto, consulte as páginas do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), do CONASS (www.conass.org.br) ou do CONASEMS (www.conasems.org.br) e acompanhe os desdobramentos normativos sobre o mesmo.

Resumindo, os elementos organizacionais alvo da gestão são:

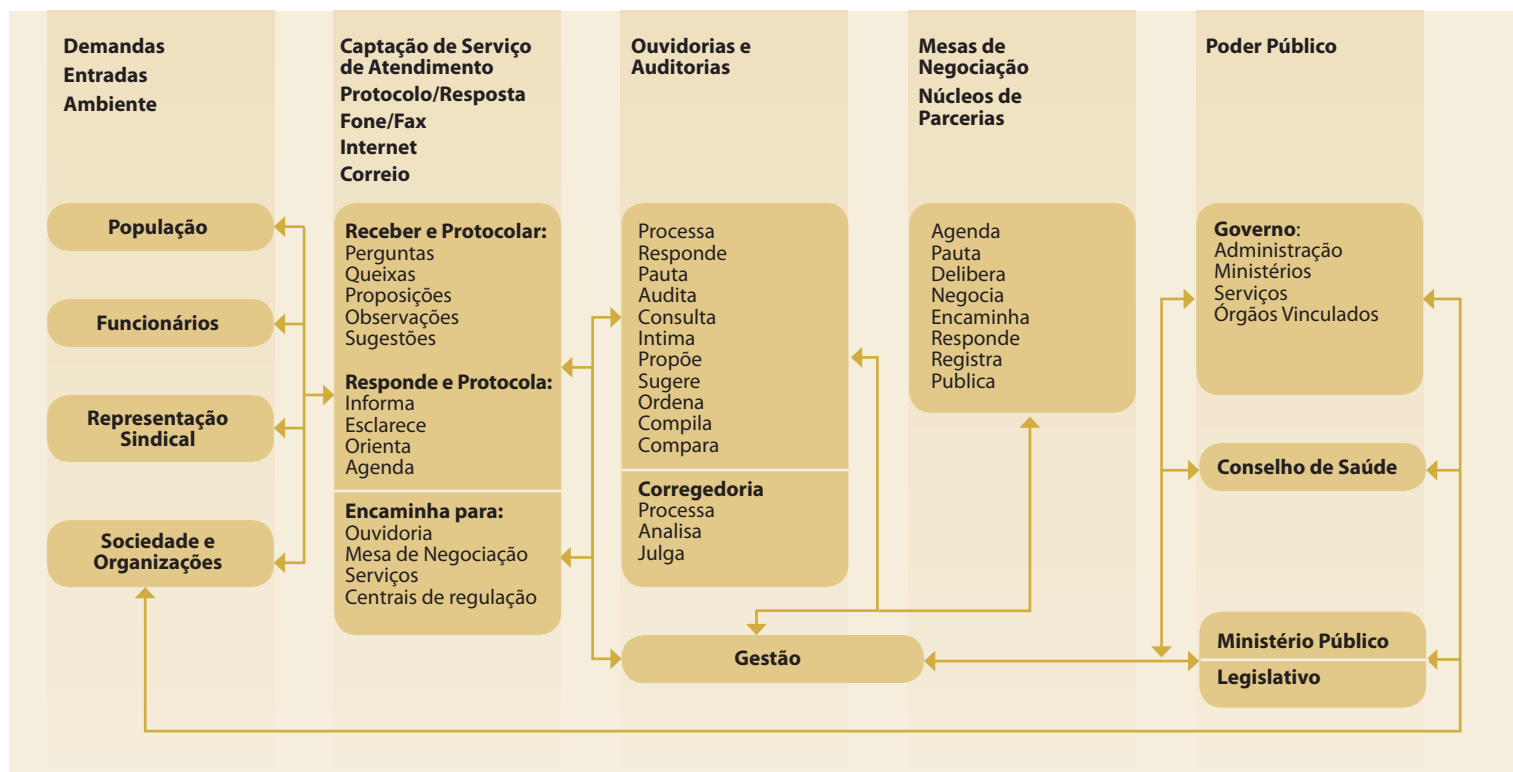
- Visão / Missão
- Objetivos / estratégias / resultados
- Estrutura / linhas de comunicação
- Políticas internas e externas
- Processos de trabalho / Melhoria contínua
- Recursos financeiros, materiais, informação
- Pessoas / indicadores de desempenho
- Tecnologia
- Competência de indivíduos e equipes
- Cultura organizacional
- Conflitos
- Influenciadores externos
- outros

E as principais ferramentas utilizadas no processo de gestão são:

- Planejamento
- Acompanhamento
- Controle
- Avaliação
- Negociação
- Gestão de conflitos
- Definição de papéis
- Atribuição de responsabilidades

A figura 2 apresenta um Modelo de Gestão Participativa que pode ser aplicado na organização das atividades da Renast.

