

VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA

**FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DO CENTRO DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) E SUA
RELAÇÃO COM O MODELO DE ATENÇÃO ADOTADO:
ESTUDO DE CASO NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

São Paulo

2012

VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DO CENTRO DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) E SUA
RELAÇÃO COM O MODELO DE ATENÇÃO ADOTADO: ESTUDO
DE CASO NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo como
exigência para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Francisco
Antônio de Castro Lacaz.

**Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva**

Área de concentração: Política,
Planejamento e Gestão em Saúde.

São Paulo

2012

Silva, Vivianne Peixoto da

Formação e Capacitação da equipe do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e sua relação com o modelo de atenção

adotado: estudo de caso de Minas Gerais. / Vivianne Peixoto da Silva. – São Paulo, 2012.

xviii, 136f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Training and qualification of the team of the Center of Reference in Worker's Health (CEREST) and its relation with the adopted model of attention: study of case of Minas Gerais.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Educação em Saúde. 3. Capacitação Profissional. 4. Serviços de Saúde do Trabalhador 5. Setor Público.

VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DO CENTRO DE
REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) E SUA
RELAÇÃO COM O MODELO DE ATENÇÃO ADOTADO: ESTUDO
DE CASO NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Banca Examinadora:

Titulares:

Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz (orientador)

Prof. Dr. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela

Profa. Dra. Virgínia Junqueira

Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Suplente:

Profa. Dra. Edvânia Ângela de Souza Lourenço

Data da aprovação:

São Paulo, ____, de _____, de 2012.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por sua presença constante em todos os momentos, abençoando-me e guiando-me por esta obscura e maravilhosa estrada da VIDA.

À minha família, meu alicerce! Meus amados pais Ângela e Luiz pelo incondicional carinho e amor e pela formação íntegra e rígida que, me proporcionou crescimento e aprendizado nunca esquecidos. À minha única irmã Andréa em quem me espelho, pela ajuda em todos os momentos sem medir esforços. Ao meu marido Edson, meu porto seguro, pelo amor, carinho e por acreditar e apoiar os meus projetos pessoais e profissionais mesmo quando estes significam distância, ausência e saudade. Agradeço a todos pela compreensão naqueles momentos em que não pude estar com vocês!

Aos parentes, a família Simeão, a família Doce Lar, aos amigos de longe e de perto, aos alunos e aos colegas de trabalho pelo carinho e apoio.

Ao Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) e à coordenação do curso de Fisioterapia deste, pelo incentivo, apoio e pelos manejos necessários, desde o início, para o cumprimento desta jornada.

A todos do CEREST Regional de Araxá pela valiosíssima contribuição, disponibilidade e envolvimento contínuo neste trabalho, sem os quais não seria possível realizá-lo.

Deixo aqui meu agradecimento especial ao meu orientador Dr. Francisco Antônio de Castro Lacaz, com quem tive a honra de vivenciar momentos de valiosos ensinamentos, pelo profissionalismo e conhecimentos inquestionáveis e, sobretudo pela paciência e dedicação na condução deste.

A todos, o meu muito obrigado!

“Não basta descrever e produzir fatos; não se pode escapar da tarefa que consiste em elaborar seu sentido”.

Pierre Grieco

RESUMO

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), considerados como eixos de articulação das ações definidas pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a partir de 2002, atuam como retaguarda técnica para o SUS com enfoque nas ações de promoção, prevenção e vigilância em Saúde do Trabalhador (ST) no âmbito coletivo. Após dez anos da publicação da primeira portaria da RENAST, muitos CEREST ainda atuam de forma assistencial como porta de entrada da rede, descumprindo o modelo de atenção proposto. Estudos indicam que muitos profissionais que compõem as equipes técnicas dos CEREST, realocados da rede assistencial dos serviços públicos, nem sempre possuem formação e capacitação voltadas para as necessidades inerentes à atuação no campo de ST. Nesta perspectiva, a presente pesquisa objetiva analisar a relação entre a formação profissional graduada e a capacitação/Educação Permanente em ST da equipe técnica do CEREST regional de Araxá em Minas Gerais, e as ações por este desenvolvidas, dentro do modelo da RENAST. O estudo consistiu de uma pesquisa qualitativa na qual se utilizou quatro instrumentos metodológicos para coleta de dados: 1- entrevistas semi-estruturadas com coordenadores técnico e administrativo do CEREST, 2- observação participante nos espaços de execução das ações internas e externas desenvolvidas, 3- análise documental das pastas de registros de ações dos anos de 2009 e 2010, Plano de Trabalho do biênio: 2010-2011 e o Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 da Prefeitura Municipal de Araxá, e 4- grupo focal com os profissionais da equipe técnica. Os dados colhidos foram organizados, analisados e interpretados mediante análise de conteúdo (Bardin, 1988), e sistematizados nas seguintes categorias temáticas: 1- Composição da equipe técnica do CEREST quanto à formação graduada, 2- Capacitação em Saúde do Trabalhador, 3- Ações desenvolvidas pela equipe e, 4- Pontos de dificuldades para o desenvolvimento das ações. O estudo identificou que os profissionais que compõem a equipe técnica do CEREST Araxá têm em sua maioria formação graduada na área da saúde, sem prévio conhecimento e/ou experiência em ST. No que tange à capacitação/educação permanente após entrada no CEREST, pôde-se constatar que a mesma ocorre de forma ainda incipiente e desigual sem contemplar oferta de cursos para todos os membros. Quanto às ações desenvolvidas, existe uma maior concentração em atendimentos para orientações de direitos previdenciários, referência, contra-referência e atividades de Fisioterapia em grupo, em relação às de vigilância, o que reflete no modelo de atenção adotado que, muitas vezes, fica à margem daquele proposto pela RENAST. Pôde-se perceber que apesar dos esforços da equipe técnica em desenvolver ações em ST, muitas são as dificuldades encontradas, dentre elas destacam-se: a fragilidade das relações intra-setoriais explicitada na falta de priorização da política de ST por parte da gestão municipal; os conflitos existentes na relação CEREST-empresas; a necessidade de uma equipe multiprofissional mais ampla, bem como a permanente capacitação/educação em ST de toda equipe técnica. Por ser um “gargalo” para a execução das ações, a formação profissional e a capacitação em ST merecem atenção e reflexão, sem deixar de se considerar também, as demais dificuldades observadas.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Educação Permanente em Saúde. Formação profissional. CEREST, Serviço público.

ABSTRACT

The Centers for Reference in Worker's Health (CEREST), considered as pivot axes of the actions defined by the National Network for Health Care Workers (RENAST), since 2002, act as backup technique for the SUS (National Health Service), focusing on actions of promotion, prevention and vigilance in Worker's Health (ST) within the collective aspect. After ten years of publication of the first ordinance of RENAST, many CEREST still act in an assistencial manner, as the gateway of the network, disregarding the proposed model of attention. Studies indicate that many professionals who make up the technical teams of CEREST, relocated from the care network of public services, have not always presented education and training needs related to the activities in the field of ST (Worker's Health). In this perspective, this research aims to analyze the relationship between the graduated professional formation and the training/ Permanent Education in ST of the crew from regional CEREST of Araxá in Minas Gerais and the actions undertaken by this, within the model of RENAST. The study consisted of a qualitative study in which four methodological tools were used for data collection: 1 - semi - structured interviews with administrative and technical coordinators of the CEREST, 2 - participant observation in areas of implementation of internal and external developed actions, 3 - documentary analysis of portfolios of stock records of the years 2009 and 2010 Work Plan of the biennium: 2010-2011 and the Municipal Health Plan 2010-2013 of the City of Araxá, and 4 - a focus group with professionals in the technical team. The data collected were organized, analyzed and interpreted by content analysis (Bardin, 1988) and systematized in the following thematic categories: 1 - Composition of the technical staff as CEREST graduate training, 2 - Training in Worker's Health, 3 - Actions taken by the team, and 4 - Points of difficulties for the development of actions. The study found that the professionals who make up the crew of the CEREST Araxá have mostly graduate training in health, without prior knowledge and / or experience in ST. Regarding the training / continuing education after entering the CEREST, it was found that the same occurs fledgling and uneven without contemplating the offer of courses for all members. As for the undertaken actions, there is a greater concentration of care guidelines for pension rights, reference and cross-reference and activities of physical therapy group, in relation to surveillance, which reflects the adopted model of care that often is at the margin of that proposed by RENAST. It could be noticed that despite the efforts of the technical team to develop actions in ST, there are many difficulties, among them are: the weakness of intra-sectorial prioritization in the absence of explicit policy of ST by the city government ; conflicts in relation CEREST-enterprises, the need for a wider multidisciplinary team, as well as ongoing training / education of the whole crew WH. Being a "bottleneck" for the implementation of actions, professional training and capacity building in ST deserve attention and reflection, without letting to consider also other difficulties encountered.

Keywords: Worker's Health. Permanent Education on Health. Professional Training. CEREST. Public Service.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Serviços de Saúde e a Saúde do Trabalhador: breve percurso histórico	25
2.2	Modelo de Atenção	29
2.2.1	Modelo de Atenção em Saúde do Trabalhador.....	31
2.2.2	O modelo de programas de Saúde do Trabalhador.....	33
2.2.3	O modelo de atenção da RENAST.....	37
3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	45
4	OBJETIVOS	51
4.1	Objetivo Geral	51
4.2	Objetivos Específicos	51
5	METODOLOGIA	52
5.1	Estudo Bibliográfico	53
5.2	Desenvolvimento da pesquisa de campo	54
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
6.1	Município de Araxá	62
6.2	Organização do Sistema Público de Saúde de Araxá	64
6.3	CEREST Regional de Araxá: origem, histórico e atividades	67
6.4	O trabalho de campo	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
	ANEXOS	136

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Carta de apresentação do projeto de mestrado ao CEREST Araxá.

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Anexo D - Roteiro de entrevista semi-estruturada.

Anexo E - Questionário com dados sobre formação e capacitação da equipe técnica do CEREST.

Anexo F - Roteiro do grupo focal.

Anexo G - Parecer sobre a ementa do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Anexo H - Termo de autorização de pesquisa pelo CEREST Araxá

Anexo I - Decreto 1165 de 05 de junho de 2011 – Nomeação dos membros da Vigilância Sanitária do município de Araxá.

Anexo J- Material de divulgação do CEREST regional de Araxá

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Caracterização dos recursos humanos para composição da equipe mínima dos CEREST (MINISTÉRIO DA SAÚDE RENAST, 2002).....	39
Quadro 02	Caracterização dos recursos humanos para composição da equipe mínima dos CEREST Regional e Estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE RENAST, 2005).....	42
Quadro 03	Composição da equipe do CEREST nos anos de 2005, 2010 e 2011.....	76
Quadro 04	Comparativo entre a formação graduada o perfil do profissional, as competências e habilidades e os conteúdos essenciais para os cursos de graduação considerando a formação dos profissionais do CEREST Araxá segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).....	80
Quadro 05	Caracterização da equipe quanto à formação graduada, formação pós-graduada/especialização, formas de capacitação em ST após entrada para o CEREST, vínculo e tempo de trabalho no mesmo.....	88
Quadro 06	Datas das ações internas e externas vivenciadas no CEREST de dezembro de 2010 a dezembro de 2011.....	98
Quadro 07	Divisão dos agravos de notificação compulsória de acordo com a formação graduada.....	101
Quadro 08	Atividades realizadas pelo CEREST Araxá segundo o Eixo das ações tendo como anos de referência 2009 e 2010.....	105

LISTA DE FIGURAS 1

Mapa 1: Mapa da localização geográfica do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba
– MG.

Mapa 2: Mapa da Micro-região Sanitária de Araxá

LISTA DE FIGURAS 2

Organograma 1: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Araxá.

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

- ABS** - Atenção Básica de Saúde
- ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
- ACS** - Agentes Comunitários de Saúde
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- CAST** - Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador
- CAPS** - Caixas de Aposentadoria e Pensão
- CAT** - Comunicação de Acidente de Trabalho
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CEREST** - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CEO** - Centro de Especialidades Odontológicas
- CGSAT** - Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
- CIB** - Comissão Intergestores Bipartite
- CIPA** - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- CIST** - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- CLT** - Consolidação das Leis Trabalhistas
- CMS** - Conselho Municipal de Saúde
- COSAT** - Coordenação de Saúde do Trabalhador
- CRST** - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (anterior à Portaria 2437/2005)
- CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento
- DATAPREV** - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
- DCN** - Diretrizes Curriculares Nacionais
- DORT** - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
- DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- EPS** - Educação Permanente em Saúde
- FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz
- GRS** - Gerência Regional de Saúde
- IAPS** - Institutos de Aposentadoria
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDZ** - Índice de Doença Zero

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

LER - Lesões por Esforços Repetitivos

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

TEM - Ministério do Trabalho e Emprego

NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NR - Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho

NUPLAS - Núcleo de Planejamento em Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários

PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído

PAM - Pronto Atendimento Municipal

PAS - Programação Anual de Saúde

PEP - Programa de Educação Permanente

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PSF - Programa de Saúde da Família

PST - Programas de Saúde do Trabalhador

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIMA - Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Extração de Metais Básicos de Araxá

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

ST - Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

UNA - Universidade Aberta

UAE - Unidade de Atendimento Especializado

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UNICERP - Centro Universitário do Cerrado Patrocínio

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNIPAM - Centro Universitário de Patos de Minas

UNIUBE - Universidade de Uberaba

VISA - Vigilância Sanitária

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Sinto-me no dever de discorrer algumas linhas sobre minha formação graduada e pós-graduada por entender que a minha aproximação com o campo Saúde do Trabalhador e a construção deste estudo refletem lacunas e questionamentos oriundos da teoria e da prática assistencial por mim experienciados.

Ingressei no curso de Fisioterapia em uma faculdade privada do interior de Minas Gerais, hoje conhecida como Centro Universitário do Cerrado de Patrocínio (UNICERP) no início do ano 2000, portanto, anterior à portaria das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicada em 2002, cujo perfil profissional sugere uma abordagem de atenção integral à saúde no âmbito individual e coletivo.

Durante a graduação, apesar do enfoque voltado para reabilitação, alguns conteúdos sobre prevenção foram trabalhados, porém, em sua maioria, orientados para as ações pontuais responsabilizando o sujeito pela sua doença, na medida em que propunha mudanças de comportamentos e hábitos de vida destes. Em outros momentos, alguns tópicos sobre Ergonomia foram trabalhados de forma singular, vinculadas a postura e orientações sobre qualidade de vida no trabalho.

Já como Fisioterapeuta, em 2004 tive minha primeira experiência profissional por meio de serviços assistenciais com foco na reabilitação individual de patologias gerais, na qual permaneci por quase 3 anos.

Neste período algumas incertezas e questionamentos se fizeram presentes: por que a maioria dos pacientes por mim atendidos eram vítimas de doenças e acidentes ocorridos no trabalho? Por que mesmo após várias sessões de fisioterapia estes pacientes não apresentam melhoras do quadro de saúde?

Como uma tentativa de compreensão destas questões e munida de um sentimento de incompletude gerado pela minha prática assistencial, optei por cursar a especialização em Ergonomia pela Faculdade de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG em 2005.

Diferentemente dos conhecimentos apreendidos sobre Ergonomia na graduação, me deparei com um vasto espaço constituído por saberes das diferentes áreas do conhecimento, o que por sua vez, também demandava profissionais com formações diversificadas.

Neste período comecei a ter contato com o ambiente de trabalho das empresas, com os processos produtivos e com os trabalhadores, vivenciando o trabalho real, seus constrangimentos, imprevistos, bem como as estratégias adotadas pelos atores sociais nele inseridos para dar conta das metas estabelecidas pelo capital.

Foi sem dúvida uma rica experiência que posteriormente me permitiu trabalhar como Ergonomista de uma empresa de grande porte na capital mineira, ocasião em que pude de fato vivenciar os conflitos advindos da relação entre capital-trabalho e processo saúde-doença.

Em meio aos novos questionamentos que se formavam nesta nova perspectiva, decidi cursar uma disciplina sobre “Saúde e Trabalho” no programa de pós-graduação em Saúde Pública da UFMG, a fim de compreender melhor tal conflitiva relação.

Em 2008, fui aprovada em uma seleção no Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) como docente e supervisora de estágio em Ergonomia do curso de Fisioterapia e senti uma grande necessidade de maiores conhecimentos em Saúde do Trabalhador (ST) por entender que apesar das contribuições da Ergonomia para as relações saúde-trabalho-doença, esta acabava por não incorporar a trajetória e o contexto social da construção do campo de Saúde do Trabalhador no SUS. Por este

motivo iniciei meu mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2010.

Por entender que a formação e a experiência prática não me deram subsídios para compreender e atuar na prevenção e nos agravos em ST foi preciso percorrer este processo, e com certeza, continuar em busca de mais conhecimentos deste instigante campo.

Continuo na docência do UNIPAM, onde recentemente foi aprovada a mudança curricular para o curso de Fisioterapia na disciplina de “Ergonomia” que passou a ser conhecida a partir da matriz de 2010 como: “Saúde do Trabalhador” cujo conteúdo reformulado contempla diretrizes, legislação e ações que norteiam a política de ST.

Certamente os egressos dessa nova matriz curricular terão mais conhecimento e maior compreensão do campo e da atuação se comparados, por exemplo, à formação graduada que tive.

De fato isto não será suficiente para que os profissionais ultrapassem os paradigmas do modelo biomédico individual adotado por muitos, mas acredito ser um, ou o primeiro passo desta trajetória.

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde dos trabalhadores desenvolvida a partir de serviços de saúde, dentro das ações de saúde pública no Brasil, traz consigo um cenário marcado por mudanças nas práticas sanitárias em curso no país (DIAS, 1994).

Segundo Lacaz (1997), a década de 1970 é o período em que ocorrem acontecimentos sócio-políticos e científicos, que coincidem com a formulação teórica do paradigma da determinação social do processo saúde-doença, uma empreitada que busca o rompimento com a visão de causalidade das doenças vinculada a fatores e/ou agentes específicos ou riscos ambientais relacionados aos processos de trabalho.

A insuficiência dos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, com enfoque mecanicista voltado para atendimento de normas e legislações no âmbito do trabalho em detrimento do setor saúde, sem participação daqueles que vendem a sua força de trabalho, foi dentre outros fatores políticos e sociais, responsável pelo processo de construção do campo Saúde do Trabalhador (ST) (MENDES e DIAS, 1991).

A inserção das formulações do campo enquanto prática dos serviços de saúde advém das mudanças ocorridas no cenário nacional informadas pelas deliberações e recomendações emanadas da VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual houve a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujas contribuições foram expressas na Constituição Federal de 1988 e que propiciaram a criação de um sistema de saúde único e universal no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990. Frisa-se que esta trajetória também contribuiu para a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro de 1986 (DIAS, 1994), (NORONHA, 2001), (LACAZ, MACHADO e PORTO, 2002), (JACQUES, 2009), (BATISTA e GONÇALVES (2011).

Os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) desenvolvidos nos anos 1980 fizeram - se importantes para a construção da política de ST devido às experiências até então acumuladas, mesmo que com algumas limitações (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985), (SANTOS e LACAZ, 2011).

Dentre as contribuições destacam-se princípios e diretrizes dos PSTs:

[...] participação e o controle social por meio da participação de sindicatos, a integralidade mediante a articulação entre assistência e vigilância, e universalidade, que garantia direitos iguais ao atendimento dos trabalhadores vinculados à previdência social e daqueles às margens do trabalho formal, que posteriormente foram incorporadas ao SUS (MINAYO-GOMEZ e LACAZ, 2005, p 804).

Ainda para estes autores, tais Programas que, inicialmente são criados na rede da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, passam em 1990 a ter “localização física em centros de saúde” (Jacques, 2009 p. 27) sob a perspectiva da municipalização da saúde (BRASIL/MS, 2001) (MINAYO-GOMEZ e LACAZ, 2005).

A utilização de um sistema sob a forma de uma rede universal e regionalizada vem a se constituir ferramenta estratégica para disseminação de práticas no campo de ST no SUS em todos os níveis de atenção (JACQUES, 2009 p. 16).

Para a operacionalização desta política, os PST buscavam configurar-se como referência, o que envolveu duas concepções de organização dos serviços: “sanitarista e programática.” segundo Minayo-Gomez e Lacaz (2005 p. 804).

A primeira, defendia o planejamento e execução de ações em saúde pública tanto no âmbito individual como coletivo, articulando assistência e vigilância na medida em que o trabalho é visto como determinante específico, ou não, do adoecimento e morte dos trabalhadores. Já a concepção programática, vislumbrava comportar serviços específicos a nível secundário em apoio à rede, sem se restringir à concepção sanitaria (MINAYO-GOMEZ e LACAZ, 2005).

No entanto, para Lacaz, Machado e Porto, (2002) e Minayo-Gomez e Lacaz, (2005) os PST não se tornaram referência uma vez em que a rede do SUS ficou alheia à problemática da saúde-doença relacionada ao trabalho e a assistência foi priorizada em detrimento de ações de vigilância, pouco contribuindo desta forma, para a política de ST.

Segundo Minayo-Comez e Lacaz, (2005) e Dias e Hoefel, (2005) apesar de muitos avanços histórico, político e sociais, ainda existem dificuldades para se efetivar uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador intersetorial que contemple diretrizes, estratégias e metas necessárias para garantir o conjunto de ações que atenda às reais necessidades dos trabalhadores, conduzida por profissionais preparados para este fim.

A atenção voltada à saúde dos trabalhadores posteriormente foi incorporada à proposta da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e, muitos dos problemas citados por Minayo-Comez e Lacaz, (2005), Santos e Lacaz, (2011), e Dias, (1994) vem ao encontro do que é apresentado por Carvalho e Campos (2000), Lacaz, Machado e Porto (2002) e Dias, (2008) em relação ao modelo de atenção proposto pela RENAST e a atuação real, operacionalizada nos atuais Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Dentro da proposta da RENAST o modelo de atenção proposto visa implementar ações de assistência, vigilância e de promoção de saúde no SUS, que “baseia-se no enfoque das relações trabalho – saúde - doença e na centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social.” Dias e Hoefel (2005, p; 822)

Por promoção à saúde entende-se uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, considerando os determinantes sociais da saúde com um enfoque mais amplo que inclui as questões de habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e trabalho, com estratégias de

intervenção que deslocam do eixo puramente individual para uma atuação coletiva sobre esses diferentes determinantes, o que demanda a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (ALVES, 2003).

Dessa forma, a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, mas, principalmente a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, no sentido de buscar não apenas a eliminação de riscos pontuais que possam ocasionar agravos à saúde mas também, uma outra inserção do trabalhador no processo produtivo que seja potencializadora de saúde e de vida (ALVES, 2003).

Com o enfoque na promoção à saúde, o campo ST tem como objetivo de estudo não apenas os riscos e agravos/efeitos para saúde, mas também, os determinantes destes, o ambiente e a própria organização do processo de trabalho (ALVES, 2003).

Dentro desta perspectiva, a RENAST configura-se como uma rede de suporte técnico às ações de assistência e vigilância em ST articulado com a “atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal.” (DIAS E HOEFEL, 2005 p. 822)

O eixo de articulação das ações definidas pela RENAST são os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, agora identificados pela sigla CEREST pela Portaria do Ministério da Saúde 2.437, de 07/12/2005. Por meio desta Portaria os CEREST passam a ser a principal estratégia de operacionalização e fortalecimento da RENAST, ocorrendo adequação e ampliação daqueles existentes e habilitação de 200 serviços distribuídos regionalmente por todo território nacional (BRASIL/MS, 2005).

O CEREST, tido como retaguarda técnica para o SUS, tem por função conforme Portaria 2.437, art. 4º, § 1º:

[...] prover ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, MS 2005)

Considerando as necessidades de adequação da Portaria de 2005 é publicada a terceira Portaria de nº 2.728, em 11/11/2009, trazendo mudanças na orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela e a implantação do CEREST de abrangência municipal, mantendo, no entanto como funções do CEREST subsidiar tecnicamente as ações contempladas na Portaria anterior. (BRASIL/MS, Portaria 2.728, 2009).

Decorridos onze anos após a criação da RENAST em 2002, mesmo com três portarias publicadas com o objetivo de ampliar e fortalecer a Política de ST no SUS, são percebidos, ainda, alguns entraves para sua efetiva operacionalização, tanto em relação à persistência do modelo assistencial médico - individual em detrimento das ações promotoras de saúde quanto nas deficiências relacionadas à formação profissional e capacitação do pessoal das equipes para atuarem com o enfoque do campo ST (SANTOS e LACAZ, 2011).

Em relação às dificuldades é ressaltado que existe

[...] a falta de tradição, familiaridade e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a determinação social do adoecimento e sobre a importância do conhecimento e participação dos trabalhadores levam à crônica incapacidade técnica para a intervenção sobre os processos de trabalho adoecedores. SANTOS E LACAZ (2011, p.101)

Ainda para os autores,

Superar essa lógica significa também dar visibilidade aos referenciais teóricos e concepções do próprio campo, sem o qual o termo ST é utilizado, mas se mantém o discurso hegemônico da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. SANTOS E LACAZ (2011, p.101)

Esta mudança do olhar e do fazer das ações assistenciais para as de cunho preventivo e de vigilância acarreta também mudanças nos significados dos “saberes” dos profissionais da saúde.

Ocorre que o “saber” origina-se das práticas e das experiências e “está na base da elaboração dos modos operatórios.” (ASSUNÇÃO, 2003 p. 1)

A experiência por sua vez traduz-se como um

[...] processo que conduz a uma organização dos saberes permitindo ao trabalhador, em situações conhecidas a utilização das competências mais adaptáveis à situação real [e] pode-se desenvolver um saber que permite a mobilização das competências adquiridas na prática ou aquelas competências formalizadas nos bancos das escolas. (ASSUNÇÃO, 2003 p. 1).

Uma vez que os autores aqui destacados concordam que existem deficiências e até mesmo desconhecimento das questões relativas ao campo ST por parte dos profissionais que atuam nos CEREST, entende-se que estas lacunas, advindas da formação profissional adquirida na academia, precisam ser preenchidas por novos saberes para suprir falhas que impedem uma associação entre teoria-prática no que diz respeito ao enfrentamento da temática posta pela RENAST.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), na década de 1990 elaborou uma proposta para capacitação permanente do pessoal da saúde por meio de uma abordagem teórica e metodológica para a constituição de Programas de Educação Permanente em Saúde, e posteriormente, no Brasil, em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pela portaria GM/MS nº 198, sendo recentemente alterada pela portaria GM/MS nº 1.996 em 2007. (BRASIL/MS, 2007)

A PNEPS, para Batista e Gonçalves, (2011, p. 3):

[...] traz uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na

formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. (BATISTA E GONÇALVES, 2011)

Segundo Carotta, Kawamura e Salazar, (2009), a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) contribui para o fortalecimento social, a re-politização do SUS e mudanças no pensar do processo saúde-doença pelos profissionais dos serviços, fazendo-se necessárias reflexões sobre a construção de novas práticas educacionais e nos processos de trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Serviços de Saúde e a Saúde do Trabalhador: breve percurso histórico

A constituição do campo Saúde do Trabalhador traz consigo um arcabouço de antecedentes políticos, sociais e científicos enriquecidos especialmente a partir da década de 1980 devido às mudanças nas políticas públicas de saúde existentes (MINAYO - GOMEZ, MACHADO E PENA, 2011).

Historicamente, o período compreendido entre 1923-1930 reflete o surgimento da legislação trabalhista no Brasil e a promulgação da Lei Eloy Chaves entendida como marco inicial da Previdência Social. A assistência médica neste período era vista como atribuição fundamental do sistema por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), organizadas por empresas privadas com financiamento destas e dos empregados formais. O fim deste período foi marcado pela eclosão da Revolução de 1930 e a instalação do governo de Getúlio Vargas no qual há a implementação das ações centralizadas de saúde pública (CUNHA e CUNHA, 2001).

O período compreendido entre 1930-1945 marca o surgimento do Ministério do Trabalho e da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), além de mudanças na operacionalização e concepção da Previdência Social, uma vez que esta passa a ser entendida como seguro, privilegiando os benefícios em detrimento da prestação dos serviços de saúde que assume função provisória e secundária (CUNHA e CUNHA, 2001).

A partir de 1945 o Brasil vivenciou dois momentos politicamente distintos, sendo o primeiro marcado por um acelerado processo de industrialização e incorporação de demandas trabalhistas e, o segundo momento (Golpe de 1964) marcado pela ruptura com o modelo democrático dos governos anteriores e a incorporação do autoritarismo eliminando os canais de participação dos trabalhadores. O período compreende a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que uniformiza os direitos de acesso aos serviços de saúde, habitação, empréstimos e alimentação por parte dos segurados de diferentes institutos de aposentadoria (IAPs) com a extensão de tais direitos aos trabalhadores rurais e domésticos incorporados à Previdência Social durante os anos 1970 (CUNHA e CUNHA, 2001).

As ações até aqui desenvolvidas nos serviços de saúde eram voltadas para o modelo assistencial-individual e especializado, em detrimento daquelas de cunho coletivo, voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Além disto, adota-se a contratação de terceiros para prestação dos serviços de saúde em detrimento dos serviços próprios, o que gerou em 1973, elevação de custos para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de cerca de 90% na compra destes serviços (CUNHA e CUNHA, 2001).

Devido à falta de controle dos serviços terceirizados a saúde financeira da Previdência sofreu um desequilíbrio o que culminou na criação de mecanismos para

melhor controle do modelo de saúde, tais como: a criação da empresa de processamento de dados da Previdência Social (DATAPREV) e a ampliação de convênios com sindicatos, universidades, dentre outros (CUNHA e CUNHA, 2001).

Frise-se que todas as mudanças descritas ocorreram no período ditatorial em que, concomitantemente, movimentos direcionados para redemocratização do país apontavam para a necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde; mudanças no financiamento e na cobertura da Previdência Social bem como na avaliação e controle da Secretaria de Assistência Médica e da Previdência Social (CUNHA e CUNHA, 2001).

Este foi também um período importante para construções teórico-científicas marcadas por movimentos de trabalhadores da área da saúde em todo país, pela criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (CUNHA e CUNHA, 2001).

Com vistas às mudanças pretendidas, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) ocorrida em 1986 representa um marco na formulação das propostas de mudanças do setor saúde, de suma importância para elaboração da Constituição Federal de 1988 que aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecendo a saúde como direito universal e assegurado pelo Estado (CUNHA e CUNHA, 2001), (NORONHA, 2001), (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005), (SANTOS e LACAZ, 2011).

Em setembro de 1990 foi decretada a Lei Orgânica 8.080 que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde e versa sobre as condições, o funcionamento e a organização dos mesmos (BRASIL/MS, 1990).

Para a referida lei, a saúde passa a ser entendida como: “[...] um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL/MS, 1990)

Sobre as atribuições do SUS, a lei 8080 de 19/09/1990, define como competências: “[...] a execução de ações: de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL/MS, 1990 Art. 6º).

As ações de ST com inserção nos serviços de saúde a partir de então, passam a configurar uma área específica do Ministério da Saúde, ou seja, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) que busca articulação com as três esferas do SUS: federal, estadual e municipal (JACQUES, 2009).

Do ponto de vista legal, o termo Saúde do Trabalhador que surge pela primeira vez como atribuição do SUS, no artigo 6, § 3º da lei 8080/90, assume a seguinte definição:

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 a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...)” (BRASIL/MS, 1990).

Quanto aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho a referida lei cita como atribuições do SUS tanto a assistência individual ao trabalhador vitimado por acidente ou portador de doença profissional e do trabalho, quanto ações preventivas e de promoção como: participação junto a instituições de ensino superior em pesquisas e estudos sobre as condições de saúde e trabalho; normatização, fiscalização e controle de situações geradoras de riscos à saúde dos trabalhadores; orientações aos trabalhadores e

aos sindicatos a cerca de informações pertinentes às condições de saúde/doença no trabalho, dentre outras. (BRASIL/MS, 1990).

Contudo, é necessária uma maior produção de saberes e conhecimentos a fim de que as ações em prol da saúde dos trabalhadores sejam de fato incorporadas aos serviços de saúde, para que os trabalhadores sejam atendidos em suas formas específicas de adoecimentos que exigem estratégias de ações específicas, tanto no âmbito curativo - assistencial como no âmbito de promoção e prevenção (DIAS, 1994).

2.2. Modelo de Atenção

Para Scherer et al (2005), o modelo de saúde brasileiro legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na lei 6.229/75, marcado por práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo.

Para esses autores, a partir da Constituição de 1988, uma nova visão de modelo de atenção passa a vigorar e se diferencia daquele seguido até então, na medida em que agora, a atenção à saúde é entendida como a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde. Dessa forma, propõe ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação tanto no indivíduo, quanto à família e comunidade por meio de serviços tanto assistenciais quanto de vigilância em saúde.

Segundo Campos, (2007) o modelo de atenção brasileiro passa por um período de transição, em que coexistem resquícios do antigo modo de organizar a atenção,

semelhante ao norte-americano, centrado em hospitais, especialistas, com pequeno grau de coordenação e de planejamento da assistência e com uma saúde pública restrita à vigilância epidemiológica e sanitária. Esta característica se torna um dificultador ao desenvolvimento do SUS uma vez que gera ônus por vezes desnecessários e/ou inadequados às necessidades de saúde conforme propugnava o Movimento da Reforma do sistema.

Para o mesmo autor, a sustentabilidade política e econômica e a legitimidade sanitária do SUS dependem de um processo progressivo de mudança do modelo de atenção em concomitância em todo o país.

Já existem diretrizes para essa reorganização do modelo de atenção, em geral são aquelas originárias da tradição dos sistemas públicos de saúde: funcionamento em redes de serviços com co-responsabilidade e caráter complementar da atenção; importância estratégica da atenção primária, redefinição do papel do hospital e das especialidades (desospitalização); trabalho interdisciplinar e redefinição dos paradigmas tradicionais da medicina e da saúde pública; planejamento segundo necessidades de saúde, eficácia e eficiência e gestão com avaliação dos resultados e do desempenho; regionalização e hierarquização da atenção; integralidade sanitária com atuação clínica e preventiva do sistema; universalidade e saúde como direito. Acrescenta-se ainda o conceito de sistema descentralizado que combine autonomia com o funcionamento em uma rede integrada; e gestão participativa. (CAMPOS, 2007, p.303)

No que diz respeito ao processo saúde-doença e ao modelo de atenção, Capozzollo et al, (2004) afirmam que a atuação dos profissionais da saúde não deve se restringir aos aspectos biomédicos, visto que existem fatores relacionados aos modos de viver, de trabalhar e de pensar que atuam no desencadeamento de processos de adoecimento.

Em relação à composição de equipes de trabalho priorizada pelo SUS, principalmente em Programas como o Programa Saúde da Família a lógica do médico e enfermeiras generalistas é ainda muito forte e muitas vezes não contempla o trabalho interdisciplinar. Essa lógica assistencial presente na composição das equipes também se observa presente nos CEREST, o que pode contribuir para a determinação do tipo de ações desenvolvidas e do modelo de atenção adotado (CAMPOS, 2007).

Ainda sobre a questão do modelo assistencial centrado no atendimento clínico, que muitas vezes não valoriza a interdisciplinaridade, alguns autores, afirmam que:

O modelo comumente praticado na saúde em geral e na suplementar, em particular, consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários [e]o grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção, referenciada no vínculo e na responsabilização(MALTA *et al*, 2004, p. 443)

Haveria que se trabalhar em várias alternativas de perfis de profissionais para comporem as equipes de saúde, atendendo às características de cada população ou espaço geo-cultural desde que as funções essenciais da rede básica fossem atendidas; como a capacidade de resolver problemas com ações clínicas, de saúde coletiva e mediante acolhimento (CAMPOS, 2007).

2.2.1 Modelo de Atenção em Saúde do Trabalhador

A partir da Declaração da Alma-Ata, divulgada durante a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em 1978, evidenciou-se a necessidade de levar a atenção à saúde o mais próximo possível não só do local onde as pessoas moram mas, também próximo ao seu local de trabalho. A partir desse momento, várias tentativas foram se desenvolvendo no sentido de ampliar o foco da atenção à saúde para atuar na saúde dos trabalhadores (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

O envolvimento da rede de serviços de Saúde Pública para o desenvolvimento de ações voltadas para a saúde dos trabalhadores possibilita a ampliação da cobertura devido à sua característica de hierarquização, universalização do atendimento e descentralização, bem como pela proximidade da moradia e do local de trabalho, maior

número e qualidade de recursos materiais e humanos e maior possibilidade de controle e participação dos usuários (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

A partir da Portaria 3.908/GM, de 30/10/1998 que aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) foram apontadas e incorporadas algumas diretrizes para realização das ações em Saúde do Trabalhador.

Esta norma estabelece procedimentos para:

[...] orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL/MS, 1998, p. 46).

As diretrizes nela adotadas seguem os princípios doutrinários e organizativos do SUS, com enfoque direcionado à Saúde do Trabalhador. Dentre eles, destacam-se:

- 1- univesalidade e equidade em que todos os trabalhadores urbanos e rurais, com vínculo formal de trabalho ou não, deverão ter acesso garantido à saúde;
- 2- integralidade das ações na medida em que ocorre um deslocamento do modelo assistencial individual para a atenção integral;
- 3- direito ao acesso das informações sobre saúde;
- 4- controle social entendido como direito da participação dos trabalhadores desde o planejamento até a avaliação das ações realizadas;
- 5- regionalização e hierarquização das ações em Saúde do Trabalhador;
- 6- utilização da Vigilância Epidemiológica e avaliação de riscos à saúde para o planejamento das ações;
- 6- configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção, proteção e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho. Para que se cumpram as diretrizes citadas, a mesma portaria recomenda a criação de unidades especializadas de referência em Saúde do Trabalhador (BRASIL/MS, 2001).

2.2.2 O Modelo de Programas de Saúde do Trabalhador

No ano de 1979, foi definida pela Assembléia Mundial da Saúde a necessidade urgente de se desenvolver programas sociais voltados para os trabalhadores a fim de viabilizar uma maior atenção à saúde destes e, em 1980, foi aprovada uma diretriz no sentido de apoiar estes programas para a promoção de melhorias das condições de vida e de trabalho para os trabalhadores rurais, industriais e da mineração. (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

A partir desse enfoque, com intuito de estender a cobertura das ações de saúde para outros trabalhadores foram introduzidas ações de Saúde Ocupacional nos programas da rede de saúde pública. Porém, para Freitas, Lacaz e Rocha, (1985) as ações de Saúde Ocupacional trazem consigo uma visão reducionista das reais necessidades dos trabalhadores. Existe um foco individualista dos problemas de saúde no trabalho, apoiado essencialmente na noção de risco, que deixa de lado, as questões que envolvem as relações sociais de produção as quais determinam tanto o trabalhador como o ambiente de trabalho em que o mesmo está inserido (LACAZ, 1996).

Dentro dessa visão reducionista, o trabalhador é percebido como um assalariado ou consumidor de serviços de saúde, mais do que como um trabalhador, sua saúde é abordada como estilo de vida ou níveis de renda e as relações sociais estabelecidas nos ambientes laborais não são contempladas como se não existisse relação entre o trabalho e o processo saúde/doença (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

Essa visão reducionista passa a ser substituída por uma visão mais ampliada da atenção voltada à saúde dos trabalhadores deslocando-se, assim, da esfera da Saúde Ocupacional para o campo da Saúde do Trabalhador. Nessa visão, surge uma tendência a um enfoque global do macroambiente, onde as questões culturais, econômicas e

sociais, bem como físicas, são consideradas ao se desenvolver ações para promoção da saúde dos trabalhadores e como consequência, surge a preocupação de se incluir a família dentro dessas ações (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

Assim, uma das estratégias da atenção à saúde dos trabalhadores adotada pela rede de serviços de Saúde Pública foi a capacitação dos profissionais em Vigilância Epidemiológica. Dessa forma, quando no atendimento médico fossem diagnosticados casos de doença do trabalho ou acidente, o local de trabalho que deu origem àquele agravo deveria ser inspecionado para identificação dos determinantes causais e identificação de outros casos (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

Conforme os mesmos autores, para o estabelecimento de ações resolutivas em Saúde do Trabalhador na rede de serviços, o trabalhador/paciente deveria ser abordado através da construção de uma história de vida profissional detalhada e quando necessário, uma anamnese profissional detida. Dessa forma, seria possível conhecer e tratar integralmente os determinantes patogênicos geradores de morbi-mortalidade advindos não só da condição laboral em que se encontra o trabalhador, mas de outras condições anteriores de trabalho que muitas vezes não são contempladas. (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

A partir da incorporação das ações de saúde dos trabalhadores na rede de serviços públicos surge uma preocupação com as interrelações entre trabalho e saúde. O Instituto de Saúde da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo propõe dois modelos de programas voltados para ações em saúde dos trabalhadores (FREITAS, LACAZ e ROCHA, 1985).

No primeiro Programa, destacam-se algumas características originais e pioneiras, ou seja, dá-se início à atuação da Secretaria de Estado da Saúde articulada com outras instituições para o desenvolvimento de ações voltadas para a população trabalhadora de

Cubatão com enfoque nos problemas de saúde relacionados ao trabalho e à poluição ambiental originados da produção industrial do polo petroquímico e metalúrgico. Trata-se do início da atuação daquela Secretaria em articulação intersetorial com outras instituições envolvendo áreas de competência multi-institucional para realização de diagnóstico e tratamento de doenças do trabalho, fiscalização das condições de trabalho, controle da poluição ambiental e atividades de pesquisa a partir da participação de universidades. Em relação à operacionalização do programa, o ponto central é a saúde daqueles que lá trabalham e, para tal, a estratégia de Vigilância Epidemiológica é introduzida para execução de ações de fiscalização e controle das condições de trabalho existentes. Nesse Programa houve uma preocupação também em atuar nos problemas de saúde mental originados basicamente pela forma como o trabalho é organizado, em relação às exigências, ritmos, dentre outros. A participação da população trabalhadora, através de sindicatos ou associações era estimulada no sentido de favorecer melhorias nas condições de vida e trabalho dessa população com participação social (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

O segundo programa apontado pelos mesmos autores, foi o Programa de Educação Sanitária e de Vigilância Epidemiológica das intoxicações de agrotóxicos no Vale do Ribeira cujos objetivos eram:

- 1- conscientizar profissionais da saúde e da Secretaria de Agricultura, professores e trabalhadores sobre as consequências da utilização de agrotóxicos;
- 2- orientar em relação ao risco de acidentes,
- 3- detectar casos de intoxicação por uso de agrotóxicos,
- 4- implantar um sistema de vigilância epidemiológica voltado para o controle das intoxicações por agrotóxicos .

O programa apresentava duas fases distintas sendo que na primeira fase ocorreu atividade de Educação Sanitária, através da realização de um curso sobre Intoxicação por agrotóxicos e acidentes com animais peçonhentos, para os profissionais da Saúde e da Secretaria de Estado da Agricultura bem como para população local e trabalhadores rurais. Já na segunda fase, estimulou-se a notificação de casos de intoxicação com a análise dos dados de todos os atendimentos realizados na rede de serviços para o desenvolvimento de ações de Vigilância Epidemiológica junto com a Secretaria da Agricultura, visando a atenção à saúde dos trabalhadores rurais (FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985).

Segundo Dias, (1994) mesmo com limitações e dificuldades dos PST pela falta de respaldo institucional e/ou por vezes de apoio dos próprios usuários para o desenvolvimento das ações, estas experiências contribuíram no sentido de abordar as questões relativas à ST dentro dos serviços do SUS.

[...] no cotidiano dos PST está sendo construída uma prática que busca desenvolver os determinantes do processo saúde-doença e estabelecer o nexo trabalho e saúde que podem resultar tanto de necessidades sentidas de saúde ou de problemas da saúde definidos pelos diversos atores sociais, incluindo os profissionais dos serviços de saúde (DIAS, 1994, p.242).

Para outros autores os PST possibilitaram, apesar das limitações às práticas de Vigilância que fosse, “encontrando seu solo mais fértil, e ao mesmo tempo mais conflitivo, trazendo uma série de inquietações e reflexões fundamentais para a história e a transformação da VISAT no Brasil.” (PINHEIRO, 1996 p. 28)

Dentro desta perspectiva houve uma contribuição dos PST incorporados posteriormente pelos Centros de Referência em ST (CRST) já na perspectiva da municipalização da saúde, conforme propunha a já referida Portaria 3.908/98 na perspectiva de que as ações de ST saíssem do modelo assistencial individual e contemplassem um modelo de atenção integral considerando a estratégia de vigilância

que incorporava a intervenção nos ambientes e processos de trabalho propícios ao desencadeamento de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2001).

2.2.3 O Modelo de Atenção da RENAST

Nos anos 2.000 a principal estratégia do SUS para a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores apontada pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, foi a publicação da Portaria 1.679 que entrou em vigor em 19 de setembro de 2002 criando a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) com o seguinte pressuposto:

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 e tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento, colocados à serviço das necessidades dos trabalhadores (BRASIL/MS, 2006, p.19).

A criação e a expansão de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) foi a principal medida daquela Portaria, que tinha como intuito organizar as ações e serviços voltados para a atenção em ST.

Pela Portaria, os CRST já existentes, e os novos, deveriam ser cadastrados e habilitados, de acordo com normas estabelecidas em ato específico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Os CRST representam uma referência regionalizada de ST e cumprem, dentre outras, as ações de:

[...] prover suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede SUS e o Controle Social (DIAS e HOEFEL, 2005, p. 822).

A forma de atendimento definida pelo modelo de atenção da RENAST e operacionalizada pelos CRST, que são responsáveis pela assistência na rede de cuidado é dividida em duas vertentes. A primeira vertente está voltada para a atenção básica, urgência e emergência, média e alta complexidade dos agravos à saúde relacionados ao trabalho através da rede sentinela.

[...] 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”. (BRASIL/MS, 2006 p. 49)

A outra vertente é voltada para a atuação em ambientes e situações de trabalho geradoras de doenças: através de Vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e em Saúde do Trabalhador, a estas ações dá-se o nome de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (BRASIL/MS, 2006).

Estes Centros, compreendidos como “centros de inteligência” ou pólos irradiadores assumem um papel de explicitação do processo saúde-doença no/pelo trabalho sobre o enfoque da determinação social. (DIAS E HOEFEL, 2005), (JACQUES, 2009).

Para realização destas ações realoca-se pessoal da própria rede de atenção à saúde vinculados às prefeituras municipais uma vez que não existe concurso específico para composição da equipe técnica dos CEREST. (JACQUES, 2009).

A caracterização das equipes segundo a Portaria 1.679 (Brasil, 2002) deve ser dimensionada e pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), segundo parâmetros mínimos de composição de profissionais e carga horária mínima de 20 horas de acordo com o porte do CRST em modalidades diferenciadas, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 1: Caracterização dos recursos humanos para composição da equipe mínima dos CEREST.

Modalidade	Dimensão da Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CRST Regional a (até 700.000 mil habitantes)	8	Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio (*) e 3 profissionais de nível superior (**).
CRST Regional b (até 1,8 milhões de habitantes)	10	Equipe do CRST Regional a + 1 profissional de nível superior, 1 profissional de nível médio.
CRST Regional c (mais de 1,8 milhões de habitantes)	15	Equipe do CRST Regional b + 2 profissionais de nível superior, 2 profissionais de nível médio.
CRST Estadual a (capitais com até 500 mil habitantes)	10	2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 3 profissionais de nível médio, 5 profissionais de nível superior.
CRST Estadual b (capitais com até 1 milhão de habitantes)	15	Equipe do CRST Estadual a + 2 profissionais de nível médio, 2 profissionais de nível superior.
CRST Estadual c (capitais com mais de 1 milhão de habitantes)	20	Equipe do CRST Estadual b + 2 profissionais de nível médio, 1 profissional de nível superior.

Fonte: Portaria MS n.º 1679/GM de 19 de setembro de 2002

(*) - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas.

(**) - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado.

Para Dias (2008), inexistente uma definição do papel que o CRST deve cumprir o que somado ao despreparo das equipes, à falta de suporte técnico e à fragilidade das bases legais dificulta muito a execução das ações no cotidiano dos serviços.

Para a autora, as ações de vigilância ganharam maior ênfase a partir da segunda Portaria da RENAST. Trata-se da Portaria 2.437/GM de 2005, cuja perspectiva é buscar transformar as condições de trabalho geradoras de doença e morte dos trabalhadores por

meio das diretrizes para estruturação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, em conformidade a Portaria GM/MS nº 3.120/98 e Portaria GM/MS nº 1.172/04.

A segunda Portaria relativa à RENAST visa ampliar e fortalecer a RENAST através da adequação e ampliação dos CRST, que, passaram a ser identificados pela sigla CEREST e do fortalecimento do controle social como componente essencial do processo de ampliação da RENAST e sua participação na previsão de ações em Saúde do Trabalhador por meio das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Comissões intersetoriais de ST (CIST) (BRASIL, 2005).

Com relação à ampliação do número de novos CEREST a ser implantados, a Portaria ressalta os critérios para habilitação dos mesmos com maior clareza do que aqueles da portaria anterior de 2002, destacando os seguintes documentos a serem encaminhados ao MS:

I - ofício do Gestor, com o pedido de habilitação;

II - projeto de funcionamento do CEREST;

III - cópia da ata da reunião da CIB que aprovou o CEREST;

IV - termo de compromisso do gestor, em que se assegure o início de funcionamento do CEREST, em até três (3) meses após o recebimento do incentivo financeiro para sua implantação (BRASIL, 2005).

Além destas, a Portaria define também a inclusão das ações de ST na Atenção Básica, a implementação das ações de vigilância e promoção em ST, instituição e indicação de serviços de ST de retaguarda de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela, e caracterização de municípios Sentinela em ST (BRASIL, 2006) e (SANTOS E LACAZ, 2011).

Outro ponto que merece destaque na Portaria de 2005 é a recomendação de sistematização das informações em ST por meio dos instrumentos de informação já

existentes: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Portaria GM/MS nº 777/04 de 28/04/2004, que define 11 agravos notificáveis em ST:

- 1 - Acidente de Trabalho Fatal;
- 2 - Acidentes de Trabalho com Mutilações;
- 3 - Acidente com Exposição à Material Biológico;
- 4 - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
- 5 - Dermatoses Ocupacionais;
- 6 - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- 7 - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);
- 8 - Pneumoconioses;
- 9 - Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR;
- 10 - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho;
- 11 - Câncer Relacionado ao Trabalho (BRASIL, 2004).