Figura 2 – Gestão Participativa – fluxograma e interfaces



Interfaces e articulações intra e intersetoriais: Comissões Intergestores Bi e Tripartites, PNSST e o Geisat

As Comissões Intergestores Bi e Tripartites

Uma das diretrizes constitucionais do SUS é a *descentralização*, conforme dispõe a Constituição Federal nos seus Artigos 196 a 200. A descentralização do SUS implica numa atribuição concorrente entre os entes federativos para a execução e regulamentação das ações de saúde pública no país, necessitando de articulação e pactuação permanente entre União, Estados e Municípios.

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis 8.080/90 e 8.142/1990. O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS. A CIB, composta igualmente de forma paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da Capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso. As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. As decisões das Comissões Intergestores sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

A PNSST e o GEISAT

Para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania, é necessário que a formulação e implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Nessa perspectiva, as ações de saúde e segurança

do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST – foi proposta de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

Considerando os preceitos constitucionais dos direitos à saúde, à Previdência Social e ao trabalho e a necessidade de se estruturar a articulação intragovernamental em relação às questões de Segurança e Saúde do Trabalhador, foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/MTE, pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, com as seguintes atribuições:

- a.** *reavaliar o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT (instituído pela Portaria Interministerial MTE/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997);*
- b.** *analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a Segurança e Saúde do Trabalhador*
- c.** elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo
- d.** analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à Segurança e à Saúde do Trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos ministérios, individual ou conjuntamente
- e.** compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada ministério

De acordo com a metodologia de trabalho estabelecida, cada um dos ministérios preparou um documento inicial contemplando os pontos básicos de sua proposta política para a área,

como um subsídio ao processo de preparação da PNSST. O documento final foi levado à 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

A proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST busca superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social e Saúde, por meio da definição de diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais.

A PNSST, além de diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social e Saúde, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade.

De acordo com o documento da PNSST, a gestão dessa Política deve ser conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador – GEISAT, integrado, no mínimo, por representantes do MTE, MS e MPS.

Caberá ao GEISAT elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como coordenar a implementação de suas ações. A partir das deliberações do GEISAT, poderão ser constituídos Grupos Executivos Intersetoriais Regionais de Segurança e Saúde do Trabalhador, com a atribuição de coordenar as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador, em suas respectivas áreas de abrangência. Os integrantes do GEISAT deverão ser designados por portaria interministerial, dentre os ocupantes de cargos em comissão na esfera federal.

A gestão das ações de saúde passam sempre pelas instâncias de Controle Social do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde, nas suas respectivas esferas de governo (União, Estados e Municípios).

Dessa forma, as ações de Saúde do Trabalhador também passam por essas instâncias e, por serem executadas por setores de governo que extrapolam o Setor Saúde, apresentam a necessidade de articulação intersetorial e social em espaços temáticos específicos adjuntos às Confe-

rências e Conselhos de Saúde. São eles: as Conferências de Saúde do Trabalhador e as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador.

A CIST do Conselho Nacional de Saúde é definida legalmente nos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica da Saúde - 8.080/90, e a Portaria 2.437 prevê o mesmo ordenamento para estados e municípios, ou seja, as CISTs são vinculadas aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Dessa forma, a elaboração e monitoramento da execução das políticas, planos, programas e ações em Saúde do Trabalhador, nas três esferas – municipal, estadual e federal – se darão de forma articulada e aprovada pelas respectivas instâncias de Controle Social. As Conferências e as CISTs são os espaços privilegiados para a discussão e a deliberação desses assuntos.