Conforme tal Portaria, os CEREST continuam a ser entendidos como unidades especializadas de retaguarda para as ações de ST no SUS atribuindo 23 funções para os CEREST estaduais e 26 para os regionais, o que dificulta a execução e acompanhamento das ações a nível federal considerando-se a diversidade regional e a gama de atividades econômicas bem como suas respectivas implicações para a relação saúde-doença no trabalho, existentes no território Brasileiro (JACQUES, 2009).

A partir desta Portaria, os novos CEREST são classificados e os já existentes reclassificados como regionais ou estaduais sem se considerar as modalidades

diferenciadas na Portaria anterior. Para tanto a caracterização da equipe em relação à composição da equipe mínima sofreu alterações conforme mostra o quadro 2:

Quadro 2: Caracterização dos recursos humanos para composição da equipe mínima dos CEREST Regional e Estadual

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).

Fonte: Portaria nº 2.437/GM de 7 de dezembro de 2005

(*) - Profissional de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas, entre outros.

(**) - Profissional de nível superior, com experiência comprovada de, no mínimo, dois anos, em serviços de Saúde do Trabalhador e/ou com especialização em Saúde Pública, ou especialização em Saúde do Trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, odontologistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros.

Em novembro de 2009 foi publicada mais uma Portaria referente à RENAST. Trata-se da Portaria GM 2.728 que, apesar de bem recente, não traz mudanças significativas em relação às anteriores.

Uma das mudanças diz respeito aos Municípios Sentinela que além de diagnosticarem e notificarem os agravos à saúde recebem também atribuições de desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS (BRASIL/MS, 2009).

Por meio desta Portaria, foram também definidos critérios para implantação de CEREST municipais, sendo condicionada a municípios com população superior a 500 mil habitantes.

Em relação ao quadro de pessoal não ocorreu mudança desde a última Portaria, uma vez que são sugeridos profissionais de nível médio e superior para composição da equipe mínima do CEREST ficando a escolha dos demais profissionais a cargo de cada gestor.

Sobre a composição das equipes, Dias (2008) afirma que existe uma grande dificuldade de incorporação de médicos e profissionais da saúde com formação em Saúde do Trabalhador e que a equipe profissional mínima prescrita parece mais orientada para as ações de assistência do que para as ações de vigilância.

Dentro desta constatação é sabido também que muitos CEREST ainda atuam como “porta de entrada” dos trabalhadores com doenças ocupacionais ou acidentes do trabalho, o que os descaracteriza como uma unidade especializada e de referência em ST. (LACAZ, MACHADO & PORTO, 2002), (DIAS e HOEFEL, 2005), (SANTOS e LACAZ, 2011)

Ademais, o enfoque assistencial, para Lacaz, Machado e Porto, (2002) e Lourenço, (2009) persiste nas ações dos CEREST apesar das orientações indicativas para a priorização das ações de vigilância. Alguns CEREST estruturam-se como clínicas de reabilitação, com equipamentos e instrumental, adquiridos com a verba da RENAST, para atendimento de pacientes, sem levar em conta as repercussões e os impactos do trabalho para o desencadeamento do processo saúde-doença.

Para alguns autores, o modelo de atenção proposto pela RENAST ainda é um ponto crucial para efetivação da política em ST:

Romper a lógica assistencial ainda é um grande desafio para a própria estruturação da RENAST e da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS. As ações coletivas, no âmbito da vigilância, da promoção e proteção da saúde,

mesmo que mais efetivas estão em segundo plano, em decorrência de um modelo centrado na consulta médica e na abordagem individual do trabalhador. (SANTOS e LACAZ, 2011, p. 96)

Dentro dessa visão, o modelo de atenção à saúde adotado pela RENAST deve ser aquele que valorize tanto as ações de prevenção e promoção, quanto o trabalho interdisciplinar e transdisciplinar, haja visto a importância crescente dos papéis das categorias não-médicas no atendimento ao usuário, retomando a questão já descrita por Alves (2003) sobre a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, que representa um desafio complexo no que se refere à construção do modelo de atenção (CARVALHO & CAMPOS, 2000).

Sobre a importância da construção de novos saberes e dos múltiplos olhares, Dias (1994) explicita a necessidade de ir para além de uma visão fragmentada:

Na abordagem transdisciplinar os saberes e instrumentos desenvolvidos ao longo do tempo pelas diversas áreas do conhecimento devem passar por um processo de re-elaboração, construindo um novo saber e novos instrumentos, distintos daqueles que lhe deram origem. (DIAS, 1994, p. 247)

Por isso, vale repensar a constituição das equipes mínimas de trabalho dos CEREST, na qual médicos e enfermeiros são mais solicitados, o que pode representar a perspectiva médico-assistencial-individual, em detrimento das abordagens de caráter coletivo (SANTOS e LACAZ, 2011)

Ademais, para o estabelecimento das relações Trabalho e Saúde, em toda rede SUS, é de suma importância discutir a formação profissional graduada de outros profissionais de áreas distintas da saúde para atuarem nessa rede.

Profissionais da área de ciências sociais, por exemplo, poderiam contribuir para uma abordagem mais ampla das questões relativas ao processo de saúde-doença e nas relações saúde-trabalho por sua inserção e formação pautada nas determinações sociais?

Profissionais da área de ciências exatas, como os engenheiros, poderiam proporcionar maior permeabilidade nas empresas para a efetivação das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho?

No que se refere à composição das equipes, vale ressaltar também a capacitação do pessoal das equipes do CEREST, que representa uma das frentes de ação da RENAST por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Por isso,

Além das dificuldades para composição das equipes, os resultados do estudo indicam que a capacitação dos profissionais é o maior nó crítico para execução das ações de Saúde do Trabalhador pelos CEREST tanto de vigilância quanto assistenciais. Lacunas no conhecimento sobre as relações produção-consumo-ambiente e saúde e os impactos sobre a saúde dos trabalhadores começam a se formar na graduação e precisam ser preenchidas para que os profissionais possam desenvolver, com qualidade, essas atribuições. (DIAS, 2008, p.9)

Em relação aos profissionais de saúde que trabalham nos CEREST, pode-se observar uma grande tendência de se alocar pessoas de outros setores da atenção básica ou de outras áreas da secretarias municipais de saúde para fazerem parte das equipes, uma vez que a composição destas não é claramente definida pela RENAST e grande parte destes não tem formação profissional necessária para programar e desenvolver medidas de promoção e prevenção em ST. (DIAS, 2008).

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Sobre a capacitação das equipes, Dias e Hoefel (2005), relatam que uma das frentes de atuação da RENAST envolve a implementação de um amplo processo de capacitação nos estados e municípios, de modo articulado com a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde e a participação dos pólos de educação permanente, de universidades e instituições de ensino, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Conforme propõe o Ministério da Saúde:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL-MS, 2009).

A PNEPS foi instituída pela Portaria GM/MS 198, em 2004 e mais recentemente foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, em 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação dessa política.

As diretrizes para capacitação em Saúde do Trabalhador estão fundamentadas:

1- Na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), em especial na Diretriz V que trata da reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho com incentivo à capacitação e educação continuada do seu pessoal; (BRASIL, 2004)

2- Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS Nº 198, de 2004);

3- No modelo de atenção à Saúde do Trabalhador no SUS, proposto pela RENAST. (BRASIL-MS, 2006)

Este processo de educação permanente pautado nas políticas e portarias já mencionadas é de suma importância para a estratégia de operacionalização da RENAST. Para tanto, deverá contemplar as diversidades e especificidades regionais, incorporar os princípios do trabalho interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área. (BRASIL/MS, Portaria 198, 2004)

Propõe-se a preparar profissionais em quantidade suficiente e qualificados a desenvolverem ações de diagnósticos de doenças e agravos relacionados ao trabalho bem como as ações de vigilância dos ambientes e das condições, processos de trabalho.

Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores. (BRASIL/MS, Portaria 198, 2004)

O processo de educação permanente em Saúde do Trabalhador deverá compreender todos os profissionais vinculados ao SUS, independentemente da especialidade e nível de atuação, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, equipes da saúde da família, saúde da mulher, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, bem como a equipe técnica do CEREST. (BRASIL/MS, Portaria 198, 2004)

Para tal, o MS propõe um programa integrado com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como: as divisões regionais de saúde, as escolas de nível técnico e as universidades sejam elas públicas ou privadas, os centros acadêmicos e de pesquisas, as Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos de Saúde, organizações sindicais, Organizações não governamentais (ONG) entre outras (CAPOZOLLO et al, 2004).

Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde através do Grupo de Trabalho de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde – Comissão Intergestores tripartite (CIT) mantém um programa de implantação do Sistema Universidade Aberta do SUS, que estabelece parcerias com universidades públicas para oferta de cursos em larga escala em regime de cooperação técnica. O informe Universidade Aberta do SUS – (UNA-SUS), acessado a partir do *site* do Ministério da Saúde, divulga a educação através das parcerias firmadas com universidades públicas. (BRASIL/MS, 2009).

Destaca-se também a importância do estabelecimento da transversalidade e integração com os vários ministérios, como o Ministério da Educação por meio do incentivo da inclusão de conteúdos temáticos em cursos de graduação e de programas

específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito possibilitando a articulação ensino / pesquisa / extensão. (BRASIL/MS, Portaria 198, 2004)

Segundo Capozollo et al, (2004) a idéia de uma equipe para construir e reconstruir permanentemente propostas e ações articuladoras de políticas de saúde é sem dúvida uma estratégia interessante, porém, para que seja efetiva de fato esta necessita muito mais do que colocar pessoas de formações diferenciadas trabalhando juntas no mesmo ambiente. São necessários, portanto, esforços conjuntos e trabalhos articulados para a construção de uma equipe funcional, bem como uma qualificação de forma permanente para assegurar estas práticas.

Para estes autores é comum que as dificuldades ou problemas que surgem no trabalho sejam atribuídos ao indivíduo enquanto profissional e espera-se que palestras e treinamentos consigam resolvê-los.

Por se tratar de um campo recente, a ST ainda é pouco abordada nos conteúdos das graduações, principalmente daqueles profissionais formados anteriormente ou no decorrer da implantação dos serviços especializados para este fim.

Entende-se, aqui, por formação:

[...] a construção de conhecimentos relativos a diferentes contextos: sociais, culturais, educacionais, profissionais. Desfaz-se a idéia do formar-se como algo pronto, que se completa e/ou finaliza, assumindo-se uma compreensão de formação como processo permanente, com momentos provisórios de terminalidade (por exemplo, no que se refere à escolarização) e que sempre são gerados novas oportunidades de desenvolvimento. (BATISTA, 2004, p. 15).

Ainda em relação ao processo ensino-aprendizagem adquirido na formação graduada, o mesmo autor, faz o seguinte questionamento:

[...] como ser um profissional da saúde crítico, reflexivo, que sabe e valoriza trabalhar em equipe, se as situações de aprendizagem na graduação pautam-se na transmissão e repetição dos conteúdos? (BATISTA, 2004, p. 6-7)

Dentro desta perspectiva, a capacitação dos profissionais que atuam em saúde por meio de educação permanente em ST torna-se indispensável por permitir que as lacunas da formação graduada sejam preenchidas e que os serviços possam de fato efetivar-se enquanto parte constitutiva de políticas de ST.

Para Dias, (2008) tanto os conteúdos como a dinâmica dos cursos de capacitação em ST devem ser pensados de forma a atender tanto as necessidades dos serviços como as da PNEPS.

Ainda sobre a questão, vêm à tona os modelos de ensino-aprendizagem comumente utilizados, que definem o educador como transmissor de conhecimentos e o educando como receptor, que não tem respondido às necessidades da sociedade, visto as transformações ocorridas nos modos de disseminação das informações. Há que se pensar então em novas formas instituintes de educação por meio de métodos dialógicos, construtivistas e problematizadores como apontam, por exemplo, Batista (2004), Capozollo *et al.* (2004), Batista e Gonçalves (2011) e (Freitas, 2011).

Por meio do processo de aprendizagem significativa no trabalho em saúde pode-se questionar pedagogicamente as práticas, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população e a ampliação do trabalho integral em saúde. (FREITAS, 2011 p. 12).

Portanto, dentre todos os procedimentos de educação permanente a serem estimulados e / ou desenvolvidos, destacam-se os que permitem maior participação dos profissionais da área, objetivando maior e melhor resultado no processo de aprendizagem, bem como do trabalho interdisciplinar, valorizando a diversidade da formação graduada das equipes (BATISTA E GONÇALVES, 2011).

Segundo Capozollo et al, (2004), para que sejam desenvolvidas abordagens e intervenções abrangentes seria de suma importância que os profissionais de saúde refletissem sobre as práticas adotadas em seu trabalho no sentido de resgatar pontos de subjetividade para o estabelecimento de aspectos inerentes ao processo saúde-doença.

Esses autores afirmam que a aquisição de saberes advindos da sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular entre outros, trazem contribuições valiosas para aquisição daquelas percepções.

Conforme Dias, (2008) em seu estudo realizado em 15 CEREST do estado de Minas Gerais, o perfil de profissionais que compunham as equipes técnicas revelou existir em sua maioria, adultos jovens com tempo médio de trabalho no CEREST de quatro anos, com pós-graduações em diferentes áreas da Saúde Pública, mostrando-se, porém, uma reduzida qualificação em ST e uma dificuldade de incorporação de profissionais com formação ou experiência comprovada em ST, conforme recomendações da Portaria da RENAST de 2005.

Diante disso, cabe aqui indagar: a formação profissional graduada e a capacitação retardada podem ser consideradas pontos de gargalo da atuação do CEREST?

Ademais, surgem alguns questionamentos:

1- Pode-se dizer que o **modelo** com predominância da assistência médica curativa e individual praticada por alguns CEREST tenha relação com a **formação profissional** dos membros da equipe?

2- Existe relação entre a **capacitação** da equipe do CEREST, no que tange às diretrizes para implementação da **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dos Trabalhadores**, e a tomada de decisões e execução de **ações centradas na proposta da RENAST para além de uma abordagem assistencial individual?**

A partir desta perspectiva, o presente estudo se justifica pela necessidade de se estabelecer modelos de atenção em Saúde do Trabalhador que envolvam completamente as características estabelecidas pela RENAST, no que diz respeito a romper com a

lógica do sistema médico – assistencial – individual e investir em ações coletivas, no âmbito da vigilância, da promoção e proteção da saúde.

Por esse motivo acredita-se que seja de suma importância capacitar o pessoal que compõe as equipes técnicas dos CEREST para torná-los aptos a desenvolver essas estratégias.

Frise-se, por fim, que não constituiu foco deste estudo, aprofundar nas questões relativas a quais profissionais graduados seriam mais indicados a compor as equipes do CEREST, mas, acredita-se que esta reflexão seja importante para repensar o modelo de atenção que tem sido adotado.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre a formação profissional graduada e a capacitação/Educação Permanente em Saúde do Trabalhador da equipe e as ações desenvolvidas dentro do modelo da RENAST pelo CEREST regional de Araxá em Minas Gerais.

4.2 Objetivos específicos

- Analisar as estratégias do CEREST quanto às ações de promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador a partir da composição da equipe, caracterizando aspectos positivos e as dificuldades para o desenvolvimento das ações do CEREST.

5 METODOLOGIA

Para Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p.14) a metodologia é retratada como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”.

Para os autores a metodologia abarca o método da pesquisa, os instrumentos para coleta de informações e a capacidade do pesquisador de articular os dados de campo com a teoria de forma a construir a obra final (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2007, p.14).

Por se tratar de um estudo cujo foco está direcionado para a análise das relações sociais estabelecidas entre seres humanos em ações e ambientes diferenciados, fica evidente a necessidade de uma proposta metodológica que possibilite à pesquisadora “colocar-se no papel do outro”, Godoy, (1995, p.61), para melhor compreensão da realidade.

Desta forma, optou-se por desenvolver como método no presente estudo, uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa tendo como campo de pesquisa o CEREST regional de Araxá em Minas Gerais.

Quando o estudo é de caráter descritivo e o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade, é possível que uma análise qualitativa seja a mais indicada. (GODOY, 1995 p. 63).

Para Godoy, (1995, p.58), a pesquisa qualitativa pode receber outros sinônimos como: pesquisa de campo ou pesquisa naturalística. O nome pesquisa de campo é usado na tentativa de diferenciar as pesquisas realizadas no ambiente natural dos sujeitos, daquelas realizadas em laboratórios. Já o termo pesquisa naturalística além de designar o habitat natural dos sujeitos da pesquisa, refere-se também à preocupação com a linguagem e os conceitos não-teóricos para melhor compreensão dos fenômenos analisados.

Dentro do enfoque da pesquisa qualitativa destacam-se os seguintes pontos:

[...] a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995 p.58).

A partir deste enfoque, a presente pesquisa optou por desenvolver um estudo de caso a fim de aprofundar o estudo sobre o objeto pesquisado, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo, preservando, no entanto, seu caráter unitário, o que seria praticamente impossível através de outros métodos de investigação, apontado como possivelmente o mais relevante dos tipos de pesquisa qualitativa (TRIVINÕS, 1987).

Por meio do estudo de caso é possível que o pesquisador adentre a situação observando a atividade real do objeto pesquisado, o que também requer a apresentação rigorosa dos dados e a delimitação teórica prévia. Para tal, baseia-se em diferentes fontes de informação e, como qualquer outra estratégia de pesquisa, apóia-se na literatura existente para conduzir a coleta e a análise dos dados (TRIVINÕS, 1987).

Para que fosse possível atingir os objetivos propostos, foi necessário estruturar a pesquisa em três etapas distintas.

5.1 Estudo Bibliográfico

Inicialmente foi realizado estudo bibliográfico a cerca das políticas norteadoras de Saúde do Trabalhador anteriormente à RENAST e a partir de sua criação, para maior compreensão do modelo proposto e de seu papel real.

O sucesso da pesquisa de campo depende de um bom levantamento bibliográfico sobre o tema a ser pesquisado, o que segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p. 61) “permite ao pesquisador partir do conhecimento já existente e não repetir o nível primário da descoberta da pólvora [...]”.

O acervo bibliográfico pesquisado constituiu-se de livros; artigos em base eletrônica disponíveis no Scielo; documentos relacionados ao campo ST disponíveis em sites do Ministério da Saúde e sites afins; bem como dissertações e teses de pós-graduação de universidades que ofertam cursos com abordagem em Saúde Pública, Saúde Coletiva e/ou Saúde do Trabalhador.

Para a busca foram utilizadas como palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Educação Permanente em Saúde, Formação Profissional, CEREST, RENAST e SUS.

5.2 Desenvolvimento da pesquisa de campo

Após o levantamento bibliográfico foi possível dar início à pesquisa de campo com o intuito de estabelecer uma ligação entre os elementos teóricos colhidos de referenciais bibliográficos e a realidade da situação pesquisada.

Sobre o trabalho de campo, Minayo, Deslandes e Gomes (2007) afirmam que:

[...] permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelece uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social (MINAYO, DESLANDES e GOMES 2007, p. 61).

Antes de dar início à pesquisa de campo propriamente dita foi feito contato via telefone com a coordenadora técnica do CEREST pesquisado para fins de apresentação do projeto e agendamento da primeira visita. Na oportunidade foi enviado via fax uma

carta de apresentação do projeto de mestrado (Anexo A) assinado pelo orientador e pela pesquisadora via Universidade Federal de São Paulo.

O primeiro contato pessoal com o CEREST foi precedido de apresentação e do projeto de pesquisa, bem como da entrega do convite para fazer parte do estudo o qual foi acompanhado do parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (Anexo B) e do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C).

Os termos de consentimento foram devidamente assinados pelos membros da equipe que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa.

Seguidos estes passos, deu-se início ao acompanhamento e participação das ações realizadas no CEREST Araxá para coleta dos dados necessários ao desenvolvimento do estudo.

Várias são as técnicas de coleta de dados em um estudo de campo considerando a pesquisa qualitativa. Para Minayo, Assis e Sousa (2005) e Minayo, Deslandes e Gomes, (2007) os principais instrumentos são a observação e a entrevista, uma vez que a primeira possibilita ao pesquisador captar informações sobre a realidade dos fatos que não são expressos verbalmente, e a segunda, pela coleta de verbalizações dos pesquisados sobre a realidade dos fatos.

Para o estudo em questão foram utilizados quatro (4) instrumentos metodológicos para coleta de dados, como se seguem:

1) Entrevistas semi-estruturadas

Foi realizada uma (1) entrevista com duração de 52 minutos e 05 segundos com a coordenadora técnica e uma (1) entrevista de 49 minutos e 58 segundos com o coordenador administrativo do CEREST pesquisado. Ambas as entrevistas foram

gravadas, com autorização prévia dos entrevistados, por meio de um gravador digital portátil da marca Panasonic.

O roteiro das duas entrevistas foi o mesmo para ambos contendo cinco eixos de abordagem: 1- Características do CEREST Araxá, 2- Composição e características da equipe, 3- Capacitação em Saúde do Trabalhador, 4- Ações desenvolvidas e 5- Visão geral (pontos positivos, negativos, dificuldades e conquistas do CEREST Araxá desde a sua criação). (Anexo D)

Segundo Minayo, Assis e Sousa (2005, p.91) e Minayo, Deslandes e Gomes, (2007 p. 64), a entrevista semi-estruturada segue um roteiro com questões abertas e fechadas onde “[...] o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.”

Por este motivo, a opção para o uso de entrevista semi-estruturada no estudo se deveu ao fato de a mesma oferecer perguntas sem engessamento das respostas, de modo a permitir aos entrevistados expressar em suas opiniões para além do roteiro de perguntas.

2) Observações de campo – Observação participante

A observação participante é um importante instrumento de coleta de dados da pesquisa qualitativa por permitir melhor compreensão da realidade na medida em que o pesquisador/observador convive com o grupo pesquisado, com seus costumes e interesses.

Para Minayo, Deslandes e Gomes, (2007 p. 70) a observação participante é definida como:

[...] um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no

espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2007)

Como instrumento auxiliar para registro das informações oriundas da observação participante foram feitas anotações em um caderno denominado diário de campo.

As visitas e observações de campo ocorreram de acordo com o calendário de atividades definido pelo CEREST e mediante uma negociação prévia para acompanhamento das atividades desenvolvidas visando explicitação de vivências que permitissem dar visibilidade aos seus cotidianos de trabalho.

Antes de cada visita seguiu-se o procedimento de agendá-la com o mínimo de quatro (4) dias de antecedência via telefone e e-mail. Após a confirmação do CEREST, o mesmo enviava a programação das ações da equipe para o dia solicitado, assim, foi possível estabelecer um roteiro para as observações de campo.

Durante as observações o pesquisador necessita de um olhar inquieto, curioso e questionador, e para isso precisa estar preparado anteriormente para “olhar e perceber o que se relaciona com seu objeto de investigação” (MINAYO, ASSIS e SOUSA, 2005 p. 140).

3) Análise documental

Uma vez em que a pesquisa qualitativa não se apresenta com um enfoque rígido estruturalmente, a análise documental é um importante instrumento para o resgate de dados considerados como fontes naturais de informação, por impossibilitar alterações no comportamento dos sujeitos, ações e situações documentadas (GODOY, 1995, p.22).

Segundo Bachelard (1980) e Block (1954) *apud* Minayo, Assis e Sousa (2005 p. 142), os documentos analisados “não falam por si”, porém, “respondem a indagações dos investigadores”. Desta forma, a escolha dos documentos para análise é de fundamental importância para obtenção de dados que atendam às expectativas da pesquisa.

Com o intuito de atender aos objetivos propostos e responder aos questionamentos da pesquisa, fizeram parte da análise: as pastas com registros das ações desenvolvidas nos anos de 2009 e 2010, os registros de capacitação dos profissionais da equipe, o Plano de Trabalho do biênio 2010-2011 e o Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 da Prefeitura Municipal de Araxá, considerados adequados à pesquisa por serem documentos oficiais e públicos.

Grande parte dos registros das ações bem como de capacitação dos membros da equipe do CEREST que tiveram sua entrada anterior a 2008, foram perdidos juntamente com grande parte da história da criação do CEREST, o que restringiu em parte a sistematização dos dados.

4) Grupo focal ¹

A utilização de grupos focais, inicialmente denominada de entrevista focalizada em grupo, teve sua origem na década de 1950, e era utilizada para coleta de opiniões sobre determinados assuntos de interesses diversos, como observações sobre filmes,

¹ . Foi realizado um (1) grupo focal com duração de 1 hora 9 minutos e 13 segundos com os membros da equipe técnica do CEREST e a pesquisadora que assumiu o papel de moderadora do grupo. As verbalizações oriundas do grupo focal foram registradas por meio de um gravador digital portátil da marca Panasonic, com autorização prévia dos entrevistados.

programas e produtos devido à dificuldade na coleta de opiniões individuais (KIND, 2004, p.126).

Cientificamente a técnica de grupos focais encontra-se fundamentada em estudos de sociologia e psicologia social através de pesquisas sociais, porém, era pouco utilizada na área da saúde (KIND, 2004, p.126).

Os grupos focais utilizam a interação grupal para produzir dados e insights que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo. Os dados obtidos, então, levam em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo. Apesar disso, o grupo focal conserva o caráter da técnica de coleta de dados, adequado, a priori, para investigações qualitativas. (KIND, 2004, p.126).