Capacitação e Formação Permanentes dos Profissionais e dos Participantes do Controle Social enquanto Componentes da Gestão

As diretrizes para capacitação em Saúde do Trabalhador estão fundamentadas:

- na PNST, em especial na Diretriz V, que trata do desenvolvimento e capacitação de recursos humanos
- na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS N° 198, de 13 fevereiro de 2004)
- no modelo de atenção à Saúde do Trabalhador no SUS, proposto pela Renast

A estratégia atribuída à preparação dos trabalhadores da saúde está definida pelo Ministério da Saúde, expressa na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES – do Ministério da Saúde que assume, enquanto gestor federal do SUS, a coordenação *da formulação das políticas orientadoras da formação e desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde*, no país.

O processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde apresenta as seguintes características:

- tem como foco a importância do trabalho na determinação do processo saúde-doença do indivíduo e do coletivo de trabalhadores
- enfatiza a abordagem cooperativa e interdisciplinar, em equipe multiprofissional
- busca contemplar a diversidade e especificidades regionais e incorporar a experiência acumulada pelos estados e municípios

A Educação Permanente baseia-se *no pressuposto da aprendizagem significativa – que promove e produz sentidos. Propõe que a transformação das práticas profissionais seja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços*. Para a educação permanente, o *aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho*. Dessa forma, os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem ter como referência as necessidades de saúde das pessoas, da gestão do sistema e do controle social, tendo por objetivo a transformação das práticas dos profissionais e da organização do trabalho, a partir da problematização do processo de trabalho.

Nessa perspectiva, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores, englobando, também, aspectos da produção da subjetividade, habilidades técnicas e conhecimento do SUS para a transformação das práticas.

Segundo o marco conceitual da educação permanente, a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, propiciando:

- a democratização institucional
- o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem
- o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde

- o trabalho em equipes matriciais
- a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde
- a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas

Assim, a formação e gestão do trabalho em saúde não são apenas questões técnicas, mas envolvem mudanças nas relações, nos processos, nas ações de saúde e principalmente nas pessoas. Exigem articulação de ações dentro e fora das instituições de saúde, no âmbito da formação técnica, em nível de graduação e pós-graduação, da organização do trabalho e do controle social no setor.

A Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde prevê que a gestão da educação permanente em saúde observe a diretriz constitucional de *integralidade da atenção à saúde*, envolvendo a compreensão da clínica ampliada; o conhecimento sobre a realidade, em particular, os perfis epidemiológico, demográfico, econômicos, sociais e culturais da população em cada local, além dos problemas regionais, estaduais e nacionais; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial.

Segundo o educador Perrenoud (1997), competência é “*a capacidade de, em situações de trabalho, mobilizar, com discernimento e dentro de um prazo definido, múltiplos recursos, entre os quais, saberes teóricos, profissionais e experiência*”. Assim, competência é um conjunto de saberes: saber fazer, saber ser e saber agir, necessários para o exercício de uma profissão. É a capacidade do indivíduo desenvolver atividades de maneira autônoma, planejando-as, implementando-as e avaliando-as; utilizando os conhecimentos e as habilidades adquiridas para o exercício de uma situação profissional ou papel social.

O conceito de competências requeridas está sendo proposto como um eixo orientador da definição dos processos de capacitação profissional e educação permanente em Saúde do Trabalhador. Este conceito tem sido utilizado crescentemente para orientar os processos de formação, capacitação e certificação profissional no Brasil e em outros países.

O referencial de competências é uma ferramenta de trabalho aberta e evolutiva, que pro-

põe um eixo e uma linguagem comuns para pensar a formação e a educação permanente. Uma proposta de capacitação profissional e de educação permanente, baseada nas competências requeridas, tem por objetivo preparar o “aluno” para a ação efetiva, de modo crítico e ético. Dessa forma, os processos de aquisição de competências são ajustados segundo o nível e ou a complexidade das ações a serem desenvolvidas, a elaboração teórica e incorporação tecnológica requeridas em uma dada atividade.

Orientar a capacitação por meio desse referencial possibilita mais flexibilidade e a proposição de programas direcionados à solução de questões próprias de grupos de trabalhadores, territórios, regiões, necessidades técnicas de profissionais, gestores, entre outros.