A composição dos participantes de um grupo focal deve ser de forma a contemplar indivíduos com características homogêneas como fazer parte de um determinado grupo social: trabalhar na mesma instituição, ou estudar na mesma escola, ou em projetos comuns (KRUGER, 1998 *apud* MINAYO, ASSIS e SOUSA 2005 p. 172).

O grupo foi orientado quanto à confidencialidade nas informações repassadas, ao uso ético das mesmas para fins de pesquisa, e quanto a participação voluntária podendo haver desistência em participar quando os mesmos achassem conveniente sem prejuízos pessoais e/ou profissionais.

Optou-se também pela elaboração e preenchimento de um questionário com relação à formação profissional e capacitação, de modo a facilitar a organização dos dados da pesquisa (Anexo E).

A discussão realizada no grupo focal orientou-se por cinco tópicos: 1- Equipe técnica do CEREST Araxá, 2- Capacitação em Saúde do Trabalhador, 3- Ações desenvolvidas, 4-Aspectos de dificuldade para realização das ações e 5- Opinião, sugestão, críticas e comentários (Anexo F).

Análise de dados e Devolução para o CEREST

Os dados colhidos na etapa anterior da pesquisa foram organizados, analisados e interpretados através de análise de conteúdo segundo Bardin, (1988), e comparados à bibliografia reunida para a pesquisa a fim de colher resultados e favorecer informações para discussão do estudo.

A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações entre pesquisador-pesquisado a fim de se obter através de procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das discussões (BARDIN, 1988).

Para Bardin (1988 p.31,32) a análise de conteúdo não deve ser caracterizada como um instrumento metodológico, mas sim, como um “leque de apetrechos”, composto por variadas formas e adaptável a um vasto campo de aplicação. Ainda segundo o autor, qualquer tipo de comunicação entre o pesquisador e os interlocutores deveria ser escrito e decifrado através da análise de conteúdo.

Por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens pode-se analisar as comunicações em campo, o que permite inferências de conhecimentos relativos às mensagens. Dessa forma, é possível analisar diários de campo, entrevistas e conversas envolvendo uma ou um grupo de pessoas bem como analisar documentos, denominada “comunicação de massa” (BARDIN, 1988).

As gravações das entrevistas e do grupo focal realizados foram transcritos na íntegra para facilitar a análise. Após várias leituras cuidadosas do material as falas mais representativas para pesquisa foram separadas em categorias temáticas.

As categorias foram nomeadas da seguinte forma: 1- Composição da equipe técnica do CEREST quanto à formação graduada, 2- Capacitação em Saúde do

Trabalhador, 3- Ações desenvolvidas pela equipe, 4- Pontos de dificuldades para o desenvolvimento das ações.

Os documentos oficiais escolhidos para análise documental foram estudados, sistematizados e dispostos em forma de quadro com todos os dados contidos em cada documento oficial analisado.

Foi realizada também uma sistematização dos dados contidos no diário de campo fruto da observação participante.

Após análise e sistematização de cada um dos instrumentos metodológicos separadamente, organizou-se os dados de acordo com as categorias já definidas.

Os resultados encontrados foram descritos e serviram de sustentação para as discussões e comparações com a literatura pesquisada o que será apresentado no ítem resultados e discussão.

Como parte final do método será realizada uma reunião devolutiva para o CEREST analisado com o intuito de proporcionar uma discussão em torno do modelo adotado em busca da construção de ações que contemplem as diretrizes estabelecidas no modelo de atenção da RENAST.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa do presente estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovado originalmente com o título: “Formação profissional e capacitação das equipes do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e sua relação com o modelo de atenção adotado: estudo de casos no estado de Minas Gerais, conforme parecer nº 1593/10 em 10 de dezembro de 2010 (Anexo B).

Após a qualificação do projeto o título foi alterado conforme as mudanças sugeridas pela banca e aprovadas pelo orientador.

A princípio, o projeto pretendia avaliar e comparar as ações realizadas em três CEREST de Minas Gerais localizados em municípios de porte e atividade econômica diferenciadas. Devido à dificuldade geográfica e de articulação com os demais CEREST, foi sugerido pela banca a escolha do CEREST Araxá para realização de um estudo de caso, considerando a receptividade, a localização e a história da criação do mesmo.

O projeto foi novamente encaminhado ao CEP que analisou e aprovou a ementa do mesmo em 08 de novembro de 2011, incorporando a alteração do título para: “Formação profissional e capacitação da equipe do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e sua relação com o modelo de atenção adotado: estudo de caso no estado de Minas Gerais” (Anexo G).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Município de Araxá

O estudo de campo foi realizado no CEREST regional localizado na cidade mineira e turística de Araxá que integra o Circuito da Canastra composto por onze municípios localizados em torno do Parque Nacional da Serra da Canastra (NUPLAS, 2010).

Araxá localiza-se a 997 metros de altitude e a 365 quilômetros de Belo Horizonte (capital mineira) com 1.166 Km² de área na micro - região IV, Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba (NUPLAS, 2010).

O município tem densidade populacional de 80,45hab./km² e uma extensão territorial de 1.164,358 km², sendo que destes, 81,9% correspondem ao perímetro rural e o restante ao perímetro urbano. A população total do município é de 93.672 habitantes, sendo que a taxa média geométrica de crescimento anual, segundo o IBGE em 2010, corresponde a 1,61% (IBGE, 2011).

Mapa 1: Mapa da localização geográfica do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba – MG.

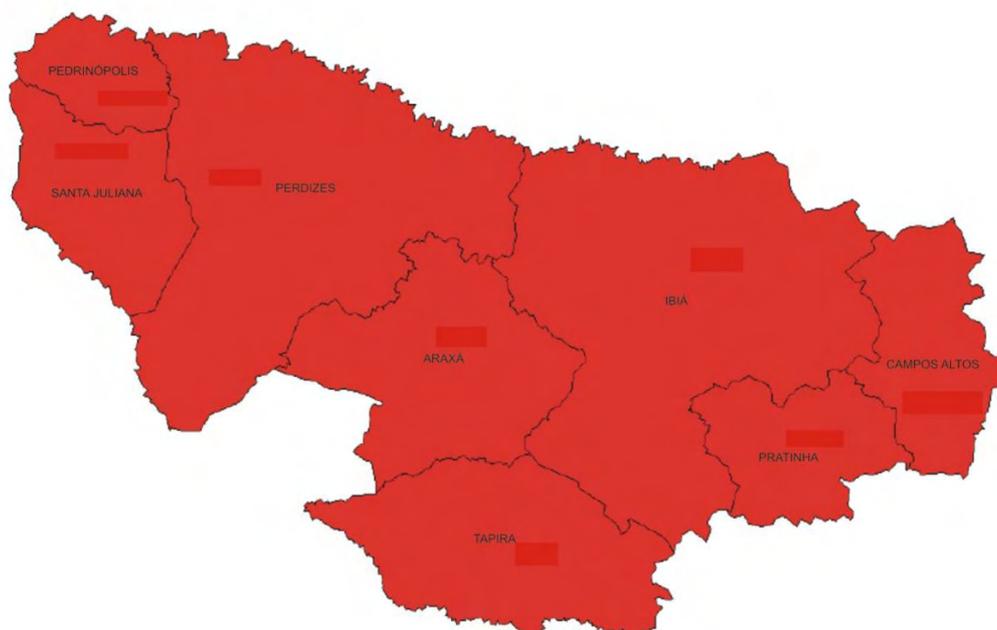


Fonte: GOOGLE MAPS, 2011.

A atividade econômica do município está voltada para exploração de suas águas medicinais, fabricação de sabonetes e cremes para a pele, possui um dos mais ricos artesanatos da região, além da presença de minas de ouro, águas minerais e atividades agrícolas (NUPLAS, 2010).

Araxá faz parte de uma micro-região composta por sete municípios: Pedrinópolis, Santa Juliana, Perdizes, Ibiá, Pratinha, Campos Altos e Tapira, chegando a cerca de 140.000 habitantes somando-se a população de Araxá. Apesar dos municípios serem distintos em população e área territorial, a economia da micro – região de Araxá gira em torno de atividades agrícolas (em sua maioria) e mineração

Mapa 2: Mapa da Micro-região Sanitária de Araxá.



Fonte: Núcleo de Planejamento em Saúde (NUPLAS, 2010).

6.2 Organização do Sistema Público de Saúde de Araxá

Sobre a organização do Sistema Público de Saúde, o município está dividido em cinco regiões: Sul, Norte, Leste, Oeste e Centro, onde estão distribuídos os serviços que integram a rede de atenção à saúde (NUPLAS, 2010).

A rede de serviços da Atenção Primária à Saúde de Araxá conta com quatro unidades básicas de saúde convencionais, onze unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), nove equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o setor de Saúde Bucal (NUPLAS, 2010).

Já a Atenção Secundária à Saúde é composta pela Unidade de Atendimento Especializado (UAE); pela rede de Apoio Diagnóstico que contempla: o serviço de

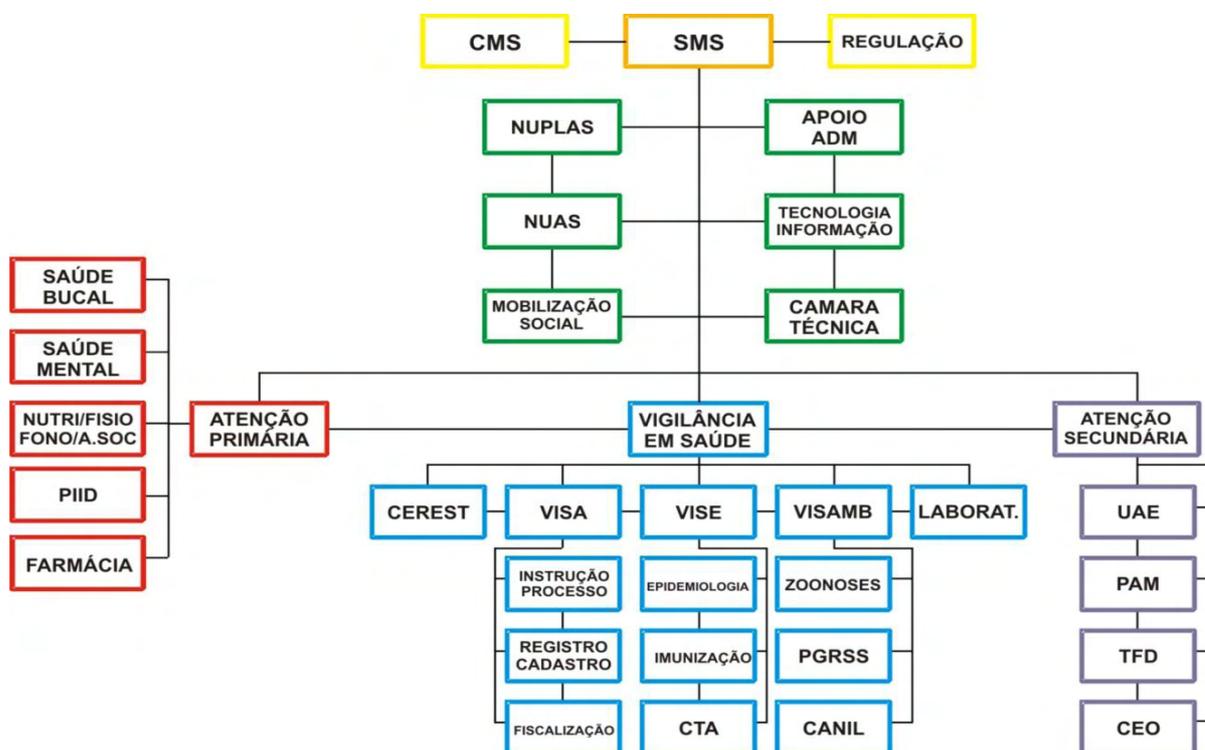
radiologia, os serviços de eletrocardiografia e eletro-encefalografia; o setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD); e o Laboratório Municipal (NUPLAS, 2010).

Além destes, Araxá e sua micro – região dispõem da Vigilância em Saúde que compreende as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e o setor de Zoonoses, o Pronto Atendimento Municipal (PAM) e o Centro de Referência (regional) em Saúde do Trabalhador (CEREST), o qual atende o município sede e aqueles da microrregião, assim como o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o setor de Fisioterapia (NUPLAS, 2010).

Na atenção terciária, Araxá conta com três hospitais sendo um pertencente à rede pública, um da rede privada e outro filantrópico, onde são realizados procedimentos de média e/ou de alta complexidade (NUPLAS, 2010).

A figura mostra o Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Araxá:

Organograma 1: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Araxá.



Fonte: Núcleo de Planejamento em Saúde (NUPLAS, 2010).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Araxá traz várias propostas para o período de (2010-2013) visando melhoria e estruturação das ações de saúde do município. Dentre as ações destaca-se com maior importância para o presente estudo:

[...] Implantação do Programa de Educação Permanente em Saúde – PEP Saúde que objetiva a capacitação dos profissionais e trabalhadores da saúde e valorização do trabalho dos servidores através de uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Núcleo de Planejamento em Saúde (NUPLAS) e da Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS). O programa contará com o apoio de uma equipe multiprofissional que, após ser treinada e capacitada, será a equipe de tutores que ministrarão mini-cursos e, quando necessário, introduzirão profissionais convidados às dinâmicas.

Ações de Vigilância em Saúde: a Coordenação de Vigilância em Saúde, que engloba os setores de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Imunização, controle de DSTs/s/AIDS, Saúde do Trabalhador e controle de Zoonoses, deverá passar por um processo de reestruturação e integração com os demais setores da SMS a fim de desenvolver, com cada vez mais qualidade, as ações destes setores.

Ações de Construção, Manutenção e Reforma de Unidades de Saúde: para o ano de 2010 - reforma e ampliação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (NUPLAS, 2010 p. 36, 41, 42, 43).

Para o alcance das ações descritas no PMS a Programação Anual de Saúde (PAS) estabeleceu que até o segundo semestre de 2010 seria estruturado e implantado o PEP - Saúde para todos os profissionais de saúde, mantido e estruturado o funcionamento dos setores integrantes da Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Zoonoses, CEREST, CTA e Imunização), bem como seria realizada a reforma e ampliação da sede do CEREST.

[...] Em síntese, do ponto de vista da estrutura, a PAS contém, minimamente, as definições das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde – PMS; o estabelecimento das metas anuais e; a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação (PAS, 2010, p. 06).

Durante a apresentação do item 6.4 (O trabalho de campo), será possível perceber que as ações propostas nos documentos PMS e PAS não foram totalmente efetivadas na prática, uma vez que as vigilâncias foram desintegradas, a partir de maio de 2011, e não houve alteração na estrutura física do CEREST.

6.3 CEREST Regional de Araxá: origem, histórico e atividades

A criação do CEREST Araxá traz consigo um histórico diferenciado da grande parte dos CEREST existentes, uma vez em que este teve como pilar de sustentação o movimento sindical dos trabalhadores da mineração do município.

Segundo informações colhidas por meio de entrevistas com os coordenadores do CEREST, a Confederação dos Trabalhadores do Setor Mineral, tendo em vista o elevado índice de acidentes e doenças, percebeu a necessidade de se desenvolver ações de campanha nacional no ano de 1998 em forma de seminários nas cidades onde existia a atividade de mineração e Araxá foi uma das escolhidas.

Durante um dos seminários realizados, denominado Índice de Doença Zero – (IDZ) foi apresentada uma carta com variadas demandas e dentre elas a solicitação de um programa em Saúde do Trabalhador, que posteriormente foi votada e aprovada.

A partir daí alguns atores se mobilizaram e formaram um grupo para elaborar um projeto de Saúde do Trabalhador para atender à demanda acima apontada. Dentre os envolvidos fizeram parte o Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Extração de Metais Básicos de Araxá (SIMA) por meio de um sindicalista atuante, que assumiu posteriormente o cargo de coordenador administrativo do CEREST, juntamente com um médico, Secretário da Saúde à época, alguns psicólogos, e uma fisioterapeuta que também assumiu o cargo de coordenadora técnica do CEREST, dentre outras. Estes dados bem como os dos 5 parágrafos seguintes foram extraídos das entrevistas realizadas por meio da transcrição das entrevistas com os coordenadores.

A futura coordenadora técnica possui experiência assistencial em saúde na área privada e na época trabalhava em uma mineradora de Araxá onde desempenhou durante

doze anos atividades de Fisioterapia Preventiva, Ergonomia, e programas visando a qualidade de vida dos trabalhadores.

Já o coordenador administrativo atuava desde então como técnico em química também em uma mineradora de Araxá e é sindicalista ligado ao SIMA anteriormente à habilitação do CEREST até o momento da pesquisa.

O grupo elaborou um projeto em Saúde do Trabalhador dentro dos conhecimentos e das necessidades expressas à época e apresentou-o ao Conselho Municipal de Saúde conseguindo sua aprovação em 1998.

Cerca de 6 anos depois, em 2004 foi aprovado o projeto para o CEREST de Araxá pela Portaria SAS, nº 455 de 27/08/04, o qual teve sua habilitação para funcionamento em 2005 conforme Portaria nº 1679/GM de 19/08/2002, que criou a Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador (RENAST).²

Através de uma lei municipal foi possível criar o cargo de coordenador administrativo do CEREST para exercer juntamente com a Coordenação técnica um trabalho substancial em ST. Os dois coordenadores foram indicados dada a envergadura das atividades a serem desenvolvidas.

O CEREST Araxá possui sede própria situada na área central da cidade, num sobrado de dois pavimentos em cuja estrutura estão dispostos: 2 salas destinadas às coordenações, sala para recepção, 1 sala para atendimento médico, 1 sala ocupada pela assistente social juntamente com uma fisioterapeuta, além de um banheiro e uma cozinha no primeiro piso. No segundo pavimento localizam-se 1 sala para o serviço de enfermagem, 1 sala para fisioterapia, 1 sala para reuniões e uma área coberta para

² Sobre os critérios para habilitação do CEREST conforme Portaria 2473/GM de 2005, vide o Referencial teórico no item 2.2.3 Modelo de Atenção da RENAST p.37.

atendimento em grupo. O CEREST possui um veículo próprio que permite ocupação para 07 lugares, adquirido com a verba da própria RENAST.

O município de Araxá possui um Código sanitário que apóia as ações do CEREST segundo entrevista dada pela coordenação do mesmo:

É muito interessante, isso há quase vinte anos já contemplava e depois foi modificado e aperfeiçoado. Foi uma surpresa pra mim quando eu vi que o código de postura do município contemplava a Saúde do Trabalhador (Coordenação).

Segundo os coordenadores entrevistados, o município de Araxá possuía o Conselho de Serviço, e este contemplava todas as referências dos municípios da micro-região. Posteriormente o conselho foi adaptado e transformou-se em um conselho consultor denominado Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) com o objetivo de assessorar o Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento dos temas relativos à saúde dos trabalhadores.

A princípio, a composição da CIST passou por algumas adequações, devido ao fato de o Conselho Municipal de Araxá estar sendo regido por uma lei defasada que não previa a paridade na composição do Conselho Municipal, segundo a coordenação do CEREST em entrevista.

A última Portaria da RENAST de nº 2729/2009 (Brasil, 2009) em seu artigo 8º, reforça as demais portarias (Brasil, 2002) e (Brasil, 2005) quanto à importância da participação de trabalhadores e empregadores por meio das Conferências de Saúde, pelos Conselhos de Saúde e pela CIST. Contrariamente ao que prevêem estas portarias, verificou-se que o Conselho de serviços, entendido com conselho gestor, foi substituído pela CIST, deixando de existir, quando deveria atuar e permanecer junto a ela.

O principal objetivo da CIST segundo Dias e Ribeiro, (2011, p. 54) é:

[...] assessorar o Conselho de Saúde para que este delibere sobre as questões ligadas à saúde dos trabalhadores. Sua função é analisar os projetos e planos referentes à saúde do trabalhador propostos pelas secretarias estaduais e municipais, compatibilizando-os com os interesses coletivos dos

trabalhadores, como por exemplo, pelas ações destinadas à redução e eliminação dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho e na proteção e atenção adequada aos trabalhadores acometidos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho. (DIAS E RIBEIRO, 2011)

Ainda segundo a coordenação do CEREST, após adequação da lei municipal, a CIST estruturou sua composição com a participação de representantes de empresas, sindicatos, associações de trabalhos artesanais e outras associações menores, Conselho Municipal e CEREST em que os trabalhadores, os usuários e o governo têm participação.

Todas as unidades de saúde de Araxá exercem a notificação de agravos à saúde. A rede sentinela que faz a notificação e investigação dos casos notificados em Araxá é composta pela Casa do Caminho, pelo Pronto Atendimento Municipal (PAM), pela Santa Casa de Misericórdia e pelo CEREST.³

A notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador realizada pela rede sentinela aqui referida compreende uma lista com os 11 agravos definidos pela portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004. Para tal, são utilizadas fichas de notificação, que são instrumentos padronizados pelo Ministério da Saúde, a fim de gerar um fluxo para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2004)

Recentemente foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 2472 (01/09/2010) que amplia a lista de doenças de notificação compulsória de importância para a saúde pública, incluindo acidentes com animais peçonhentos, atendimento antirrábico, intoxicações exógenas por substâncias químicas (agrotóxicos e metais pesados) sífilis adquirida e Síndrome do Corrimento Uretral Masculino (BRASIL, 2010)

³ Sobre Rede Sentinela vide referencial teórico no item 2.2.3 O Modelo de atenção da RENAST p. 37.

Para Lacaz, Machado e Porto, (2002) é de suma importância a utilização das notificações para determinação do perfil epidemiológico como um dos componentes estruturais do planejamento e da execução das ações em ST.

A operacionalização desta estratégia prevista pela RENAST é executada por intermédio dos CEREST, sendo imprescindível que o pessoal que compõe a rede de CEREST tenha formação e qualificação para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, em consonância com as diretrizes estabelecidas na Política de Educação Permanente para o SUS, pactuada nos Pólos de Educação Permanente (BRASIL, 2004).

O acompanhamento dos casos notificados na área de abrangência do CEREST Araxá é feito por meio de um relatório quantitativo enviado pela referência técnica em saúde do trabalhador da Gerência Regional em Saúde (GRS) com base no cadastro das notificações via SINAN pela rede sentinela.

Segundo Dias e Ribeiro, (2011, p. 20) as GRS são responsáveis pela “implantação das estratégias definidas pelo nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Minas Gerais para implementação da Política de ST no Estado, subsidiando os municípios jurisdicionados”.

Além disso, cada município da área de abrangência é orientado a enviar semanalmente as fichas de agravos notificados para o CEREST, mesmo que ela seja negativa, (ou seja, não tenha nenhum caso notificado).

Cabe aqui ressaltar que apesar da preocupação com a notificação dos agravos em ST, o CEREST Araxá não realiza vigilância a partir destes dados, contrariando o item 22 do anexo IV da Portaria 2437 de 2005 da RENAST referente às ações dos CEREST regionais.

6.4 O trabalho de campo

A primeira visita ao CEREST – Araxá ocorreu em dezembro de 2010 e foi possível fazer uma reunião com os coordenadores e toda equipe técnica a qual durou aproximadamente duas (2) horas.

Na oportunidade, foi feita a apresentação pessoal e a apresentação do projeto de pesquisa com os seguintes conteúdos: 1- Introdução da pesquisa, 2- Justificativa do estudo, 3- Objetivos e 4- Metodologia adotada. Posteriormente, ocorreu um momento de esclarecimentos e verbalizações espontâneas sobre a importância do tema abordado no qual foi visto o interesse em participar do estudo por parte dos membros da equipe do CEREST.

Realizaram-se 10 visitas no CEREST Araxá para observação, acompanhamento e participação nas ações desenvolvidas com aproximadamente seis horas de duração/dia, cada visita, em dias alternados da semana, durante o horário de funcionamento normal do mesmo, totalizando aproximadamente sessenta (60) horas de observação participante.

Foi possível estabelecer uma relação direta, ocupando o mesmo espaço social destes, e participar do contexto das atividades desenvolvidas pela equipe do CEREST uma vez em que houve plena aceitação da pesquisadora pelo grupo. Todas estas características configuram segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2007) “o percurso para o sucesso de uma observação participante”.

Conforme previsto na metodologia, foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas, sendo uma com o coordenador administrativo e outra com a coordenadora técnica do CEREST. Ambas foram realizadas nas respectivas salas dos coordenadores,

sem a presença dos membros da equipe técnica, e foram gravadas por meio de um gravador portátil com a prévia autorização dos mesmos.

Durante as entrevistas percebeu-se posicionamentos divergentes entre os coordenadores no que diz respeito às questões intra-setoriais na atuação do CEREST, principalmente em relação à prioridade da política de ST por parte da administração municipal. Estes pontos serão mostrados nas categorias temáticas 3 e 4 deste item.

No que diz respeito à forma de inserção, ambos os coordenadores foram indicados aos cargos, e não possuíam anteriormente vínculos com a prefeitura municipal de Araxá, ou com outro serviço público de saúde. Portanto, acredita-se que a explicação para a divergência nas opiniões dos coordenadores, esteja ligada a questões que vão para além da inserção no CEREST. Acredita-se, portanto, que suas experiências prévias, via sindicato e via assistência à saúde respectivamente, relacionam-se com o olhar e a percepção que cada um tem do papel do CEREST na política de saúde municipal.

O funcionamento do CEREST Araxá ocorre entre 7 e 19 horas permitindo que a equipe se divida em dois turnos de seis horas cada. Sendo assim, nem sempre foi possível participar das ações com todos os membros da equipe.

Cabe aqui ressaltar também a dificuldade encontrada em conversar com o médico da equipe, o que ocorreu apenas em um momento, uma vez que o mesmo cumpre uma carga horária diferenciada dos demais componentes, permanecendo no CEREST para atendimentos a trabalhadores quando existe a demanda, sendo que nos demais horários o mesmo assume outras funções. Por esta razão, considerando tanto as ações externas quanto as internas vivenciadas durante o período da pesquisa, foi possível acompanhar apenas um atendimento médico de um caso encaminhado pela assistente social após acolhimento de um trabalhador que gerou dúvidas quanto à conduta a ser adotada.

Também pela questão já assinalada dos horários diferenciados da equipe, não foi possível adequar data e horário em que todos os membros da equipe técnica estivessem presentes para participar do grupo focal. Participaram do grupo quatro (4) profissionais da equipe técnica com formações diferenciadas: 1 Assistente Social, 1 Biomédica, 1 Enfermeira e 1 Fisioterapeuta.

Considerando que a equipe possui sete (7) profissionais o grupo focal abrangeu mais da metade da equipe e em termos de formação apenas a profissão médica não foi contemplada, dada a dificuldade em conciliar o horário em que o médico estivesse presente.

Segundo Kind, (2004) não existe um consenso na literatura sobre o número de participantes para o grupo focal, podendo variar segundo os autores, entre cinco a quinze participantes.

Pelo exposto, acredita-se que o número de participantes do grupo focal não ocasionou prejuízos na obtenção de dados.

O grupo focal foi realizado em uma sala destinada à reunião da equipe, em um ambiente que proporcionou conforto, privacidade, fácil acesso e boas condições sonoras permitindo uma boa gravação.

Antes de dar início ao grupo focal propriamente dito, fez-se uma breve introdução, momento de estabelecimento do *rapport* com o grupo, em que foi apresentado o estudo enfocando os motivos e objetivos para realização do mesmo, e a importância de se discutir questões relacionadas à Saúde do Trabalhador nos serviços.

A finalização do grupo focal deu-se por meio de agradecimentos e esclarecimento de dúvidas da equipe quanto à pesquisa.

Todos os achados foram anotados, conforme previsto na metodologia no diário de campo, sendo fruto da observação participante, da análise documental, e das falas mais

representativas das entrevistas com os coordenadores. Os dados foram sistematizados conforme as categorias temáticas apresentadas a seguir (BARDIN, 1988).

Categoria temática 1 - Composição da equipe técnica do CEREST quanto à formação graduada

Por meio das entrevistas com os coordenadores foi identificado que os critérios adotados para compor a equipe do CEREST Araxá desde a sua criação baseiam-se na estratégia de destinar profissionais específicos que ficam responsáveis pelas doenças de notificação compulsória para atender aos respectivos protocolos.

Desde o início meu foco era então nos protocolos, nas notificações, sem deixar de pensar em vigilância, direciono também essa vigilância dentro destes protocolos (Coordenação).

Agora, oficialmente, eu tenho um profissional que é encarregado por cada protocolo. Dos onze eu tenho um colega com formação para trabalhar na notificação, com todas as prerrogativas para dar assistência e vigilância nos setores (Coordenação)

[...] a gente separa (os agravos) pela formação do profissional (Coordenação).

Mesmo com foco na notificação compulsória, a princípio a noção de uma equipe para desenvolver o trabalho em ST não era tão clara, como pode ser visto na fala extraída da entrevista com as coordenações:

Interessante, que no início, a gente pensava em pedagogo e até em professor, na época não tínhamos noção do que era um centro de referência em Saúde do Trabalhador (Coordenação).

A composição da equipe do CEREST Araxá está centrada em profissionais com formação graduada na área da saúde com experiências de trabalho anteriores voltadas para as ações de assistência.

Para Lacaz, Machado e Porto, (2002) a maior concentração de profissionais da área da saúde nos serviços de ST remete a pensar que mesmo naqueles serviços onde

existem ações de vigilância, as assistenciais ainda persistem, configurando a existência de “dois modelos: assistencial e o de vigilância”, “sendo esse um dos aspectos centrais do conflito entre práticas institucionais hegemônicas”.

Desde a habilitação do CEREST a composição da equipe vem passando por várias alterações tanto de forma quantitativa, quanto em relação à formação graduada dos profissionais.

Abaixo está um quadro da composição da equipe técnica do CEREST Araxá nos anos 2005, 2010 e 2011.

Quadro 03: Composição da equipe do CEREST Araxá nos anos de 2005, 2010 e 2011.

Equipe do Cerest Araxá - Agosto de 2005	Equipe do Cerest Araxá - Agosto de 2010	Equipe Cerest Araxá - Agosto de 2011
Coordenador Administrativo – (Técnico em Química / Matemático / Sindicalista)	Coordenador Administrativo – (Técnico em Química Matemático / Sindicalista)	Coordenador Administrativo – (Técnico em Química Matemático / Sindicalista)
Coordenadora Técnica – (Fisioterapeuta)	Coordenadora Técnica – (Fisioterapeuta)	Coordenadora Técnica – (Fisioterapeuta)
Formação de Ensino Superior – Equipe técnica	Formação de Ensino Superior – Equipe técnica	Formação de Ensino Superior – Equipe técnica
3 Médicos (Anestesiata, Ortopedista e Cirurgião Geral)	1 Médico (Ortopedista e Médico do Trabalho)	1 Médico (Ortopedista e Médico do Trabalho)
2 Enfermeiras	3 Enfermeiras	2 Enfermeiras
1 Fisioterapeuta	2 Fisioterapeutas	2 Fisioterapeutas
1 Fonoaudiólogo	1 Fonoaudióloga	
2 Assistente Social	1 Assistente social	1 Assistente Social
1 Psicólogo		
	1 Biomédica	1 Biomédica
1 Engenheiro de Segurança do Trabalho	1 Engenheiro de Segurança do Trabalho	
Total: 11	Total: 10	Total: 7
Formação de Ensino Médio	Formação de Ensino Médio	Formação de Ensino Médio
1 Técnica de Segurança do	1 Técnica de Segurança do	1 Técnica de Segurança do

Trabalho	Trabalho	Trabalho
1 Técnica de Enfermagem	1 Técnica de Enfermagem	
3 Auxiliares administrativos	3 Auxiliares administrativos	3 Auxiliares administrativos
1 Agente de higienização	1 Agente de higienização	1 Agente de higienização
Total: 6	Total: 6	Total: 5

Fonte: Lista de presença de reuniões dos anos de 2010 e 2011 e relato por meio de reunião com a equipe para os dados de 2005 no CEREST Araxá.

Considerando-se a primeira composição da equipe pode-se notar que houve declínio do número de profissionais de áreas do conhecimento, como os da área de ciências exatas (engenheiro) e de ciências sociais (perda de uma assistente social).

Em 2005 a equipe apresentava maior número de profissionais com formações graduadas mais diversificadas. Apesar da maioria destes estar concentrada na área da saúde coexistiam profissionais de engenharia, psicologia e serviço social.

Esta formação permaneceu até o final do ano de 2008 e começou a se alterar a partir de 2009, devido à mudança na gestão de governo municipal dada pelas eleições de 2008. As mudanças mais significativas, no entanto, ocorreram a partir de agosto de 2011, devido à segunda mudança de secretário de saúde municipal em menos de dois anos.

Para a coordenação e a equipe, todas as alterações ocorridas foram em decorrência de necessidades de remanejamento de caráter político da Prefeitura municipal e, em muito se deve a não priorização das ações do CEREST na política atual.

[...] Eu fui transferida por política mesmo, eles queriam que eu trabalhasse o dia todo e eu disse que não iria, que iria só fazer as minhas horas do concurso. Sou especialista em Saúde da Família, trabalhava no PSF há sete anos e na mudança do prefeito me tiraram de lá [...] aí me transferiram para cá. (Técnica W).

Portanto, dos sete componentes da equipe técnica de 2011 seis são da área da saúde e um da área de ciências sociais.

Esta redução de profissionais gerou, segundo a equipe, entraves para o desenvolvimento de ações, principalmente aquelas ligadas às de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) previstas pela RENAST (Brasil, 2005), e revela uma fragilidade do modelo de atenção adotado já que se expressa na predominância de profissionais da saúde o que reforçaria o modelo médico-assistencial.

[...] acho realmente que a equipe é muito esforçada, a equipe é boa, o pessoal não mede esforços para fazer o que é solicitado, mas eu sinto que já tivemos perda de funcionários muito bons aqui, que fazem falta... (Técnica Z, X, Y).

O modelo de saúde dos trabalhadores, ao incorporar fortemente engenheiros, psicólogos e assistentes sociais, aponta para uma alternativa de composição de força de trabalho institucional setorial na saúde ligada aos condicionantes sanitários. (LACAZ, MACHADO E PORTO, 2002 p.31).

Dado que a prática em saúde é fundamentada em um processo de trabalho com grande intensidade de trabalho humano, esse perfil multiprofissional, ainda que minoritário, favorece as ações interdisciplinares e interinstitucionais e pode ser, mesmo para o próprio setor saúde, um exemplo de forma de ação em torno de problemas, correspondendo a uma alternativa ao modelo médico assistencial predominante (LACAZ, MACHADO E PORTO, 2002 p.32).

Todos os profissionais afirmaram não terem tido experiências práticas nem conhecimento teórico – prático prévio em ações de cunho preventivo em ST.

Tal característica da equipe coincide com os achados de Dias, (2008) em quinze CEREST do Estado de Minas Gerais. A autora ressalta que “*a equipe profissional mínima prescrita no anexo VI da Portaria 2.437, parece mais orientada para as questões assistenciais do que as ações de vigilância*” (DIAS, 2008, p.9). Esta caracterização da equipe revela também as dificuldades de encontrar profissionais qualificados em ST.

Outra autora salienta questões relativas ao desconhecimento da ST por profissionais da rede, que compõem na maioria das vezes a equipe do CEREST:

Apesar da existência de um conjunto de produções textuais acerca da implantação e implementação da RENAST, constatam-se, ainda, muitas dificuldades na incorporação das ações de Saúde do Trabalhador pelo SUS. O campo da Saúde do Trabalhador ainda é novo e, muitas vezes, desconhecido para alguns profissionais da rede (JACQUES, 2009 p. 17)

Para Dias, (1994) e Batista e Gonçalves, (2011) apesar das mudanças trazidas por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde, com a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, e a aprovação da Constituição Federal de 1988 que propiciaram a criação de um sistema de saúde único e universal em 1990, ainda existem entraves para efetivação e construção do modelo de saúde planejado.

Segundo Batista e Gonçalves, (2011), um destes entraves que tem sido muito discutido, passa pela questão da formação dos profissionais de saúde que atuam no SUS:

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA E GONÇALVES, 2011, p.886).

Ainda em relação à formação profissional dos membros da equipe do CEREST, ao se analisar o perfil do egresso de acordo com as competências e habilidades bem como os conteúdos essenciais dos cursos de graduação segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) percebe-se uma discrepância entre o que se espera da atuação profissional e a prática exercida por eles, no que diz respeito às ações preventivas e de cunho coletivo.

O quadro abaixo mostra uma comparação entre a formação graduada, o perfil profissional esperado, as competências e habilidades e os conteúdos essenciais para os cursos de graduação, considerando a formação dos profissionais do CEREST Araxá, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (BRASIL/MEC, 2011).

Quadro 04: Comparativo entre a formação graduada o perfil do profissional, as competências e habilidades e os conteúdos essenciais para os cursos de graduação considerando a formação dos profissionais do CEREST Araxá segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Formação Graduada	Perfil do Profissional (DCN)	Competências e Habilidades (DCN)	Conteúdos essenciais
Biomedicina CNE/CES 2 (18/02/2003)	I-Biomédico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde , com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes às análises clínicas, citologia oncológica, análises hematológicas, análises moleculares, produção e análise de bioderivados, análises bromatológicas, análises ambientais, bioengenharia e análise por imagem. II - Biomédico com Licenciatura em Biomedicina capacitado para atuar na educação básica e na educação profissional em Biomedicina.	- Ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática; - Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos , exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - exercer , além das atividades técnicas pertinentes a profissão, o papel de educador, gerando e transmitindo novos conhecimentos para a formação de novos profissionais e para a sociedade como um todo.	Devem estar relacionados com todo o processo saúde - doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade profissional e epidemiológica.
Enfermagem CNE/CES nº3 (07/11/2001)	I - Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva qualificado para o exercício de Enfermagem com base no rigor científico e intelectual. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano ; e II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.	- Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos , exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; - Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde; e planejar programas de educação e promoção à saúde, considerando os grupos sociais e distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento; -- Ser capaz de aprender continuamente.	Devem estar relacionados com todo o processo saúde - doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade profissional e epidemiológica de modo a proporcionar ações de integralidade do cuidar em Enfermagem.
Fisioterapia CNE/CES 4, (19/02/2002)	Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde , com base no rigor científico e intelectual. Capaz de ter como objeto	- Ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática; - Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em	Devem estar relacionados com todo o processo saúde - doença do cidadão, da família e da comunidade,

	de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções , desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos pertinentes a cada situação.	programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde , sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o; reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos , exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;	integrado à realidade profissional e epidemiológica de modo a proporcionar ações de integralidade do cuidar em Fisioterapia.
Medicina CNE/CES nº4 (07/11/2001)	Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência , com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano .	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática; - Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário; - Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde 	Devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade profissional e epidemiológica de modo a proporcionar ações de integralidade do cuidar em medicina.
Serviço Social CNE/CES 492/2001 (04/07/2001)	Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho .	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social; -Contribuir para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais; -Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; -Realizar pesquisas que subsidiem formulação de políticas e ações profissionais; -Orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos; 	A organização curricular sustenta-se no tripé dos conhecimentos constituídos pelos núcleos de fundamentos teórico-metodológicos da vida e formação sócio-histórica da sociedade brasileira, em suas diversidades regionais e locais; e nos fundamentos do trabalho profissional, que compreende os elementos constitutivos do Serviço Social

Fonte: Ministério da Educação, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Biomedicina (2003), Enfermagem (2001), Fisioterapia (2002), Medicina (2001) e Serviço Social (2001).

Apesar da especificidade de cada curso, tanto o perfil do egresso quanto as competências e habilidades requeridas para os profissionais de biomedicina, enfermagem, fisioterapia e medicina ressaltam a atuação pautada em um modelo de forma a garantir a integralidade da assistência por meio de ações preventivas e curativas no âmbito individual e coletivo o que atende à especificação da RENAST conforme previa a portaria de 2005 (BRASIL/MS, 2005). É o que se observa nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Biomedicina (2003), Enfermagem (2001), Fisioterapia (2002), Medicina (2001) e Serviço Social (2001).

Outro aspecto a ser ressaltado nas DCN é a importância destes profissionais em participar de programas de qualificação contínua e atuar como disseminadores transmitindo conhecimentos para formação e qualificação de outros profissionais e assim como para todas as esferas da sociedade, o que também atende à especificação das funções requeridas pela equipe do CEREST conforme portaria da RENAST de 2005 (BRASIL/MS, 2005).

Quanto aos conteúdos essenciais a serem trabalhados nos cursos, as DCN apontam novamente para a necessidade de um modelo de abordagem coletiva de modo a proporcionar ações de integralidade no cuidado.

No tocante à formação médica e à necessidade de mudanças curriculares, afirma Campos (2005, p. 5): “A Abordagem Integral depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico”.

O autor recomenda que cursos de medicina com abordagens teóricas e práticas em Saúde Coletiva, desenvolvam estes conteúdos desde o primeiro ano do curso na rede básica de saúde de forma a propiciar uma vivência maior dos alunos com a realidade social (CAMPOS, 2005).

Outra questão referida pelo mesmo autor nas experiências práticas estimuladas ainda na graduação é o fato de desenvolver o conceito e a dinâmica de uma equipe multidisciplinar com vistas à coletividade, características imprescindíveis para o trabalho no CEREST segundo as portarias da RENAST.

Entrar em contato com essa complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um seguimento longitudinal possibilita que o aluno se aproprie de competências essenciais para o exercício da profissão. [...] A ABS (Atenção Básica de Saúde) não logrará efetivar-se se não contar com milhares de médicos capazes para trabalhar em equipe, exercer uma clínica ampliada, participar de projetos coletivos e que estejam abertos para continuar aprendendo. (CAMPOS, 2005, p.7).

As matrizes curriculares dos cursos de graduação relativas aos profissionais que compõem a equipe técnica do CEREST Araxá, considerando o período em que frequentaram tais cursos, mostra que se formaram anteriormente às atuais DCN no tocante às necessidades do SUS. É importante ressaltar que com exceção da Biomédica da equipe, que concluiu o curso de graduação em 2008, a formação graduada dos demais ocorreu anteriormente à atuação conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação na elaboração das DCN que, segundo Maia, (2004) foram promulgadas entre 2000 e 2002.

Em relação às disciplinas ou unidades curriculares que tenham relação com o SUS, foram identificadas nas matrizes curriculares dos cursos dos profissionais da equipe, as seguintes: Saúde Pública (todos os cursos), Saúde Coletiva (Medicina), Política de Saúde e Planejamento (Biomedicina, Medicina) Tópicos em Enfermagem de Saúde Pública (Enfermagem), Fisioterapia Preventiva (Fisioterapia), Ciências Sociais aplicadas à Saúde (Biomedicina e Serviço Social) (UFTM, 2011), (UNICERP, 2011), (UNIFESP, 2011), UFES, (2011), UNIUBE, (2011).

Todas as disciplinas descritas nas matrizes curriculares analisadas constam dos períodos iniciais dos cursos com enfoque teórico. Em relação à prática, os estágios em

Saúde Pública além de uma carga horária pequena ocorrem nos últimos anos dos cursos, com uma dissociação prático-teórica na perspectiva da atuação do SUS. Essas informações coincidem com os achados de Maia, (2004).

Em sua maioria as matrizes curriculares abordam técnicas e instrumentais voltados para o atendimento assistencial – individual e dão uma ênfase maior às especialidades inerentes a cada profissão.

O perfil do profissional de Serviço Social segundo as DCN por sua vez, requer um conjunto de práticas para atuar no enfrentamento de expressões sociais e relativas ao mercado de trabalho, por contemplar em seus conteúdos essenciais, conhecimentos acerca da formação sócio - histórica da sociedade brasileira e suas diversidades, bem como os determinantes sociais que envolvem o contexto humano. (BRASIL/MEC, 2001)

A constituição dos currículos para a formação dos profissionais de medicina precisa ser mais adequada às reais necessidades que demandam o mercado, principalmente em relação à saúde pública: “não estamos formando médicos com competência e habilidade para o exercício dessa função essencial ao sistema e à saúde dos brasileiros” (CAMPOS, 2005 p.7).

Para Maia, (2004), a discussão sobre a reformulação dos currículos, principalmente os da área da saúde tem sido amplamente discutida na área da educação por várias razões. Dentre elas, a autora cita as necessidades de mudanças no processo de ensino-aprendizagem por meio de uma “inversão de rota pedagógica”, que constitui as bases da proposta problematizadora de ensino – aprendizagem.

Ainda segundo a autora, “o ensino das atividades práticas, em geral, ocorre nos momentos finais dos cursos, partindo-se da proposta de que: primeiro é necessário saber, para depois fazer” (MAIA, 2004 p. 117).

Uma vez em que esta formação graduada, não só do médico, mas, de outros profissionais de saúde é insuficiente para dar conta dos princípios organizativos e doutrinários do SUS, como eles podem dar conta das questões ligadas à Saúde do Trabalhador?

Nas matrizes dos cursos de graduação dos profissionais da equipe do CEREST não foram encontradas disciplinas específicas do campo de ST. Apenas as profissionais de Fisioterapia que concluíram a graduação nos anos de 1999 e 2002 relataram ter uma aproximação teórica com o campo, conforme trecho extraído de um dos componentes do grupo focal:

Na minha profissão, a fisioterapia, ela tem sim um olhar para o trabalhador, diferenciado, eu acho, de todas as outras [...] até mesmo porque LER / DORT, eu estudei em faculdade e é um dos protocolos da ST. Não é comum muita gente foi ver isso aqui dentro da ST. E dentro da faculdade eu estudei exatamente a fisioterapia preventiva em que o foco era o trabalhador. Então eu já tinha a visão sim. (Técnica X).

Nos conteúdos dos cursos de Fisioterapia aqui destacados, as abordagens referidas pela profissional da equipe apresentam um olhar voltado para doenças ocupacionais e para Ergonomia no que tange às questões posturais, biomecânicas de adequação do mobiliário e equipamentos de trabalho (UNICERP, 2011). Esta abordagem por sua vez, ocorre de forma indireta e parcial sem contemplar as concepções que norteiam o campo ST.

Já no curso de medicina em que o profissional da equipe se formou, contempla tópicos de Medicina do Trabalho, mas voltada para as questões assistenciais ao trabalhador vitimado e às questões relativas aos exames admissionais, periódicos e demissionais em atendimento às leis trabalhistas (UFTM, 2011).

Estas disciplinas, no entanto, mostram-se insuficientes para dar conta do que está proposto pela RENAST nas relações saúde-trabalho pelo olhar da ST operacionalizados pelo CEREST, visto o modelo de atenção adotado.

Para alguns autores, modelos de serviços voltados à saúde ocupacional que congregam a Higiene Ocupacional, Segurança do Trabalho, Enfermagem do Trabalho, Ergonomia e a Medicina do Trabalho apresentam falhas, pois não abordam questões formuladas pelo campo ST, dentre elas: “ausência de interdisciplinaridade; insuficiente capacitação de recursos humanos e a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho em detrimento do setor saúde”(MENDES; DIAS, 1991, p. 344).

Ainda para tais autores, a ST constitui-se num “campo em construção no espaço da saúde pública [cujo objeto de estudo] o processo saúde - doença dos trabalhadores em sua relação com o trabalho [é o entendimento sobre o] adoecer e morrer [considerando não só os processos produtivos, mas os] valores, crenças e representações sociais” (MENDES E DIAS, 1991 p. 347).

Uma vez que a formação graduada por si só não é capaz de dar subsídios para atender às necessidades colocadas pelo campo ST, torna-se necessário um processo contínuo de capacitação dos profissionais dos CEREST.

Ainda que a Portaria RENAST nº 2.437 de 2005(BRASIL/MS, 2005) defina que a equipe mínima de trabalho possua especialização e experiência em ST, a composição da equipe do CEREST Araxá não atendeu a esta prescrição, indo ao encontro do que Dias, (2008) destaca, ou seja, a dificuldade encontrada pelas equipes dos CEREST avaliados em seu estudo, de atenderem à Portaria no tocante à incorporação de profissionais com formação em ST.

Considerando-se a dificuldade apontada por Dias, (2008), Lacaz, Machado e Porto, (2002) e Lourenço, (2009) em relação à formação profissional da equipe do CEREST, percebe-se que a capacitação em ST representa um gargalo para a operacionalização das ações no CEREST.

Além das dificuldades de composição das equipes, os resultados do estudo indicam que a capacitação dos profissionais é o maior nó crítico para execução das ações de ST pelos CEREST, tanto de vigilância quanto assistenciais (DIAS, 2008 p. 9).

Em relação às mudanças ocorridas na composição da equipe, como mostradas no quadro 03, e à ingerência política da Prefeitura de Araxá, os profissionais da equipe relatam que:

A equipe inteira foi mudada porque o fato de o CEREST estar ligado à secretaria, no caso à prefeitura [...] ele não anda com as próprias pernas, a rotatividade é muito grande, a gente sente muito isso, acho que atrasa um pouco [...] (Técnica Y)

Eles trocam, existe esse manejo de acordo com a necessidade do secretário. Eu acho que ele olha e define que precisa de tantas pessoas em determinado local e tantos em outro. Então, este manejo é feito até mesmo sem olhar se aquela pessoa que está indo para um lugar, tem ou não especialização naquela área. Às vezes aqui entre agente [...] pega alguém que é capacitado em ST e remaneja lá para o PSF não sei aonde, para trabalhar na parte de assistência. Isso acontece (Técnica Z, X e W).

As falas revelam a interferência da prefeitura na condução da política evidenciando uma negligência uma vez que a atuação em ST é uma prática inerente ao SUS

Categoria temática 2- Capacitação em Saúde do Trabalhador

Os resultados do presente estudo apontam que a capacitação dos trabalhadores do CEREST Araxá ocorre(u) de formas variadas, por meio de palestras, treinamentos, e como iniciativas de estudos individuais na sua maioria, bem como através de cursos de especialização em ST, em menor escala.

Segundo os profissionais da equipe e a coordenação do CEREST a primeira composição da equipe técnica realizou capacitação em ST por meio de estudos contínuos e treinamento durante dois meses e meio com duração de 4horas/dia.