Entre as estratégias definidas pela PNSST para a capacitação em Saúde do Trabalhador estão:

- Estabelecer referências curriculares para a formação de profissionais da área, de nível técnico e superior
- Incluir conhecimentos básicos em Segurança e Saúde do Trabalhador no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, em especial nos cursos de formação profissional, assim como cursos para empreendedores
- Incluir disciplinas em Segurança e Saúde do Trabalhador, obedecendo aos interesses desta Política, no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração
- Desenvolver um amplo programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em Segurança e Saúde do Trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem
- Incluir os trabalhadores e representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações nos processos de educação continuada

Os Sistemas de Informação em Saúde enquanto Componentes da Gestão

A Política do Ministério da Saúde para a Informação e Informática inclui a Saúde do Trabalhador entre as ações de saúde coletiva, ao lado das ações de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental e destaca os ganhos de eficiência e qualidade a serem obtidos pelo uso da informática. A Política tem como propósito *promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimentos e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços.*

Assim, a informação em Saúde do Trabalhador deve ser construída como parte do Sistema Nacional de Informação em Saúde, em sintonia com os novos paradigmas e as principais diretrizes desta Política, dentre as quais destacamos os pontos de maior interesse para a área:

- **Registro Eletrônico de Saúde** que permitirá recuperar, também por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde, incluindo a disponibilidade local de informações para a atenção à saúde
- Sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, processo de integração dos sistemas de informação de saúde. O **Cartão Nacional de Saúde**, que identifica usuários e profissionais, é o passo inicial na construção deste novo paradigma;
- Processo participativo, confidencialidade, privacidade e disponibilidade dos dados e das informações individualmente identificadas em saúde, autenticidade e integridade, através de certificação digital

- Mecanismos de compartilhamento de informações de interesse para a saúde, colaborações intersetoriais, entre as esferas de governo e entre instituições nacionais e internacionais;
- Investimento em infra-estrutura de comunicação, padrões abertos de *software* livre
- Ampliação, produção e disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais
- Garantia do acesso a bases de dados em saúde, privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados
- Capacitação de recursos humanos para o uso da tecnologia da informação na operação do sistema de saúde e na utilização das informações de saúde, atendendo as necessidades específicas do controle social, da melhoria da capacidade de gestão e da geração de conhecimento em saúde
- Estabelecimento de rede de centros colaboradores na área de informação e informática em saúde, com ênfase para a formação e capacitação de recursos humanos, análise de situação de saúde, pesquisa e desenvolvimento, produção e disseminação de informações, avaliação de alternativas e controle de qualidade de produtos

As ações e informações oriundas do nível local deverão alimentar os demais níveis do Sistema de Informação de Saúde, favorecendo, nos âmbitos estadual e federal ações de prevenção e intervenção sobre os problemas de maior abrangência e complexidade. Para isto, é necessário um intenso trabalho de articulação no interior das diferentes esferas do SUS, envolvendo os Conselhos, as Câmaras Técnicas e os órgãos executores, de forma compartilhada com as demais políticas do setor que apresentam interfaces com a saúde dos trabalhadores, como as de saúde ambiental e de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, entre outras.

Em nível local, deverá ser estimulada a criação de bases de dados, como cadastros de estabe-

lecimentos, relatórios de inspeção, termos de notificação e fichas de investigação, bem como a utilização de fontes de dados de serviços de saúde e segurança de empresas, de instituições médicas, seguradoras de saúde e fundos de pensão, de sindicatos, associações patronais, instituições de medicina legal, universidades, associações, entidades civis e órgãos de governo. É importante a integração dessas bases de dados, em um Sistema de Informação em Saúde correlacionando-os entre si e captados em diversas fontes de informações, sobre a força de trabalho, as condições de saúde e de exposição aos fatores de risco gerados nos processos de trabalho.

As informações geradas devem ser fidedignas e socializadas para orientar as ações em Saúde do Trabalhador. A análise das informações obtidas, a partir da vigilância e do acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores, deverá ser disponibilizada, em tempo oportuno, de modo a subsidiar o planejamento e a execução de ações de saúde. Devem ainda permitir a ação conjunta e articulada entre os vários setores, órgãos, instituições e atores envolvidos, favorecendo o processo de controle social. Para isso, será igualmente importante o estabelecimento de mecanismos permanentes de comunicação com a sociedade e, em particular, com os trabalhadores, garantindo ampla difusão dessas informações, incluindo sua disponibilidade via Internet e outros meios. O Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador foi criado com o propósito de viabilizar esta demanda.