As fontes de informação para a formação consistiam na legislação relacionada aos princípios do SUS lei 8.080 (Brasil, 1990), na Portaria MS nº 3.908-98 - NOST-SUS (Brasil, 1998), na Portarias da RENAST de 2002 (BRASIL/MS, 2002), na Portaria 777 sobre Notificação compulsória (BRASIL/MS, 2004) e na portaria 3.120 de 1998 (BRASIL/MS, 1998) sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Foram realizados treinamentos na sede do CEREST Araxá por profissionais do CEREST Estadual de Minas Gerais e treinamentos ministrados por professores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em Belo Horizonte.

Dentre os profissionais que compõem a equipe atual apenas um, da área de ciências sociais, faz parte da equipe desde a criação do CEREST e, participou da capacitação que ocorreu em 2005.

Dos demais membros que compõem a equipe atual, alguns receberam capacitação através de palestras, orientações internas, e outros relataram não a ter recebido.

O quadro a seguir traz uma caracterização da equipe quanto à formação graduada e pós-graduada/especialização, formas de capacitação em ST como membro do CEREST, vínculo e tempo de trabalho no mesmo.

Quadro 05: Caracterização da equipe quanto à formação graduada, formação pós-graduada/especialização, formas de capacitação em ST como membro do CEREST, vínculo e tempo de trabalho.

Formação graduada	Formação Pós – graduada/ Especialização	Formas de Capacitação em ST como membro do CEREST	Vínculo de trabalho	Tempo de trabalho no CEREST
Enfermagem 1	- Administração hospitalar, - Saúde Pública	Treinamento, Palestra	Efetivo	1 ano
Biomedicina	- Biomecânica - Epidemiologia e	Treinamento interno, Palestra	Celetista	2 anos

	Saúde Pública.			
Fisioterapia 1		Treinamento interno, Palestra Especialização em ST	Efetivo	5 anos
Serviço Social		Estudos contínuos e treinamento por 2,5 meses 4h/dia.	Celetista	6 anos
Enfermagem 2	- Programa de Saúde da Família.		Efetivo	1 ano e 7 meses.
Fisioterapia 2		Treinamento interno, Especialização em ST	Efetivo	5 anos
Medicina	- Ortopedia - Medicina do Trabalho	Treinamento interno	Efetivo	5 anos

Fonte: Extraído do grupo focal e em documentos do serviço do CEREST Araxá em setembro de 2011.

Todos os componentes da equipe tinham experiências profissionais anteriores na área assistencial e não possuíam cursos e experiência prática em ST antes de sua entrada no CEREST, conforme relatos a seguir:

[...] acho que aqui em Araxá foi uma implantação, não tinha, nunca ouvi falar. Tem seis anos que estou aqui e anteriormente eu nunca tinha ouvido falar de ST, fui aprender aqui (Técnica Y).

Nunca tinha trabalhado na área e nem tinha conhecimento (Técnica X, Y, Z e W).

Em relação às formas de capacitação em ST após entrada para o CEREST a equipe expressou a diversidade das capacitações evidenciando diferenças quanto às mesmas:

A gente (quem estava desde a criação) estudou muito, dava até sono, e fizemos projetos. Eram quatro horas todos os dias, sentados estudando. [...] foi muito válido, considero não como uma pós-graduação, mas, como uma graduação mesmo em ST (Técnica Y).

[...] o próprio estado, na época (da habilitação), ofereceu muita capacitação. Periodicamente professores da (UFMG) faziam cursos de três em três meses para capacitação do pessoal. E a gente também procurava em todos os locais a experiência e como funcionavam CEREST do Brasil inteiro (Coordenação)

Eu como estou desde 2005 participei de muitos treinamentos promovidos pelo CEREST, e que traz gente de BH, como os professores da UFMG. A gente já teve muito aqui, muito seminário, muito treinamento em forma de palestra, por isso eu considero que sim. (houve capacitação em ST). E foi onde eu aprendi muita coisa (Técnica X).

Vira e mexe temos que abrir alguma portaria que sai, às vezes tem que capacitar a rede novamente, a gente estuda, cada um faz o seu pedaço [...] justamente por causa da rotatividade que é grande, então a gente estuda sempre. A gente tinha que ter muito mais treinamento né? Trazer profissionais de fora pra vir treinar... (Técnica Z).

Quando tem alguma coisa nova, no caso, os coordenadores nos chamam para reunião, eles repassam o vídeo e estudamos juntos e entendemos juntos. Fora isso não [...] (Técnica X, Y, Z).

[...] normalmente eu tenho as leis [...] geralmente passo para as pessoas que entram ...para estudar (Técnica Y).

Eu não recebi capacitação. Eu que fui estudar, fui procurando de acordo com o meu interesse, com a necessidade que eu via que tinha que saber alguma coisa aqui. Eu ficava dentro da sala e via os grupos (ações educativas) ia lá estudava aquilo porque eu sentia necessidade de me atualizar (Técnica W).

Em relação à temática da Educação Permanente em ST conforme prevê Programa do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2004), a equipe ressalta a importância da mesma para a execução do trabalho no CEREST e relata que às vezes este é um processo interno e individual de aprendizagem o que evidencia que predomina mais a educação no serviço, e em outros momentos este processo ocorre em grupo:

[...] até mesmo porque o próprio centro e até mesmo a própria ST exige muito isso do profissional, que se tenha um estudo constante. Porque a gente tem várias notificações, tanto nas portarias, algumas são revogadas outras são publicadas e se a gente não acompanha essa evolução da ST, que existe há muito tempo e está todo mundo achando que é uma coisa nova, a gente não consegue acompanhar. Porque quando vamos a um treinamento maior, por exemplo, do estado, a gente percebe que o CEREST Araxá caminha para isso, a vê que não está atrás do que eles estão exigindo e pedindo. Então eu acredito que isso (a Educação Permanente em ST) seja até um pouco individual [...] (Técnica Z, X, Y).

Depois que os primeiros colegas fizeram o curso, eles passaram o conhecimento à equipe. Nessa segunda vez, em que fomos eu e mais uma colega, também fizemos isso, repassamos o conhecimento aos colegas, inclusive o material que tivemos para eles estudarem (Coordenação).

A última fala da coordenação do CEREST refere-se a uma capacitação da equipe em que duas profissionais com formação em Fisioterapia e a coordenação técnica realizaram o curso de especialização em ST promovido pelo CEREST Estadual de Minas Gerais em parceria com a UFMG em Belo Horizonte/MG. Os cursos foram oferecidos, segundo a equipe que participou do grupo focal, em dois momentos, um em 2008 e outro em 2009, para todos os CEREST de Minas Gerais com processos seletivos diferenciados, ficando a cargo das prefeituras dos municípios e dos próprios CEREST regionais, a indicação para participar no primeiro curso, e, a cargo do CEREST Estadual, a seleção e análise da carta de interesse e do currículo dos interessados em participar do segundo. Esta forma de capacitação coincide com o previsto pelas portarias da RENAST (BRASIL, 2002) e (BRASIL, 2005) a ser desenvolvida por meio de parcerias com instituições de ensino e pesquisa.

O estudo revelou que os membros da equipe têm opiniões divergentes sobre as formas de seleção e oferta destes cursos de especialização. Se por um lado, existe a fragilidade dos critérios baseados em vínculos empregatícios e, que não garantem a permanência do profissional no serviço após a qualificação em função de remanejamento por decisões alheias à coordenação do CEREST que expressa mais uma vez a ingerência da prefeitura, por outro, revela o reconhecimento dos profissionais de suas deficiências advindas da formação graduada, bem como das formas de capacitação recebidas no CEREST refletindo a necessidade pela busca de educação permanente em saúde.

Quanto ao vínculo de trabalho a equipe técnica constitui-se de profissionais efetivos por meio de aprovação em concurso público realizado pela prefeitura e de profissionais com vínculo celetista, por meio de contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), conforme mostrado no quadro 05.

Sobre a questão dos vínculos de trabalho e oportunidades de capacitação para os profissionais da saúde, Lacaz e cols, (2010) afirmam que desde a lei 8080/90 e mais recentemente por meio da aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – 2006 (BRASIL/MS, 2006) no que tange à gestão do SUS e ao Plano de carreira, cargos e salários (PCCS) (BRASIL/CNS, 2005), estabeleceu-se o concurso público como a única forma de inserção no SUS com critérios universais de oferta e participação em cursos e programas de Educação Permanente em Saúde. Tais autores salientam ainda, a importância dos PCCS por preconizarem a capacitação e educação permanente, formas de contratação e ingresso no serviço público bem como a garantia de participação dos trabalhadores desde o planejamento dos processos de formação.

Do ponto de vista do gestor, esta estratégia de priorizar o efetivo para as capacitações é correta, uma vez que garante a permanência dos capacitados nos serviços devido a estabilidade adquirida por meio de concurso público (LACAZ E COLS, 2010). Porém, apesar de o CEREST estudado adotar este critério para a capacitação dos profissionais da equipe, o mesmo não tem como garantir que os profissionais já capacitados permaneçam no serviço já que ocorrem remanejamentos de pessoal devido à ingerência política da gestão municipal.

Acho que essas mudanças não têm prioridade, nem com contratado nem com concursado [...] é aleatório, é de acordo com as necessidades do secretário (Técnica X)

Mesmo após cinco anos da aprovação da referida portaria que define o Pacto pela saúde, (BRASIL/MS, 2006), pode-se perceber que os critérios para capacitação e educação permanente em saúde dos profissionais que compõem a equipe técnica do CEREST Araxá não conseguem ainda ser estabelecidos e cumpridos na íntegra devido aos fatores já descritos.

Quanto à oferta e o processo de seleção dos cursos de capacitação há uma incompreensão e insatisfação na equipe, principalmente pelo desconhecimento de seus

membros e em relação ao vínculo de trabalho, apontado como requisito determinante para cursar a especialização:

[...] a gente não fica sabendo de todos os cursos. Isso é uma falha grande que tem aqui, de verdade. Não sei de onde vem isso, pois não chega pra todo mundo. Isso aí é uma falha grande. Aí eu não vou entrar no mérito se é do prefeito ou de quem é. Mas a gente não fica sabendo dos cursos, nem todas, né? (Técnica Y).

Eu vou falar como alguém que fez. Então pode ser bem diferenciado de um para o outro [...] em primeiro lugar, escutamos comentários o tempo inteiro, de tudo. Escutamos sobre a forma de como foi feita a seleção... Quando eu fiz, foi o primeiro curso que teve de ST.... [...] Não vou entrar no mérito se é justo ou não, mas um dos requisitos deles era... (tinha que ser concursado) a gente sabe que muitos concursados que fazem ST, muitas vezes não permanecem. Eles são retirados do serviço, sem nem querer saber se fez curso de especialização ou não. Mas a coordenação do CEREST na minha época me deu prioridade, pelo fato de eu ser concursada e pelo fato de eu estar aqui há mais tempo, [...]. Porque tinha que ter uma indicação, uma carta indicativa do serviço. Mas não fui só eu que fui indicada, teve outras pessoas. Na época fomos indicadas eu e outra, pois, tinham que ser indicadas duas pessoas do CEREST, e a Secretaria de Saúde indicaria outras (Técnica X).

[...] agora, no último curso também foi dentro das indicações ... tem uma seleção predefinida aqui sim, da mesma forma que foi o primeiro curso, foi o segundo (Técnica Y).

[...] contratados não tem muita prioridade em pós-graduação, priorizou quem era concursado (Técnica Y).

[...] dessa vez (segundo curso) teve uma diferença, não teve indicação do CEREST, que é do coordenador do CEREST, nem do secretário de saúde. Pôde abrir pra todos os funcionários que quisessem se candidatar. E eles iriam fazer essa seleção dentro da Universidade. Agora o primeiro não... (Técnica Y).

Então, sobre esses critérios de avaliação, não estou falando que são daqui não, acho que podia ser olhado, por que tem pessoas e pessoas, existem contratados e contratados entendeu? (Técnica Y e Z).

Eu acho que seria justo o concursado fazer o curso, se valesse de alguma coisa o fato de ele ser concursado e se isso garantisse pra ele se utilizar do curso (permanecer no serviço). Como não vale, então acho que isso vai à estaca zero (Técnica X, Y, Z e W).

Esta incompreensão dos profissionais vai para além das questões relacionadas ao vínculo de trabalho e traduzem a expectativa e a necessidade por novos conhecimentos através de capacitação que agreguem valor ao trabalho desempenhado pela equipe, o que pode ser percebido pelas seguintes falas:

Eu acho que todo mundo deveria ter (especialização em ST) Inclusive, essa mudança, que eu falo, de profissional dentro do CEREST, que às vezes deixa a desejar é por isso... (Técnica X)

Eu acho que esses cursos tinham que ter uma seleção como é pra todas as especializações. A pessoa faz a inscrição no que quer e no que tem afinidade. Porque fica difícil falar que todos concorrerão igualmente. Imagina se nós concorremos para a mesma vaga e o que passa é o que não tem interesse de fazer? É isso que estou falando, por isso que não adianta. Porque se concorrer de igual para igual, o que passar às vezes não tem tanto interesse quanto como o que queria ficar no serviço e fazer a especialização (Técnica Z e Y).

Eu gostaria disso aí. Eu morro por não fazer um curso em ST. De verdade. Eu quero mais, eu não estou de brincadeira. Vai virar brincadeira se eu não fizer nada (Técnica Y).

A última fala mostra o interesse da Técnica Y em cursar a especialização em ST, apesar de ter vínculo de trabalho celetista, o que demonstra um envolvimento com o serviço e a importância dada à capacitação.

Nos documentos do CEREST analisados não foram encontrados registros de capacitações para equipe como um todo uma vez que esta ocorre como expresso em muitas falas, de forma individual através de estudos e pesquisas atendendo às necessidades específicas.

Quanto às palestras, cursos e reuniões com o CEREST Estadual, e a GRS considerados como capacitação pela equipe, os registros de participação foram vinculados ao “eixo I” referente às ações de gestão e processo de trabalho da RENAST que serão mostrados na categoria temática 03.

Para a coordenação, a capacitação da equipe é indispensável à sua atuação no CEREST junto à rede básica e tem sido efetivada na prática.

Eu acho que a responsabilidade do CEREST é estabelecer a educação continuada do município na ST. Então não temos dificuldade porque em todo treinamento que tem na rede municipal, nós estamos presentes. E a equipe toda participa. Ou com dez minutos, ou com vinte minutos, ou com uma hora, ou com o dia todo, a gente está sempre presente. Então isso aí é muito interessante porque os colegas também vêem a necessidade de participar, porque a ST não está ligada somente ao CEREST. O CEREST, antigamente, era chamado de centro de inteligência, e eu não gosto muito disso porque parece que é superior às outras unidades, mas isso realmente a gente tem que passar para os colegas (Coordenação)

Durante todo o processo de observação participante não foi acompanhada nenhuma atividade de Capacitação para a equipe do CEREST.

Para Batista, (2011 p. 895) a educação continuada ou Educação Permanente em Saúde (EPS) “deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho”. Concorda-se com a autora uma vez que esta afirmação coincide com os anseios expressos pelos profissionais da equipe estudada.

Categoria temática 3 - Ações desenvolvidas pela equipe

Foi possível acompanhar ações internas que envolveram: procedimentos administrativos como preenchimento de fichas dos agravos de notificação compulsória; orientação telefônica para rede sobre trabalhador atendido, recebimento e conferência de notificações compulsórias vindas da rede sentinela, preparação de palestras e panfletos para capacitações externas; estudo de casos de trabalhadores com diagnóstico duvidoso após passar pelo acolhimento; reuniões da equipe técnica; acolhimento de trabalhadores de demanda espontânea e vindos da rede; atendimento médico, alongamento e orientação postural em grupo.

O acolhimento realizado refere-se à escuta dos usuários em relação a suas queixas e quadros de saúde apresentados como uma forma de responder às necessidades dos mesmos segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS em vigor desde 2003 (BRASIL/MS, 2003).

Todos os trabalhadores que chegam ao CEREST seguem o mesmo procedimento. Inicialmente o trabalhador vai para o acolhimento realizado pela assistente social que após fazer a anamnese encaminha o caso para o profissional da equipe responsável pelo respectivo agravo. Caso não tenha sido notificado, o

profissional faz a notificação do caso e re-encaminha para rede. Mesmo na rede, o profissional acompanha o trabalhador e solicita retorno ao CEREST para verificar o seu andamento.⁴

[...] no início, todos os funcionários faziam acolhimento, mas eu via que tinha alguma deficiência do encaminhamento. Às vezes o médico atendia e ia embora e custava a vir outro, aí eu coloquei como responsável pelo acolhimento do CEREST uma assistente social (Coordenação)

Primeiramente o trabalhador passa pelas meninas da recepção que pegam todos os dados para se ter uma estatística, aí eu vou analisar. É demorado porque eu analiso, eu vejo o que ele fala e vejo pra onde ele vai. Se ele vai pra fisioterapia, pra enfermagem ou pra rede de volta, ou pro nosso médico... Então é uma conversa mesmo, não vou anotando dados somente, sabe? Enquanto eu estou conversando e recolhendo os dados eu estou analisando para onde eu vou mandar. Ver se é uma intoxicação, por exemplo, e o que pode estar acontecendo de errado naquela hora e do que ele precisa. E aqui, no caso, com o trabalhador aqui dentro, a gente dá informações de como agir para com o INSS, de como agir para não adoecer... (Técnica Y).

Quando, ao invés do trabalhador, chega ao CEREST a ficha de notificação, o profissional responsável pelo agravo entra em contato com o serviço de saúde onde o trabalhador foi atendido para saber a veracidade das informações. Após a verificação, é feito contato com o trabalhador para agendamento do atendimento no CEREST. No atendimento são passadas as informações e orientações necessárias a cada caso (orientações previdenciárias, e de referência e contra-referência) e, da mesma forma o trabalhador é encaminhado para rede e acompanhado.

Em ambos os casos, quando surgem dúvidas ou divergências quanto ao diagnóstico e a condução dada, os profissionais da equipe encaminham o trabalhador ao atendimento médico do CEREST para confirmação do diagnóstico e orientação. Quando ainda restam dúvidas ou quando o atendimento médico não é possível, a equipe técnica realiza estudo de caso para discussão do mesmo durante o horário de

⁴ A divisão dos agravos de notificação compulsória de acordo com a formação graduada está apresentada no quadro 07 p. 101.

atendimento e/ou o caso é encaminhado para a reunião da equipe que acontece semanalmente.

Em relação às ações externas foi possível acompanhar 03 capacitações para trabalhadores de outras secretarias da prefeitura de Araxá e 02 capacitações envolvendo serviços privados sendo: 01 para profissionais da saúde de um hospital e 01 palestra na Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT) de uma empresa do ramo de transportes, como mostrado no quadro 06.

Durante as capacitações tanto para rede pública quanto para o setor privado foi feita uma apresentação inicial sobre o CEREST com o intuito de informar e orientar quanto à importância dos serviços prestados aos trabalhadores, para posteriormente dar ênfase ao tema central em forma de palestra de acordo com a demanda de cada setor definido no quadro 06.

Pôde-se perceber que em ambas as situações havia um desconhecimento da existência e do papel desempenhado pelo CEREST no município. Em se tratando da rede pública, tal fato ficou mais evidente em uma das capacitações com os trabalhadores do setor de Zoonoses, onde a maioria dos participantes tinha mais tempo de trabalho na prefeitura, até onze anos, e nunca tinham ouvido falar do CEREST.

Desta forma, as capacitações realizadas para as outras secretarias da prefeitura acabaram tornando-se um debate para reivindicação de materiais ou equipamentos de proteção individual (EPI), ou para explicitar os gargalos oriundos das atividades de trabalho seguidos de pedidos de soluções.

Uma vez em que o setor de Zoonoses faz parte da Vigilância Ambiental que em conjunto com as outras vigilâncias compõem a Vigilância em Saúde e estas deveriam trabalhar e articularem-se de forma integrada, o desconhecimento do CEREST por parte dos trabalhadores é um fator preocupante para a própria consolidação das diretrizes

previstas pela política da RENAST (BRASIL/MS, 2005) no item 04 do anexo IV referente às funções dos CEREST regionais.

Conforme depoimento dos profissionais da equipe no grupo focal o secretário municipal de saúde anterior uniu todas as vigilâncias em 2010 configurando a Vigilância em Saúde, sob uma coordenação única que permaneceu nesta configuração até maio de 2011. A partir desta data houve uma mudança na secretaria da saúde e a secretária que assumiu o cargo optou pela separação das vigilâncias e de suas coordenações. Esse processo de mudanças na prefeitura dificultou ainda mais as ações conjuntas na medida em que gera uma fragmentação das vigilâncias quando estas deveriam articular-se, conforme o relatório apresentado por Lacaz, Machado e Porto, (2002).

O quadro abaixo mostra as datas das ações internas e externas vivenciadas em campo no período compreendido entre dezembro de 2010 e dezembro de 2011.

Quadro 06: Datas das ações internas e externas vivenciadas no CEREST de dezembro de 2010 a dezembro de 2011.

DATAS	AÇÕES INTERNAS	AÇÕES EXTERNAS
1-Dezembro / 2010	Reunião da equipe para apresentação do projeto de pesquisa e aprovação do mesmo.	
2- Dezembro / 2010	- Conversa com os coordenadores.	- Capacitação Secretaria de Obras – Prefeitura de Araxá.(Palestra) - Capacitação para os funcionários do setor de Zoonoses – Prefeitura de Araxá (palestra)
3- Dezembro / 2010	- Estudo de caso. - Reunião da Equipe. - Procedimentos internos administrativos.	- Capacitação para agentes de endemias – Prefeitura de Araxá (palestras).

	- Grupo de Alongamento.	
4- Janeiro /2011	- Procedimentos internos administrativos. - Estudo de caso. - Conversa com a Fisioterapeuta e a Assistente Social.	
5- Janeiro / 2011	- Procedimentos internos administrativos. - Acolhimento de trabalhador. - Atendimento médico. - Conversa com Fisioterapeuta e coordenador Administrativo. - Análise documental (ações realizadas em 2009 e 2010).	
6- Janeiro / 2011	- Procedimentos internos. - Análise documental (ações realizadas em 2009 e 2010).	-Palestra em SIPAT de empresa privada.
7- Maio / 2011	- Entrevista com coordenadores. - Análise documental (ações realizadas em 2009 e 2010). - Conversa com duas Fisioterapeutas e uma Biomédica.	- Capacitação Hospital - Rede privada (palestra)
8- Maio / 2011	- Análise documental (ações realizadas em 2009 e 2010).	
9- Setembro / 2011	- Grupo Focal – equipe. - Análise documental (ações realizadas em 2009 e 2010). - Procedimentos internos.	
10- Dezembro / 2011	- Procedimentos internos. - Análise documental (ações realizadas em 2009 e 2010).	

Fonte: Diário de campo, dezembro de 2010 a dezembro de 2011.

Quanto às ações internas vivenciadas, que envolveram procedimentos administrativos, percebeu-se que estão em sua maioria, ligadas aos agravos de notificação compulsória, como: atendimento e acolhimento de trabalhadores; preenchimento e verificação das fichas, orientação telefônica para rede sobre trabalhador atendido, recebimento e conferência de notificações compulsórias vindas da rede sentinela, preparação de palestras e panfletos para capacitações.

Com a finalidade de ter uma melhor organização dos dados bem como para melhorar o fluxo do atendimento interno, o acompanhamento dos agravos de notificação compulsória são divididos entre os profissionais, como pode ser percebido pela seguinte fala:

[...] aqui os agravos são divididos. Então em cima de cada agravo cada um tem ações semelhantes ou não. Basicamente a gente faz de acordo com a demanda dentro da área de cada um, a gente faz uma investigação desses pacientes, se foi relacionado ao trabalho ou não. No meu caso, da fisioterapia, eu faço um trabalho de promoção da saúde de forma preventiva (Técnica X).

Para a coordenação a estratégia de divisão dos agravos de acordo com a formação profissional dos membros da equipe foi uma forma de se obter maior resolutividade no trabalho para atendimento das demandas e para elaboração das ações.

[...] a gente tem o domínio do que está acontecendo. O colega é responsável por onde estão as pessoas que estão envolvidas com esse agravo dele. É no produtor rural? É no comércio? E ele desenvolve as medidas de prevenção, de assistência e de vigilância dentro das ocupações ligadas ao protocolo dele (Coordenação)

Além de cada profissional ser responsável por um determinado agravo, por meio do acompanhamento das notificações (via rede sentinela) e de trabalhadores também é de sua responsabilidade elaborar material (apresentação de slides em programas de ações educativas *Power Point* e panfletos explicativos sobre o tema) para o agravo ao qual é responsável. Porém, cada profissional é orientado a convidar outro membro da equipe de formação afim para ajudar tanto na programação e elaboração do material

quanto na realização das capacitações para que as ações aconteçam de forma integrada e para que os profissionais tenham apoio mútuo.

Considerando a formação graduada e sua afinidade no tratamento dos agravos, cada membro da equipe possui um ou dois deles sob sua responsabilidade, com exceção do médico, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 07: Divisão dos agravos de notificação compulsória de acordo com a formação graduada.

Agravo de Notificação Compulsória	Formação Graduada
Pneumoconiose	Enfermeira 1
Dermatose Ocupacional	Enfermeira 2
Intoxicação Exógena e Câncer relacionado ao trabalho	Biomédica
Acidente com criança e adolescente e Acidente fatal	Assistente Social
Acidente grave com mutilação	Fisioterapeuta 1
LER/DORT	Fisioterapeuta 2

Fonte: Plano de trabalho do CEREST Araxá, março de 2011.