A monitorização e a análise da situação de saúde dos trabalhadores devem estar apoiadas na definição de indicadores específicos, segundo as recomendações do Comitê Temático Interdisciplinar Saúde, Seguro e Trabalho da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. No âmbito do SUS, será definido um conjunto de instrumentos específicos para a vigilância de agravos relacionados ao trabalho, que deverá ser incorporado ao Sistema de Informações de Agravos Notificáveis – SINAN –, em conformidade com o proposto pelo Comitê Temático Interdisciplinar Saúde, Seguro e Trabalho da RIPSAs. Deverão ser produzidos os critérios para a definição da listagem de agravos de notificação compulsória e investigação obrigatória, em todo o território nacional, com a subsequente edição de portarias e normas técnicas para a vigilância.

A Portaria GM/MS 777 de 28 de abril de 2004, dispõe sobre agravos à saúde relacionados ao trabalho de notificação compulsória em rede de serviço sentinela.

Para o registro das informações ambulatoriais e hospitalares deverá ser criado um instrumento único para os acidentes de trabalho que demandem atendimento dos serviços de urgência públicos ou privados, respeitando o princípio da universalidade do SUS. A definição de agravos de notificação compulsória, a exemplo de acidentes graves e fatais e das intoxicações, deve viabilizar a informação necessária ao desenvolvimento das ações e a identificação de eventos prioritários para fins de vigilância.

Especial atenção será concedida à definição e à atualização permanentes de normas técnicas específicas, parâmetros e padrões, de caráter nacional, visando, em especial, a padronização das ações de vigilância no âmbito do SUS, segundo as metodologias de intervenção propostas na Portaria MS N.º 3.120/98, que aprovou a instrução normativa de vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

A linguagem dos diversos Sistemas da Saúde deverá ser unificada para que haja compartilhamentos, integrando os diversos bancos de dados, como por exemplo, as informações entre os Sistemas da Saúde, Trabalho e Previdência.

Entre as estratégias definidas pela PNSST para os Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador estão:

- Padronizar os conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à saúde e segurança dos trabalhadores relacionados aos processos de trabalho
- Compatibilizar os Sistemas e Bases de Dados, a serem partilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde
- Compatibilizar os instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações
- Instituir a concepção do nexo epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho
- Atribuir ao SUS a competência de estabelecer o nexo etiológico dos acidentes e doenças

relacionados ao trabalho e analisar possíveis questionamentos relacionados com onexo epidemiológico presumido

- Incluir nos Sistemas e Bancos de Dados as informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos nesta Política

A Comunicação e Educação Popular em Saúde enquanto Componentes da Gestão

As ações de Saúde do Trabalhador contam como sujeito os próprios trabalhadores, uma vez que estes são os principais protagonistas das mudanças necessárias para a prevenção dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para a melhoria das condições de vida e ambientais no trabalho. Não há Saúde do Trabalhador sem a participação ativa do trabalhador!

O gestor da saúde deve, portanto, desenvolver sua Política de Saúde do Trabalhador considerando o trabalhador como um ator orgânico, isto é, um agente capaz de organizar suas atividades de forma direcionada às proposições desta Política.

Para isso, o gestor deverá buscar estratégias e instrumentos de comunicação e educação popular em saúde como componentes importantes para a gestão nesta área.

ANEXOS

Anexo I

Modelo de projeto do Cerest a ser habilitado

Anexo II

Atribuições dos Centros de Referências Estaduais em Saúde do Trabalhador (Cerest Estadual)

Anexo III

Funções dos Centros de Referências Regionais em Saúde do Trabalhador (Cerest Regional)

Modelo de projeto do Cerest a ser habilitado

Informações Gerais:

Município:UF:

Nome do Cerest:

Modalidade: E – Estadual
 R – com gestão Municipal R – com gestão Estadual

Endereço:

Bairro:CEP:

Telefones:

Endereço eletrônico:

Coordenador:

Telefone:

Cadastro do Cerest no CNES:

Estrutura Física – instalações

Imóvel: m ²	Próprio <input type="checkbox"/>
Térreo: <input type="checkbox"/>	Cedido <input type="checkbox"/>
Prédio: nº de pavimentos	Reformado <input type="checkbox"/>
Alugado <input type="checkbox"/>	Em Reforma <input type="checkbox"/>
Em construção <input type="checkbox"/>	Outros:

Características do Imóvel:

Área	Quantidade	Área	Quantidade
Recepção		Banheiro coletivo	
Sala para consultório		Auditório	
Sala para consultório com banheiro		Copa	
Sala para grupo		Sala para guarda de material	