Considerando que são onze os agravos notificáveis pela portaria 777 (BRASIL/MS, 2004), os outros três agravos que não constam do quadro apresentado, não estão distribuídos para os membros da equipe do CEREST, são eles: 1- Acidente com material biológico - está descoberto devido à redução da equipe técnica de uma enfermeira que era responsável pelo seu acompanhamento; 2- Perda Auditiva por indução de ruído (PAIR) acompanhado por uma fonoaudióloga na rede por meio da UBS Unisa; e 3- Transtorno mental relacionado ao trabalho - acompanhado por uma psicóloga da rede vinculada à saúde mental.

Os dois últimos agravos mencionados são referenciados para rede onde são recebidos e tratados pela fonoaudióloga, que compunha a equipe do CEREST em 2005,

e psicóloga respectivamente, que são orientadas a preencherem os protocolos de agravos de notificação compulsória e comunicar ao CEREST.

Sabe-se que os dados contidos nas notificações e o conhecimento das empresas do território são de suma importância para a elaboração das ações a serem desenvolvidas uma vez que podem indicar atividades desempenhadas por profissionais com maior suscetibilidade para alguma patologia.

[...] nós utilizamos os protocolos (fichas de notificação). Dentro desses protocolos nós fazemos todas as ações: preventivas, de vigilância, tentamos fazer uma parte de reabilitação, apesar do município não ter, a gente faz isso na rede... em todas as unidades, fazemos um trabalho de busca ativa de todos os médicos para fazermos essa parte de conscientização da notificação e depois da investigação. E essa investigação é feita pelo profissional do CEREST de acordo com seu protocolo coma rede (Coordenação)

A gente tem trabalhado muito no que eles (CEREST Estadual) têm pedido: descobrir o setor produtivo de cada município, que é muito difícil de ter em mãos ainda. Saber que temos mil e novecentas empresas, só em Araxá, e saber onde estão os trabalhadores, onde eles estão trabalhando, ainda é uma dificuldade muito grande nossa. E, uma vez conhecendo o território, se sabe como agir, como trabalhar na questão de prevenção e tudo. Então são aqueles de maior índice de acidentes e geração de doenças, os nossos alvos preferidos de trabalho, no momento (Coordenador)

Segundo a coordenação, uma das queixas predominantes no CEREST é a grande ocorrência das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) tanto na área urbana como rural e em toda micro-região.

[...] antigamente a gente tinha muita LER/DORT em escritório. Agora a gente tem no trabalhador rural, no que faz a ordenha, no que faz o serviço braçal, neste pessoal que está batendo pasto, está plantando cana. A gente vê muitos problemas. Então isso aí aumenta muito a procura por conta da dor. (Coordenação)

Por ser uma região com atividade econômica voltada para mineração eram esperadas notificações por problemas respiratórios como as pneumoconioses segundo a coordenação do CEREST, estranhamente, porém, o mesmo não acontece:

[...] nunca tivemos um caso de pneumoconiose em Araxá. Então a nossa preocupação foi: “será que nós é que não estamos vendo a pneumoconiose, e a pneumoconiose é que está vendo a gente?” Nunca foi relatado ou diagnosticado. Então todo caso que aparece aqui, de quem trabalha em mineradora, de quem a gente pode suspeitar do caso, eu mando para BH.

Todos eles retornam como DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica).
Não consegue criar nexos... (Coordenação)

Mesmo que não sejam diagnosticados casos de pneumoconioses, não é correto afirmar que uma DPOC não configure uma doença de trabalho.

Segundo Campos, (2004) apesar da forte associação da DPOC ao tabaco, as exposições ocupacionais a poeiras e fumaças também contribuem para o aparecimento da doença, o que pode configurar uma doença relacionada ao trabalho.

Em relação ao tipo de ações realizadas pelo CEREST Araxá, a equipe técnica e a coordenação concordam que o modelo de atenção adotado está centrado na prevenção e promoção à saúde, porém, existem opiniões que defendem a existência de mais ações assistenciais individuais na contramão do que estabelece a RENAST na medida em que não se fala do papel da rede básica:

A gente fez umas visitas fora, fomos ver o que já tinha em funcionamento. E interessante é que, já nessa época, tinha algumas coisas na portaria que cortavam a questão do assistencialismo nos centros de referência, dispondo que ele seria um elo, mas tinha que ser referenciado. Aí começamos por este ponto de que precisávamos ser referência e não assistência. Foi uma coisa que começamos inovados, já com a portaria indicando que a gente nunca poderia ser assistência, e sim, uma referência para dar suporte, dar apoio e de dar vigilância, de uma maneira geral (Coordenação).

Aqui sempre se priorizou a promoção da saúde e a prevenção com atividades educativas, capacitações e treinamentos. E como já desde o início teve a legislação, sempre se focou que a parte assistencial deve estar voltada para isso e não assistencial do lado ambulatorio (Técnica Z).

[...] eu concordo com a política da ST, em que a gente não tem que ser trabalho ambulatorial, mas, por outro lado, olhando a realidade do dia-a-dia, do trabalho na prática, eu acho que a forma com que é colocado o trabalho ambulatorial dentro da ST às vezes é prejudicial. Porque querendo ou não é ele que nos dá demanda. Então se a gente tivesse uma parte assistencial, não vou falar ambulatorial, com talvez um perfilzinho ambulatorial, teríamos uma demanda muito maior de usuários podendo fazer um trabalho muito maior. Porque não temos a parte de vigilância pra trazer esse trabalhador pra gente, a vigilância dentro da política da ST está ainda muito a desejar, não temos amparo nenhum. Então o que cresceria no trabalho e a gente poderia fazer seria isso, porque querendo ou não, nós, os brasileiros, não somos focados na prevenção, eles não tem esse tipo de... Ele não foi criado assim, ele não se interessa pela promoção da saúde (Técnica X).

É essa política, é esse o sistema. E eu acho que de repente a gente poderia fazer mais mesmo (Técnica Y).

Mas a política da ST contesta isso. Ela fala lá que a gente não é assistencial em nível ambulatorial. A assistência que nós damos é informacional. Se tiver essa assistência aqui, ela tem que ser uma assistência que até aqui no CEREST nos conversamos com a coordenação e ela topou, da gente montar a clínica aqui para nós, da fisioterapia, podermos trabalhar na forma de projeto. Então eu pegaria um grupo de trabalhadores que estão adoecidos, que conseguimos investigar e saber que estão relacionadas ao trabalho, efaríamos um acompanhamento desse trabalhador com início e fim, porque aí não se tornaria ambulatorial e nem assistencial igual é no SUS, e depois poderia referenciar para a rede, porque a parte ambulatorial seria a rede. Mas até mesmo assim tem gente que encara isso como estar saindo do que a RENAST propõe... (Técnica X)

[...] fomos adaptando e vimos que não colocaria outra assistência no CEREST, que ele trabalharia mesmo com centro de informações e proteção primária, trabalharia diretamente com a saúde pública do município. Com isso nós fomos envolvendo com o trabalho nas unidades, começamos a trabalhar diretamente com o secretário. Em todas as reuniões que tinha eu estava para falar da Saúde do Trabalhador e com isso fomos ganhando espaço na saúde pública do município (Coordenação)

Para a análise das ações realizadas, foi feita a escolha dos registros de ações ocorridas nos anos de 2009 e 2010 devido à lacuna no registro de dados computadorizados existente anteriormente a este período já que os dados de 2011 não estavam completos conforme se observou durante as visitas ao CEREST.

Os dados registrados em computadores do CEREST desde 2005 foram perdidos com a mudança de governo, no ano de 2008, quando a sede do CEREST funcionou como comitê eleitoral. A partir de 2009 todos os registros de documentos passaram a ser gravados em um disco rígido externo, para evitar nova perda de dados.

Sobre esta perda dos dados computadorizados, os coordenadores não sabem ao certo o motivo que levou ao ocorrido, mas concordam que gerou prejuízos ao CEREST.

Nós tivemos uma perda de arquivos na mudança de gestão. Porque infelizmente, no período eleitoral, o CEREST foi um comitê. Então perdi muitos dados. Para depois formatar as máquinas para tirar a política foi muito arquivo embora, que era muito interessante. Por isso tenho uma memória meio apagada aí, tem coisas que às vezes têm uma lacuna por causa dessa falta (Coordenação)

[...] nós tínhamos um arquivo excelente aqui e que infelizmente foi apagado na época de política partidária. Doloroso isso aí, mas aconteceu (Coordenação)

Estas falas revelam a não priorização da política de ST pela atual gestão municipal dada a importância dos registros de documentação para o serviço, o que não foi considerado conforme mostra o episódio relatado do uso de computadores do CEREST no período eleitoral

Em relação à análise das pastas com registros das ações desenvolvidas nos anos de 2009 e 2010 pelo CEREST Araxá segundo o eixo das ações definidas pela RENAST, foi possível sistematizá-las de acordo com o quadro 08:

Quadro 08: Atividades realizadas pelo CEREST Araxá segundo o Eixo das ações tendo como anos de referência 2009 e 2010.

Atividades realizadas pelo CEREST Araxá segundo o Eixo das ações	Finalidade/local	Ano de referência 2009	Ano de referência 2010
<p>EIXO I: Ações de Gestão e Processos de Trabalho</p> <p>1- Articular a Política de Saúde do Trabalhador na área de abrangência do CEREST, na perspectiva da inter-setorialidade.</p> <p>2- Articular ações inter-setoriais: Visitas, reuniões, fóruns.</p>	<p>1.1- Visitas para ações de suporte técnico nas Redes Sentinelas.</p> <p>1.2- Solicitação de relatórios para montar banco de dados.</p> <p>1.3- Reunião GRS, Vigilâncias, Saúde Mental, CAST, SMS.</p> <p>1- Workshop em ST, Reunião CEREST Estadual, Encontro referência técnica, MTE.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>6</p> <p>6</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>20</p> <p>3</p>
<p>EIXO II – Ações Educativas: Educação em Saúde do Trabalhador para a Rede SUS, Conselhos de Saúde, Sindicatos, Empregadores, Trabalhadores, Associações, etc.</p> <p>1- Capacitação da Atenção Básica e Especializada.</p> <p>2- Capacitação para trabalhadores e associações fora da rede SUS.</p>	<p>1-Trabalhadores da Saúde no SUS.</p> <p>1- Trabalhadores Informais e formais.</p>	<p>16</p> <p>20</p>	<p>22</p> <p>20</p>

EIXO III: Ações de Assistência. Assistir de forma integral o trabalhador com suspeita e / ou confirmação de doença ou de acidente relacionado ao trabalho.			
1- Acolhimento	1- Realizado pela Assistente Social.	45	106
2- Consultas, atendimentos individuais.		45	106
3- Procedimentos coletivos	1- Realizado por toda equipe. 1- Grupo de Alongamento.	104	106
EIXO IV: Ações de Divulgação e Informação em Saúde do Trabalhador			
1- Produzir e distribuir material educativo em saúde do trabalhador	1.1-Produção de material em gráfica. 2.1- Produção de material em xerox, ou manuscrito.	0 17	0 13
Eixo V: Ações de Vigilância a Saúde/Vigilância em Saúde do Trabalhador			
1- Desenvolver processos de vigilância de ambientes de trabalho (Setores diversos).	1- Empresas públicas e privadas.	0	0
2- Realizar visitas técnicas específicas: estabelecer relação entre agravo e o trabalho nos diversos setores; (denúncias oriundas de vários atores sociais; informações oriundas da Regulação e do SINAN NET, entre outros.)	2.1- Visitas técnicas nas secretarias e órgãos da prefeitura municipal de Araxá e da micro-região. 2.2- Visitas técnicas em empresas públicas e privadas fora da prefeitura.	0 8	14 0
Total de ações realizadas.		270	414

Fonte: Pasta de registro das ações realizadas pelo CEREST Araxá nos anos de 2009 e 2010

Embora as ações desenvolvidas pelo CEREST Araxá perpassem os cinco eixos de ações sugeridas e definidas pela RENAST, pôde-se perceber que em sua maioria estas ocorrem no eixo das ações assistenciais, e de forma coletiva, no caso do grupo de alongamento.

De acordo com o quadro acima apresentado, as ações do eixo III (Ações de Assistência) apresentam-se em maior número tanto em 2009 quanto em 2010. Tal realidade pode ser explicada devido ao fato de os trabalhadores que chegam ao CEREST, vindos da rede ou por demanda espontânea, serem atendidos por meio do acolhimento e deste são destinados para os profissionais responsáveis por cada tipo de agravo, ou para o médico da equipe, para orientações ou encaminhamento à rede, o que configura um atendimento.

Então o trabalhador vai chegar, vai passar pelo acolhimento com uma assistente social e aí é encaminhado para o profissional que mais enquadra no quadro ou queixa dele. Mas aqui dentro ele recebe aconselhamento, uma assistência mais em nível de orientação e de prevenção e é indicado para ser tratado mesmo na rede, e não aqui dentro do CEREST (Coordenação)

Nós atendemos também o usuário. Temos uma demanda espontânea em que o usuário vem e é atendido (Coordenação)

Cabe aqui ressaltar que, ainda que as ações assistenciais estejam ocorrendo em maior número, se comparadas às demais ações apresentadas no quadro 08, ao analisar o número de dias/ano e o tempo em horas/dia de funcionamento do CEREST Araxá, é possível perceber que o número de ações assistenciais também apresenta-se baixo, caracterizando uma dificuldade de realização destas ações e um descompasso em relação às atribuições e ações a serem desenvolvidas segundo a Portaria 2.437/2005 da RENAST (BRASIL, MS 2005).

Ainda em relação ao quadro 08, quanto às ações do eixo III (Ações de Assistência), os procedimentos coletivos expressos pelo grupo de alongamento representam uma grande parte das ações dos anos de referência. Foi possível acompanhar esta ação realizada na sede do CEREST duas vezes por semana com duração de 1 hora/sessão. O grupo atende a qualquer demanda, seja de trabalhadores de serviços públicos ou privados, como profissionais liberais, prestadores de serviços e

aposentados. Cada grupo dura em média seis meses com acompanhamento de duas fisioterapeutas do CEREST. Antes de iniciar cada grupo, os participantes passam por uma avaliação fisioterapêutica e uma avaliação da escala de dor e são monitorados do primeiro ao último dia do programa até o sexto mês. Durante as sessões são dadas orientações para postura da coluna e sobre postura em geral. Ao final do programa um novo grupo é avaliado de modo que seu funcionamento se mantém de forma contínua ao longo do ano.

[...] nós fazemos trabalhos em grupos, a gente pega ramos de atividades. Por exemplo, eu já trabalhei muito com costureiras, com cabeleireiras e por isso eu tenho um grupo que é muito focado nessas áreas, para não se considerar ambulatorial [...] dou orientação postural, dou orientação de alongamento, acompanho-os por um período, dos que dá pra notificar, faz a notificação (Técnica X).

Em relação às ações educativas representadas no quadro 08 pelo eixo II, pode-se perceber que estas têm uma ocorrência maior em relação às demais, exceto pelas ações assistenciais já descritas. Esta constatação vai ao encontro do estudo de Dias, (2008) e Lourenço, (2009) que apontam que as ações educativas mesmo com variações quanto ao tipo e a quem se destinam, são de fato as de maior frequência.

Estes estudos confirmam também os relatos dos profissionais da equipe do CEREST Araxá que se referem a estas ações como as mais realizadas conforme como pode ser visto nas falas abaixo:

As educativas são as mais frequentes. Agora lembrando o seguinte: falando fica bem amplo, né? Na verdade a gente não tem um fluxo grande não. De tudo isso, o fluxo é muito pequeno, tem muita coisa pra crescer, entendeu? (Técnica Z).

Em relação aos 365 dias do ano pensando à longo prazo, nosso fluxo é realmente pequeno. Isso porque também temos os entraves no meio do caminho (Técnica X).

As dificuldades encontradas pela equipe para realização das ações, expressa pela Técnica X como “entraves no meio do caminho”, serão melhor abordadas na categoria temática 04 mais adiante.

A coordenação do CEREST se expressa quanto ao tipo de ação mais realizada como sendo tanto as do eixo II como as do eixo V-I referente às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) nos ambientes de trabalho: “[...] as ações mais realizadas são as ações de prevenção e a parte de vigilância no ambiente de trabalho.” (Coordenação X)

Tal fala é descabida, já que, por meio da análise dos registros das ações expressos no quadro 08 referente ao Eixo V: (Ações de Vigilância a Saúde/Vigilância em Saúde do Trabalhador), não foi identificada nenhuma ação desta natureza nos anos de referência, bem como não foi possível acompanhar estas ações no período da observação participante por não haver agendamento das mesmas.

Segundo Pinheiro, (1996 p. 14) entende-se por VISAT:

[...] práticas que vão do registro de dados e informações de saúde até ações de intervenção, de modo contínuo e sistemático, com o objetivo intrínseco de agir sobre os determinantes e condicionantes dos agravos e da saúde dos trabalhadores.

Nesta perspectiva a VISAT tem como objeto o processo de trabalho e o ambiente em que este se insere, ultrapassando os limites de fiscalização da vigilância sanitária com foco no produto e no consumidor (BRASIL, 1998), (VASCONSELLOS, 2007).

Foi possível perceber que existe um esforço da equipe do CEREST Araxá em atuar na vigilância mesmo que por meio de caminhos alternativos, como as visitas técnicas, mas muitas dificuldades são encontradas neste percurso, as quais refletem no

modelo de atenção adotado pelo CEREST Araxá que, muitas vezes, fica à margem daquele proposto pela RENAST.⁵

Para Dias, (2008), as ações de VISAT realizadas nos 15 CEREST estudados ocorrem de forma restrita e pontual com muitas variações que nem sempre configuram de fato o sentido da ação, em concordância com o presente estudo.

Segundo os membros da equipe, o que acontece são visitas técnicas nas quais se observa todo processo produtivo e a partir deste olhar é formulado um parecer com sugestões de melhorias, e estas, por sua vez acabam representando apenas recomendações que na maioria das vezes não são cumpridas, por que não existiria uma forma de punição pelo descumprimento das mesmas. Em outros casos, o CEREST vai a convite da própria empresa quase sempre para realização de palestras em alguma campanha específica ou para participação na SIPAT o que descaracteriza a ação de autoridade sanitária (LACAZ, MACHADO e PORTO, 2002)

[...] a gente faz um trabalho que ainda está bem no início, porque ainda não temos um trabalho de vigilância. Ao nosso trabalho, às vezes, chamamos de visita técnica. A vigilância mesmo a gente ainda não conseguiu realizar aqui dentro do CEREST, mesmo porque estamos aguardando a nossa carteirinha para que possamos ter um bom acesso nas empresas. Pois até hoje, em todas as nossas idas a empresas ou são por meio de convite, para participar de SIPAT, de atividades dentro da empresa, ou são como visitas técnicas, aquela cordialzinha, em que você pede “por favor” pra entrar, com um “pelo amor de Deus”. Nós não fazemos a vigilância também no sentido de que não impomos nenhuma mudança, a gente sugere mudanças, dá orientações de modificações (Técnica X).

Observando o eixo V-1 no quadro 08, pode-se perceber que nos anos de referência não ocorreram ações de VISAT em ambientes de trabalho segundo orientações da RENAST. Já o eixo V-2 referente a visitas técnicas específicas apresenta uma variação significativa entre os anos de referência, o que reforça a fala anterior da Técnica X.

⁵ A definição de visitas técnicas está apresentada no quadro 08 no eixo V das ações de VISAT p. 105.

Em 2009 não ocorreram visitas técnicas na rede ou em outras secretarias da prefeitura, porém, foram realizadas visitas em 08 empresas privadas comerciais da cidade para observação, orientações e verificação quanto a orientações de Ergonomia.

Os registros de ações de 2010, ao contrário de 2009, não apontam nenhuma visita em empresas privadas, em contrapartida foram realizadas 14 visitas nos setores da própria prefeitura de Araxá, sendo eles: TFD (Tratamento fora de domicílio), Farmácia municipal, UBS Uninort, Setor de Zoonoses, Laboratório Municipal, UBS Unilest, CEO (Centro de especialidades odontológicas), UBS Unisul, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, UAE (Unidade de Atendimento Especializado) e 2 PSF. Estas visitas realizadas configuraram observação dos setores visitados e orientações quanto a Ergonomia e sobre SINAN no que se refere a importância de notificação.

A discrepância das ações de visitas técnicas nos dois anos apresentados pode ser explicada no primeiro caso (2009), por uma parceria com a associação comercial do município que propiciou a efetivação de visitas em serviços de comércio e, pela inserção do engenheiro de segurança na equipe técnica do CEREST. No segundo caso (2010), o número de ações vinculadas à prefeitura se deu devido à parceria com as demais vigilâncias que na época eram integradas e, por sua vez a ausência de ações em empresas privadas reflete o momento de alteração na composição da equipe do CEREST e na falta de um aparato legal, sendo esta também uma das dificuldades relatadas pelos profissionais:

[...] no início, nós tínhamos um roteiro para vigilância e não sei o que houve, foram feitas visitas técnicas, fizemos um relatório e para cobrar, mas isso ficou estagnado (Técnica Y).

É, porque a gente acabou esperando os amparos e que a gente ainda não tem. Na verdade, nesse negócio de visita técnica, se o empregador ou a empresa tiver interesse em fazer alguma modificação, ótimo. Mas na maioria das vezes a gente sabe que eles podem até ter interesse e ficar entusiasmados, mas fazer isso andar, fazer com que essas modificações ocorram... Nós

sabemos de todas as dificuldades que tem de empresa, como de interesse em fazer isso, então eu acho que é isso que vai dificultar no trabalho de vigilância e de visita técnica. Mas acho que isso aí é realidade para tudo quanto é CEREST, talvez seja até pior em outros CERESTs. Talvez algum CEREST não consiga nem fazer visita técnica, nem realize isso (Técnica Z).

Como uma tentativa de otimizar a entrada do CEREST nas empresas para fins de VISAT, os coordenadores técnico e administrativo conseguiram por meio de um decreto de lei da câmara municipal de junho de 2009 (Anexo 08), a nomeação de três profissionais da equipe técnica (1 Fisioterapeuta, 1 biomédica e 1 assistente social) e uma profissional de nível médio (técnica em segurança do trabalho) como autoridades sanitárias. O decreto de regulamentação desta lei entrou em vigor em junho de 2011 (Anexo J), quase dois anos após o pedido.

Como autoridade sanitária os profissionais do CEREST comporiam então a equipe de vigilância sanitária da secretaria municipal de saúde tornando assim mais facilitado o acesso às empresas.

Cabe ressaltar que em junho de 2011 quando o decreto entrou em vigor a coleta de dados da presente pesquisa estava em fase final e durante as duas últimas visitas ao CEREST (setembro e dezembro de 2011) não foi identificada nenhuma atuação da equipe como autoridade sanitária para realização de ações de VISAT, o que demonstra uma dificuldade de articulação intra-setorial.

Categoria temática 4 - Dificuldades para o desenvolvimento das ações

Apesar de a capacitação ser um gargalo para se efetivar as ações do CEREST na prática, o estudo revelou outros pontos de dificuldade para o desenvolvimento das ações.

Segundo, Batista, (2011 p. 895) “não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central”.

Dentre as dificuldades sinalizadas merecem destaque: 1- Não priorização da política de ST pela atual gestão municipal; 2- Rotatividade de pessoal; 3- Relação com as empresas e 4- Falta de autonomia.

Uma das dificuldades intra-setoriais relatadas está ligada ao repasse da verba depositada no Fundo Municipal de Saúde para provimento das ações do CEREST a nível municipal e regional, que em muitos casos impede ou prejudica o preparo de material para as capacitações bem como as viagens para outros municípios da micro-região (Lourenço, 2009).

A carência de recursos materiais para ações de VISAT foi também uma das dificuldades apontadas, o que aponta segundo alguns autores, para a necessidade de “instrumentos claros para a determinação dos repasses [para se] evitar a fragmentação operacional” (LACAZ, MACHADO E PORTO, 2002, p.76-79)

Quando analisadas as ações contidas nos planos de ação de 2009 e 2010 pôde-se perceber que os documentos são idênticos alterando apenas as datas, ou seja, não foi cumprido o plano de 2009 e o mesmo se repetiu em 2010. Este fato é explicado pela dificuldade de repasse da verba para o Fundo Municipal. Para ter acesso a verba é necessária licitação para todas as solicitações de serviços (material gráfico, alimentação, transporte, dentre outros) o que muitas vezes demora e não sendo liberada a tempo a verba, as ações em muitos casos acabam não acontecendo.

Diante desta dificuldade, a partir de 2011, a equipe do CEREST utilizou como estratégia não respeitar as ações estabelecidas no plano, e realizá-las de acordo com as possibilidades e a demanda espontânea. Assim, o registro destas tem sido feito mediante

registro fotográfico e pela lista de presença para comprovar a produtividade, nos casos onde existe esta possibilidade, como nas ações educativas.