Outras dependências

<i>Condições da mobília</i>			
Boa / Nova ()	Boa / Usada ()	Ruim ()	Em licitação ()

Equipamentos específicos do serviço

Equipamento	Quantidade	Equipamento	Quantidade
Aparelho televisor		Aparelho de DVD	
Vídeo cassete		Datashow	
Projetor de slide		Retroprojetor	
Computador de mesa		Impressora	
Notebook		Telefax	
Máquina Fotográfica Digital		Veículo próprio	

Recursos diagnósticos/exames complementares disponibilizados

	Quantidade
Audiômetro	
Impedanciometria	
BERA	
Ultrasonografia diagnóstica	
Eletroneuromiografia	
Exames toxicológicos	
Exames de análises clínicas básicos	
Provas de função respiratórias	
Testes epicutâneos	

Recursos / Equipamentos de avaliação ambiental disponibilizados

	Quantidade
Dosímetro de exposição à ruído	
Mensurador de IBUTG	
Central de avaliação de micro-clima	
Mensurador de pressão sonora (decibelímetro)	

Recursos Humanos

Modalidade	Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
Cerest REGIONAL	10	- 4 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem. - 6 profissionais de nível universitário**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais).
Cerest ESTADUAL	15	- 5 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem. - 10 profissionais de nível superior**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas).

Processos de Trabalho

Demonstrar capacidade para organizar as seguintes atividades:

- Ações assistenciais individuais, como atendimento, acolhimento do usuário, consultas, exames e orientações;
- Informação, comunicação e educação popular em saúde;
- Educação e capacitação contínua para profissionais do SUS;
- Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Parcerias e articulações inter-institucionais (MTE, MPS, universidades, entre outros);
- Organização da rede local de assistência;
- Regulação da assistência;
- Cooperação técnica e de supervisão das ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços do SUS;
- Acompanhamento da implantação e suporte técnico das ações de Saúde do Trabalhador nos níveis de atenção básica, especializada e hospitalar.

Verificação de base de dados

O Cerest deverá demonstrar a existência de métodos para implantar uma base de dados disponível e atualizada, no mínimo com os seguintes componentes, conforme sua área de abrangência:

- Riscos no trabalho;
- Mapa de Doenças e Acidentes de Trabalho;
- Indicadores Sociais, Econômicos, de Desenvolvimento,
- Força de Trabalho e IDH;
- Perfil Populacional e da População Econômica Ativa;
- Perfil de morbimortalidade ocupacional da região;
- Informações sobre benefícios previdenciários concedidos;
- Capacidade Instalada do SUS;
- Situação da PPI da região;
- Estrutura Regional do INSS e da Delegacia Regional do Trabalho;
- Informações ambientais e do âmbito rural;
- Informações dos Parceiros Estratégicos e dos Centros Colaboradores que podem atuar na área.

Atribuições dos Centros de Referências Estaduais em Saúde do Trabalhador (Cerest Estadual)

Ao Cerest estadual compete:

1. participar na elaboração e na execução da Política de Saúde do Trabalhador no Estado;
2. participar do planejamento das Ações em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual;
3. participar de parcerias e de articulações para o desenvolvimento de ações intersetoriais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual;
4. acompanhar e auxiliar no Planejamento dos Cerests Regionais, respeitando a autonomia e a realidade regional;
5. participar do Pólo Estadual de Educação Permanente, apontando as necessidades de capacitação e formação em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual, assim como de colaborações na elaboração de programas de formação, especialização e qualificação de profissionais de saúde para execução das ações nessa área;
6. promover e estimular intercâmbio técnico-científico entre instituições nacionais, estrangeiras e Secretarias Estaduais de Saúde – SES.
7. estruturar o Observatório Estadual de Saúde do Trabalhador;
8. estimular, prover subsídios e participar da pactuação para definição da Rede Sentinela de Serviços em Saúde do Trabalhador no Estado;
9. contribuir para as ações de Vigilância em Saúde, com subsídios técnicos e operacionais para a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária;
10. definir as linhas de cuidado para todas os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/04/GM, a serem seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS;
11. contribuir na identificação e avaliação da saúde de adolescentes e crianças submetidas a situações de trabalho, assim como atuar com outros setores de governo e da sociedade na prevenção do trabalho infantil;
12. determinar fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador;
13. subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na agenda estadual de saúde e na PPI, em conjunto com os setores de planejamento, controle e avaliação;
14. subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na PPI da vigilância;

15. desenvolver práticas de aplicação, validação e capacitação de Protocolos de Atenção em Saúde do Trabalhador, visando consolidar os Cerests como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho;
16. desenvolver estudos e pesquisas na área de Saúde do Trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho;
17. dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em Saúde do Trabalhador, organizadas na forma de projetos;
18. propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho;
19. promover eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais;
20. prestar suporte técnico para que os Municípios executem a pactuação regional, a fim de garantir, em toda a área do Estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho;
21. participar, no âmbito de cada Estado, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados;
22. apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito estadual, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004:
 - a) acidente de trabalho fatal;
 - b) acidentes de trabalho com mutilações;
 - c) acidente com exposição a material biológico;
 - d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;
 - e) dermatoses ocupacionais;
 - f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;
 - g) lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT);
 - h) pneumoconioses;
 - i) perda auditiva induzida por ruído (PAIR);
 - j) transtornos mentais relacionados ao trabalho; e
 - l) câncer relacionado ao trabalho;
23. todos os Cerests estaduais deverão dispor de bases de dados disponíveis e atualizados, no mínimo com os seguintes componentes para sua respectiva área de abrangência:
 - a) mapa de riscos no trabalho;
 - b) mapa de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
 - c) indicadores sociais-econômicos de desenvolvimento, força de trabalho e IDH;
 - d) informações sobre benefícios pagos pela Previdência Social e outros órgãos securitários;
 - e) capacidade instalada do SUS;
 - f) PPI; e
 - g) estrutura regional e funcionamento do INSS e da Delegacia Regional do Trabalho.

Funções dos Centros de Referências Regionais em Saúde do Trabalhador (Cerest Regional)

Aos Cerests Regionais, enquanto unidades especializadas de retaguarda para as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, compete:

1. atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetorial de Saúde do Trabalhador;
2. realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde, mediante organização e planejamento de ações em Saúde do Trabalhador em nível local e regional;
3. 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;
4. dispor de delegação formal da vigilância sanitária nos casos em que a Saúde do Trabalhador não estiver na estrutura da vigilância em saúde ou da vigilância sanitária;
5. propor e assessorar 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;
6. realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos Cerests para que estes se tornem agentes multiplicadores;
7. subsidiar a formulação de políticas públicas e assessorar o planejamento de ações junto aos Municípios;
8. assessorar o poder legislativo em questões de interesse público;
9. contribuir no planejamento e na execução da proposta de formação profissional da rede do SUS e nos pólos de capacitação;
10. facilitar o desenvolvimento de estágios, trabalho e pesquisa com as universidades locais, as escolas e os sindicatos, entre outros;
11. contribuir nos projetos das demais assessorias técnicas municipais;
12. fomentar as relações interinstitucionais;
13. articular a vigilância em Saúde do Trabalhador com ações de promoção como proposta de Municípios saudáveis;
14. apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Rela-

cionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004:

- a) acidente de trabalho fatal;
 - b) acidentes de trabalho com mutilações;
 - c) acidente com exposição a material biológico;
 - d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;
 - e) dermatoses ocupacionais;
 - f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;
 - g) Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
 - h) pneumoconioses;
 - i) Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR);
 - j) transtornos mentais relacionados ao trabalho; e
 - l) câncer relacionado ao trabalho;
- 15.** prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência;
 - 16.** participar do Pólo Regional de Educação Permanente de forma a propor e pactuar as capacitações em Saúde do Trabalhador consideradas prioritárias;
 - 17.** estimular, prover subsídios e participar da pactuação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador na região de sua abrangência;
 - 18.** subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na PPI da vigilância, em sua área de abrangência;
 - 19.** estabelecer os fluxos de referência e contra-referência com encaminhamentos para níveis de complexidade diferenciada;
 - 20.** desenvolver práticas de aplicação e de treinamento regional para a utilização dos Protocolos em Saúde do Trabalhador, visando à consolidação dos Cerests como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho;
 - 21.** fornecer subsídios para a pactuação das ações em Saúde do Trabalhador nas agendas municipais de saúde em sua área de cobertura, assim como na Programação Pactuada e Integrada - PPI, em conjunto com o setor de planejamento, controle e avaliação;
 - 22.** prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, a notificação e os relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes, visando às ações de vigilância e proteção à saúde;
 - 23.** prover suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual;
 - 24.** prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência;
 - 25.** desenvolver ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, da Previdência Social e Ministério Público, entre outros; participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção.

Lista de Siglas

SIGLAS	DESCRIÇÃO
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Cosat	Coordenação Técnica da Área de Saúde do Trabalhador
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
QM	Quadro de Metas
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RG	Relatório de Gestão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

1. *Gestão* – Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.

2. *Gerência* – Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação etc), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.

3. *Atenção à Saúde* – Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

4. *Co-gestão no Processo Regulatório* – Relação intergestora que permite e articulação e integração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização).

5. *Vigilância em Saúde* – Neste Termo quando se escreve vigilância em saúde, estão contemplados os componen-

tes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

6. *Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde* – Neste Termo programação em saúde compreende, no seu escopo, os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos.

7. *Política de Reposição da Força de Trabalho Descentralizada* – Conjunto de ações e diretrizes que visam superar questões decorrentes da descentralização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde, como a reposição de pessoal e remuneração.

8. *Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo* – Transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos Estados e Municípios a essa prerrogativa.

9. *Ouvidoria* – Canais democráticos que permitem disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações.

10. *Auditoria Assistencial* – Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

11. *Avaliar* – Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao en-

contrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão. Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

12. Fiscalizar – Submeter a atenta vigilância, sindicair, examinar, verificar. A fiscalização confere ao fiscalizador poder de polícia ou de lavrar autos de infração com base em determinada legislação vigente.

13. Monitorar – Conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está baseado num

conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

14. Normalizar – Estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura. Mesmo que normalizar.

15. Credenciar – Conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, a partir do atendimento de um regulamento técnico.

16. Contratar – Fazer contrato, negociar, combinar, ajustar, convencionar, definir. O contrato é um termo jurídico que regula a relação entre entes públicos e/ou privados. Processo por meio do qual estabelecimentos e serviços privados de saúde passam a integrar a rede do SUS.

Referências Bibliográficas

PUBLICAÇÕES:

Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica**. Vol 5. Brasília/DF, 2002.

Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST – “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” Coletânea de Textos**, Brasília/DF, 2005, Série D. Reuniões e Conferências.

Eurivaldo Sampaio e Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro, Carlos Alberto Lisboa Vieira. Coordenadores: Gonzalo Vecina Neto, Valéria Terra, Raul Cutait e Luiz Eduardo C. Junqueira. **Coletânea Saúde e Cidadania**, volumes 2, 7 e 9. São Paulo, 1998.

Ministério da Saúde, Representação no Brasil da OPAS / OMS; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaborador Idelberto Muniz Almeida. **Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde** - Brasília/DF - Brasil – 2001. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114.

Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em Saúde** - Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador - 2ª edição revista e ampliada. - Brasília / DF – Brasil – 2005 - Série E. Legislação de Saúde.

LEGISLAÇÃO:

Portaria 699, de 30 de março de 2006

Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006

Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade

de das três esferas de gestão do SUS.

Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006

Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país.

Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Portaria 2437/GM, de 7 de dezembro de 2005

Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast - no Sistema Único de Saúde - SUS.

Portaria nº 1.125/GM, de 6 de julho de 2005

Dispõe sobre os propósitos da política de Saúde do Trabalhador para o SUS.

Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005

Publica o texto base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho.

Portaria nº 2.023/GM, 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.

Portaria nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004.

Fixa por habitante ao ano o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB e o valor máximo, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal.

Portaria nº 2.031/GM, de 23 de setembro de 2004.

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

Portaria nº 1172/GM, de 15 de junho de 2004.

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

Portaria 666, de 26 de setembro de 2002 (Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O.U. de 27-09-2002, Seção 1, pág. 63)

Inclui, na Tabela de Serviço/Classificação de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, o serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador.

Portaria nº 656, de 20 de setembro de 2002.

Aprovar as Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST.

Portaria n.º 1679/GM, de 19 de setembro de 2002.

Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências.

Portaria 777/GM, 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

Portaria nº 1339/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, constante no Anexo I desta Portaria.

Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998

Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998

Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

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.

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.





*Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE
Área Técnica de Saúde do Trabalhador – COSAT
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º. Andar, sala 603
Brasília/DF – CEP 70058-900
Fone/Fax: (61) 3315.2610
cosat@saude.gov.br*



Ministério
da Saúde