Ocorrem também dificuldades em relação à produção de material didático para as ações educativas. Devido à demora nos processos de licitação na maioria das vezes não é possível a liberação da verba para envio dos materiais para gráfica. Desta forma, como estratégia da equipe, os panfletos e cartazes necessários à divulgação das ações do CEREST e das políticas de ST para capacitação são feitas através de cópias xerográficas em outros setores da prefeitura. Quando é necessário xerox colorido o mesmo é feito na secretaria de educação, único setor da prefeitura com impressora colorida, sendo que a tinta (toner) e as folhas são compradas e divididas pelos membros da equipe do CEREST, o que demonstra a precariedade das condições e falta de apoio ao trabalho da equipe do CEREST. Todas as informações aqui apresentadas foram extraídas de reuniões e grupo focal com a equipe técnica

Para as viagens na área de abrangência do CEREST, os membros da equipe optaram por custear sua própria alimentação, também pela dificuldade de liberação de verba destinada a este fim. Porém, uma vez que as estratégias adotadas de custeio de despesas pela equipe, para realizar as ações na área de abrangência iniciaram-se em 2011, cabe ressaltar que não foi possível acompanhar nenhuma ação desta natureza no período de observação participante, pois não havia agendamento para o período. Quanto aos registros das ações de 2009 e 2010 analisados não constam nenhuma ação em outro (os) municípios, o que descaracteriza a atuação regional do CEREST Araxá.

Todas as estratégias adotadas acima foram medidas encontradas pelos próprios membros da equipe para conseguir realizar as ações e superar as dificuldades encontradas.

Nós temos um problema aqui que é não termos material. Já tem uma gestão inteira em que estamos atrás de material para cadastrar a rede e microrregião e não temos. Podemos trabalhar sem material? Sim, e estamos. É meio sem incentivo, sem graça, é pouco, o CEREST pode inovar muito mais. Poderíamos fazer muito mais, mas não fazemos porque este é um ponto. É igual você dar aula sem um quadro negro. Então resolvemos nós mesmos fazer, a equipe se reuniu, fez alguns folhetos e nós mesmos reproduzimos. É uma maneira que temos, pelo menos, de entregar para eles, e que possam memorizar um telefone, um e-mail, o endereço... Pra poder retornar se tiver alguma questão. Porque poderia ter um folder, um manual ou um instrutivo, né? (Técnica Z)

O CEREST tem a verba, ela é repassada pela RENAST e quanto a isso a gente não teve problema nessa administração. O problema, o que chega sempre aqui pra gente da administração, uma vez que a verba é administrada fundo a fundo pelo prefeito, é a falta de processo de licitação para esse tipo de serviço. Porque se a prefeitura não tem licitação, acaba que o CEREST também não pode fazer independentemente o material de divulgação. A gente tem que esperar o processo de licitação da prefeitura num todo. É a administração municipal, eu acho que tudo está aí (Técnica Y)

As viagens inclusive. Até mesmo viajar pra dar capacitação num município da microrregião. E treinamento também. A gente não tem suporte. Não temos suporte financeiro para motorista, pra gente... (Técnica X)

Outra dificuldade encontrada pelo CEREST em relação à não priorização da política de ST pela administração municipal refere-se ao repasse da verba e sua aplicação em sua área de abrangência, como pode ser visto a seguir:

[...] na micro-região é assim: a verba é microrregional. Então aí começa a dificuldade da gente ensinar pra administração que gera esse recurso que essa verba não é dela. Não é da administração do município. Que ela tem que ser repassado aos outros municípios, Eles não entendem isso: a verba está em Araxá e se gasta em Ibiá (Técnica Z)

[...] nós temos realmente alguma dificuldade de fazer repasse (para micro) (Coordenação)

No momento, se não for uma discussão em nível regionalizado, não tem como você fazer um repasse. Mesmo porque, legalmente, não tem como [...] há necessidades em ST na microrregião (Coordenação)

Eu não sei se a relação aí está entre o secretário ou o prefeito, porque querendo ou não, na gestão passada não tinha problema desse tipo porque era tudo liberado pela Secretaria de Saúde, eu não lembro de ter que ir ao prefeito conversar sobre isso não. É nessa gestão que está tendo essa relação aí, de que tudo do secretário tem que ser repassado para o prefeito, e precisa ser liberado e vira esse impasse aí. Porque o que eu vejo é o seguinte, dentro da Secretaria de Saúde muita coisa é liberada, vamos associar ao secretário que estava antes, que estava há mais tempo, pois este de agora eu não tenho muito o que falar pois, tem muito pouco tempo (2 meses). Muitas coisas eram articuladas, muito boas, e depois não se conseguia mais. Então o impasse

está aonde? É entre o caminho do secretário, do prefeito? A gente nunca sabe (Técnica Y).

É muito complexo. E esbarra em um monte de coisas que dependem de outras. Às vezes você acha que o trabalho está andando e de repente empaca por uma razão mais sem lógica, que depende de um, que depende de outro, que precisa autorizar e vira esse impasse e acaba parando o serviço por causa disso (Técnica X).

Em relação a esta dificuldade com a administração municipal explicitada pela equipe a coordenação técnica posiciona-se de forma contraditória minimizando as dificuldades apontadas:

[...] a gente não tem dificuldade nenhuma em desenvolver ações, em fazer a nossa política de atendimento por parte dos gestores, tanto do prefeito, quanto dos secretários de saúde. Afinal nós estamos há muitos anos aqui em Araxá e a gente mostra o trabalho que a gente faz. Então não há dificuldade nenhuma. O prefeito agora, por ser um médico, se inteirou e nos deu autonomia total. Não tem dificuldade nenhuma uma vez que ele reconheceu que a Saúde do Trabalhador na Vigilância à Saúde (Coordenação)

Na verdade nós temos uma conta própria. O CEREST tem uma conta em que são depositados os recursos. Nunca tive nenhum problema quanto ao gasto deste recurso (Coordenação)

Ainda segundo a coordenação existe uma grande aceitação por parte não só da Secretaria de Saúde como de todas as secretarias que compõem a prefeitura:

[...] inclusive nós somos convidados a participar, e temos que ter muito cuidado porque senão eles pensam que o CEREST é Saúde do Trabalhador da prefeitura. Então tenho que ter muito cuidado com isso e deixamos muito claro que o CEREST é Saúde do Trabalhador do município e da nossa microrregião (Coordenação)

Se por um lado esta contradição explicitada revela receio, cuidado ou proteção, também pode sugerir a visão do que deve ser a atuação da ST por parte da coordenação do CEREST.

Quando questionada quanto a possíveis dificuldades ou pontos fracos do CEREST que poderiam de alguma forma ser um gargalo para execução das ações a

coordenação técnica, evidenciou que existe uma resistência dos profissionais da rede, principalmente pelos médicos, para notificar, colocando externamente a dificuldade do CEREST.

É claro que a gente tem uma resistência do profissional médico na notificação. Então eu considero que o maior gargalo que eu tenho é a notificação (Coordenação)

[...] a gente está tomando algumas ações para fazer isso. Inclusive uma medida que nós efetivamos aqui no CEREST foi a emissão de CAT⁶ para acidentes do trabalho. Porque acontecia que era subnotificado, então fizemos um trabalho com a urgência e com a emergência da cidade, em que o médico atende, manda o trabalhador aqui para o CEREST, a nossa assistente social entra em contato com a empresa para que ela emita a CAT e para a empresa que não quer emitir, nós emitimos aqui. Então isso aí já diminuiu o relacionamento que nós tínhamos e a dificuldade que nós tínhamos com essa notificação (Coordenação)

O que eu considero realmente de dificuldade é a gente não conseguir as notificações de todos os agravos. Isso é uma parte que temos que trabalhar muito. E isso é um problema nacional, pois se você pegar notificação, nós temos, por exemplo, dois tipos de câncer relacionados ao trabalho notificados no estado de Minas Gerais. Inclusive um é de Araxá e eles notificaram de forma errada. O problema é que eu acho que devemos trabalhar fazendo uma força tarefa em todos os CERESTs é a notificação. Porque se a gente não tem notificação, você não vislumbra políticas. Como vamos chegar para um gestor para pedir alguma ação se você não tem notificação disso? Se eu tenho um caso em toda Minas Gerais, se eu tenho três casos no Brasil inteiro? O meu trabalho e o meu empenho é a notificação (Coordenação).

Outra dificuldade refere-se ao remanejamento do pessoal de apoio da rede básica do município, das vigilâncias principalmente da Vigilância sanitária, bem como da secretaria municipal de saúde como um todo, demandando uma reprogramação de capacitações dos novos contratados e realocados de outros setores, o que retarda o processo de planejamento e execução das ações.

Sobretudo, constituem-se outro entrave as mudanças ocorridas na composição da equipe do CEREST, com perdas significativas de profissionais de áreas do conhecimento distintas e daqueles qualificados por meio de capacitações em ST, uma

⁶ CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

vez que o remanejamento de pessoal não considera as lacunas que estas geram no serviço.

Ainda para os profissionais que participaram do grupo focal, é difícil estabelecer ações com a prefeitura, pois, a atenção primária, o PSF e as vigilâncias principalmente a Vigilância Sanitária não reconhecem o CEREST como um setor que necessita de articulação intra-setorial, por isso as ações conjuntas propostas acabam sendo entendidas como mais uma função a ser desempenhada.

Segundo Dias e Ribeiro, (2011) a forma mais expressiva de organização da atenção primária em saúde (APS) em Minas Gerais dá-se por meio do Programa de Saúde da Família cuja atuação é de suma importância por identificar as necessidades de saúde da população adscrita no território e relacioná-las às atividades produtivas, a fim de planejar e executar as ações em ST. Porém, estas práticas não estão incorporadas no cotidiano de trabalho da APS, pela dificuldade intra-setorial já apontada.

As dificuldades intra-setoriais expressas na relação com as vigilâncias aqui apontadas ratificam os achados de Lacaz, Machado e Porto, (2002) e fazem refletir sobre o papel da VISAT no SUS:

Embora tal perspectiva inovadora de integração da VST, presente desde o início de sua concepção, seja mais próxima da visão moderna de Vigilância em (da) Saúde, observa-se uma grande dificuldade de inserção institucional e relacionamento intra-institucional, dado que a estrutura das instituições do SUS ainda encontra-se fortemente sedimentada nos moldes das vigilâncias epidemiológica e sanitária. (LACAZ, MACHADO E PORTO, 2002, p. 11).

Segundo Lacaz, Machado e Porto, (2002 p. 76) “a intra-setorialidade é atualmente o **maior entrave** a ser superado na área da saúde dos trabalhadores”. Apesar de o referido estudo ser anterior à Portaria de 2002 que regulamentou a criação da RENAST (BRASIL/MS, 2002) os autores retratam o que ainda representa uma grande dificuldade vivenciada pelo CEREST Araxá.

A relação intra-setorial e o remanejamento de pessoas nos serviço de saúde gera segundo a equipe um retrabalho e uma perda de continuidade no desenvolvimento das ações.

Uma dificuldade, um ponto muito fraco em educação permanente é a rotatividade que existe entre profissionais. A gente faz uma capacitação, faz atividade passa seis meses e esse profissional não está mais lá (Técnica Z)

[...] uma dificuldade durante essa capacitação permanente é que quando um profissional está há muito tempo num lugar e o outro entra no lugar dele, talvez ele não tenha tanto interesse em continuar aquilo que o antigo estava fazendo. Então às vezes a gente perde nisso aí. A gente capacita até mesmo uma equipe inteira, até o médico se dispõe a aprender, mas os profissionais que estão entrando não têm tanto interesse em dar continuidade naquele assunto, então perde um pouco (Técnica Z)

No meu protocolo, por exemplo, na questão de assistência, eu fico indignada [...] como que eles não referenciam LER/DORT para cá. Não existe LER/DORT? Não existe paciente com dor relacionada ao trabalho? Isso, pra mim, é um absurdo. Dentro da própria fisioterapia, eu fiz uma capacitação com todos os fisioterapeutas da rede, solicitei que eles referenciassem pra mim. Se houvesse a necessidade... Lá ele tem uma ficha de avaliação, ele está com o paciente todos os dias, ele sabe que é relacionado ao trabalho, então que ele referenciasse pra cá que faríamos a intermediação com o médico aqui, pra gente fazer esta investigação. A gente não tem referência. Estou me baseando mais no meu protocolo, mas é geral. A rede não referencia doenças relacionadas ao trabalho. Quando a gente capacita e fica em cima, mas o problema é que aparece um ou outro pingado (caso notificado). Aí eles se mudam e aí? (Técnica X)

A articulação com outros setores da rede é um ponto fraco sim, mas não é um problema específico. Acho que é um problema de rede mesmo (Técnica Z)

[...] referência e contra referência, isso é um problema seriíssimo, porque a gente não tem contra referência da rede SUS. Não tem contra referência e muitas vezes nem a referência nós temos (Técnica X)

Eu acho que precisa de um pouquinho de boa vontade, interesse, alguma coisa voltada pra essa área ou um olhar diferenciado. A assistência dentro da unidade já existe, no caso, a gente precisaria mudar o foco (Técnica Y)

Além da questão da rotatividade da rede ser uma dificuldade, a rotatividade dos membros da equipe do CEREST somada às questões de Capacitação foram apontadas, como responsáveis, em muitos casos, pela não efetivação das ações:

[...] às vezes falta um profissional, outro é remanejado. Quando a equipe está entrosada, tem uma troca, às vezes uma substituição. Falta um engenheiro, que eu acho que, quando ele está aqui, porque eu pude trabalhar aqui com três desde que entrei, acho que faz muita falta. Porque o movimento é maior, a aceitação no lugar em que a gente está é diferente também. Eu já fui com

eles em determinadas visitas e é diferente. Então eu acho que isso conta muito (Técnica X)

Não vou citar formação, mas acho que houve trocas aí que, hoje, eu sinto que fica um pouco a desejar. Não sei o motivo, talvez pela administração, a forma como aconteceram essas mudanças, entendeu? Acho que houve trocas que deixaram a desejar sim (Técnica X).

[...] quando eu falei que eu acho que teve troca de profissional que não foi benéfica para o serviço, eu não estou falando que o profissional é ruim não, eu estou falando em termos de entendimento de ST, porque entra uma pessoa aqui nua e crua que trabalha há vinte anos numa emergência e urgência, cai na ST, ela fica completamente perdida, não tem nada a ver, é totalmente diferente. Então isso vai prejudicar o serviço sim. Não estou falando do profissional, de forma alguma. É do contexto de que o trabalho não pode ser encarado dessa forma. Às vezes a pessoa nunca viveu aquilo e não quer, não teve experiência, não se encaixa no perfil. Porque tem que ter um perfil pra trabalhar com educação continuada. Não é qualquer um que chega ali e dá uma palestra não. É nesse sentido que eu falo, aproveitando para falar sobre as mudanças que às vezes não foram benéficas, é para o serviço e não que o profissional é ruim (Técnica X).

Sobre a questão da rotatividade de profissionais no CEREST as coordenações apresentam pontos de vista diferentes, evidenciado pelos extratos das entrevistas:

Não tem muita rotatividade, eu os tenho bem fixos aqui. Eu tenho pessoas que estão desde o início. É claro que alguns já saíram por aposentadoria, já saíram algumas pessoas, mas a equipe é bem efetiva (Coordenação 1)

Não damos conta de atender a todos ao mesmo tempo, como poderíamos estar atendendo. Nós temos uma equipe até razoável, muito boa, mas temos algumas dificuldades em relação a alguns profissionais, como, por exemplo, o médico, que só tem um, engenheiro, que no momento não tem, pois ele pediu para sair e a gente não consegue contratar outro de imediato. Então sempre temos alguma dificuldade nesse sentido. Às vezes não é por falta de vontade de encontrar a pessoa, é porque não tem disponibilidade de profissional, no momento (Coordenação 2)

Mais uma vez é reforçado o papel da coordenação técnica de tentar amenizar e esconder as dificuldades já apontadas pela equipe, o que poderia, explicar sua permanência no CEREST desde a sua criação, expressando seu trânsito político pelas várias gestões.

Quanto às dificuldades identificadas, faz-se referência à relação CEREST – empresas no tocante à realização de ações de VISAT nos ambientes de trabalho.

Seja pelo receio das empresas de punições ligadas muitas vezes às Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); seja pelo receio dos profissionais em desvelar as condições de saúde – trabalho sem um aparato legal que os resguarde, seja pelos conflitos gerados pelos interesses das empresas e sobretudo, pelas dificuldades de articulação com as demais vigilâncias, estas ações tem sido postergadas.

A “VISAT se insere e é construída sobre (e pelo) o pano de fundo das relações entre saúde-doença e capital-trabalho”(PINHEIRO, 1996, pp.133), sendo esta última uma relação geradora de conflitos de interesses. Ainda para o autor, “esta dimensão da VIST incomoda muito e é vista de modo diferente em relação à vigilância de agravos e de procedimentos ou mesmo das demais vigilâncias em saúde pública” (PINHEIRO, 1996, pp.134),

Sobre esta relação conflitiva, os profissionais da equipe concordam que na maioria das vezes existe uma grande resistência das empresas em receber o CEREST para as ações da VISAT, e por vezes existe um receio da própria equipe, por este motivo estas, acabam por não acontecer.

Eu não encaro como bom o relacionamento com empresa. Não encaro, de jeito nenhum (Técnica X)

Eu fiquei até empolgada quando acabei de chegar, mas fiquei tão chateada porque falaram assim “Tem uns 156 municípios no estado de MG, nós temos só 18 CEREST”, aí eu fiquei muito orgulhosa, pois pensei “nossa, que chique, pois então Araxá tem CEREST, que bom, pois o CEREST é tão importante para o trabalhador”, mas aí eu fui ver porque não existia mais o CEREST. É porque existe uma grande resistência por parte das empresas. [...] eu vi que não há interesse de entrar na empresa, as empresas não aceitam a presença e a gente também não acha que é necessário ir lá porque vai ter problemas pessoais, vai ter problema de família, de amigo, profissionais... É ruim, eu vejo que tem isso. Os diretores são amigos, não querem que visitemos lá, acham que vai ter problema. Eu senti isso em uma intervenção que eu fiz. Eu até fiquei muito empolgada, pois sou responsável por um agravo e eu fiquei feliz em atuar neste agravo, mas de repente eu vi que não atua nada, que não tinha como atuar, que tinha uma resistência muito grande e que não havia como intervir. Na verdade existem só 10% de CEREST no estado. Aí eu descobri o porquê, é porque não tem interesse das empresas e muito menos dos CERESTs em infiltrar nas empresas, pois tem as amizades, tem os problemas. Dos dois lados, não é de um lado só não [...] tem que tirar esse preconceito que eles têm de que vai ser invadido, de que vai prejudicar o

trabalho. Esta é uma dificuldade que a gente tem em fazer o trabalho (Técnica W, X)

Além dos conflitos entre CEREST-empresa, outros conflitos são colocados pela condição de cidade de pequeno porte onde há maior conhecimento e parentesco entre os representantes das empresas e os profissionais da equipe como visto na fala das técnicas W e X.

Sobre estes conflitos, Pinheiro, (1996, p. 134) afirma que: “Quanto mais a VISAT avance no sentido de intervir radicalmente nos processos de trabalho mais conflitos provavelmente trará à tona”. (PINHEIRO, 1996, p. 134)

A coordenação do CEREST também se posiciona de forma distinta quanto às ações de VISAT, uma vez que a coordenação técnica afirma que estas ações ocorrem sem dificuldades em conjunto com a Vigilância Sanitária (VISA) e a coordenação administrativa reconhece que a VISAT ainda representa um gargalo para o CEREST:

Na verdade eles (VISA) têm o conhecimento do protocolo de vigilância nosso. Inclusive temos que ter muito cuidado até em termos, pois eles usam inspeção e a gente usa vigilância. Então fazemos muito treinamento com o pessoal porque não podemos deixar as pessoas acharem que temos esse poder de polícia que a vigilância sanitária tem, pois senão não somos bem aceitos. Então temos um treinamento entre os colegas de todas as vigilâncias para estarmos separando isso. [...] estamos tendo muito sucesso, não estamos tendo problema não (Coordenação 1)

A questão de fazer a VISAT, não só na microrregião de Araxá, mas em todo o estado, em todo o Brasil é um objetivo e um desafio considerado ainda negativo, pois a gente ainda não tem toda a força política para podermos superar. É um gargalo, e deixa a desejar. [...] o trabalho político que deve ser feito, tem que ser no município, porque ainda não tem uma metodologia própria e disponível, nós temos que construir ainda (Coordenação 2).

Para a equipe, uma opção para se efetivar a VISAT seria unir-se às ações da VISA por esta ser reconhecida como autoridade sanitária e ser respeitada e aceita nas empresas, mostrando que essas ações ainda não acontecem de forma integrada, ao contrário do que falou a coordenação técnica do CEREST Araxá.

[...] é como se a gente tivesse pegando carona no bonde que está andando, é muito mais fácil, não é? Se ninguém nos respeita por sermos da ST, no seguinte sentido: acha-se que o que estamos falando é bobeira, pelo menos a gente teria um amparo de que, querendo ou não, existe um receio, existe um respeito das outras vigilâncias que já estão aí há mais tempo fazendo o seu trabalho, também aos trancos e barrancos... (Técnica X)

Eu acho que não é nem carona, acho que a vigilância sanitária e as outras teriam então, com a gente lá dentro, um olhar voltado para o trabalhador (Técnica Y)

Aí compromete todo mundo. Eu acho que é por aí (Técnica Z)

Até mesmo porque o foco é diferente, enquanto a vigilância sanitária está olhando parede e chão, nós estamos olhando o trabalhador. Não é no sentido de falar assim “nossa, eles não está nem aí pra mesa que está estragada, isso está atrapalhando a saúde do trabalhador”. É claro que estou, mas tem gente que está preocupado com aquilo enquanto nós nos preocupamos com a posição dele em relação à mesa (Técnica Z)

Eu estou falando de pegar o bonde andando porque as outras vigilâncias nos abrem as portas. No sentido de ter uma autoridade (Técnica X)

Este posicionamento da equipe sobre estruturar ações de VISAT em conjunto com a VISA vai ao encontro com as afirmações de Vasconcellos, (2007 p. 286):

[...] é importante reiterar que a VISAT não deve se constituir, de modo algum, em ações específicas, isoladas, fora das estruturas de vigilância sanitária, ou mesmo no âmbito da vigilância sanitária, conformadas em setor próprio ou desenvolvidas por pessoal dotado especificamente para tal [...] estas ações isoladas da VISAT não só contraria os princípios da integralidade, universalidade, descentralização e hierarquização do SUS, criando paralelismos de ação, mas, também, esbarra na incapacidade operacional do sistema em constituir estruturas estanques com grau considerável de resolutividade.

Para o mesmo autor os profissionais que atuam nas vigilâncias devem realizar a VISAT com intuito de ampliar o olhar para a relação saúde-trabalho incorporando-a ao objeto da vigilância (VASCONSELLOS, 2007). Esta colocação confirma as falas da equipe técnica do CEREST em estruturar as ações de VISAT de forma conjunta e possibilitar à VISA um olhar voltado também para o trabalhador.

Em todas as dificuldades encontradas para efetivação das ações propostas pela RENAST torna-se relevante ressaltar que a falta de autonomia do CEREST Araxá, tanto inter quanto intra-setorialmente, implica na dificuldade em dar prioridade à política de

ST na interlocução com os gestores municipais, com a rede sentinela, com as empresas, e principalmente quanto às questões relativas à composição e capacitação da equipe técnica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a relação entre a formação profissional graduada a capacitação/Educação Permanente em Saúde do Trabalhador da equipe do CEREST de Araxá e as ações desenvolvidas segundo o modelo de atenção proposto pela RENAST. Para tal, analisou-se as estratégias do CEREST quanto às ações de promoção e prevenção em ST considerando a composição da equipe, caracterizando aspectos positivos e as dificuldades para o desenvolvimento das ações do CEREST.

Embora a atenção em ST proposta pela RENAST esteja voltada para um modelo com prioridade nas ações de Promoção, Educação e VISAT em relação àquelas centradas no modelo biomédico assistencial, verificou-se que a realidade do CEREST Araxá apresenta dificuldades e conflitos para o planejamento e a execução das mesmas, o que por sua vez, estabelece uma atuação à margem do prescrito pela RENAST.

Diante das dificuldades encontradas destacam-se as de cunho intra-setoriais no que diz respeito à priorização da política de ações em ST na gestão municipal, o que causa entraves para a operacionalização de atividades em níveis local e regional.

Esta não priorização das ações, por sua vez, reflete também no constante remanejamento de pessoal da rede de atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família (PSF), do quadro de profissionais da equipe técnica do próprio CEREST e nas mudanças na gestão municipal da secretaria de saúde, o que

ocasiona um reinício de todo processo de educação em ST, considerado como um gargalo para efetivação das ações.

Cabe lembrar que todas as alterações de funções e de pessoal nos setores referidos ocorrem de forma a contemplar o aumento de cobertura das atividades da rede básica, como aumento das equipes de PSF, da prefeitura municipal sem se considerar as lacunas geradas para o processo de trabalho nos serviços, especialmente no CEREST.

Por isso há que se fortalecer a atuação do Ministério da Saúde na gestão da RENAST junto às esferas estaduais e municipais de gestão do SUS a fim apoiar os CEREST como unidades especializadas para as ações de ST.

Outra dificuldade encontrada relaciona-se à atuação do CEREST junto às empresas para efetivação das ações de VISAT pela dificuldade encontrada na relação intra-setorial com as demais vigilâncias, principalmente com a VISA, bem como naquelas referentes a relação CEREST-empresa.

Além dos conflitos existentes entre os interesses do capital e do trabalho e o processo de doença desencadeado no/pelo trabalho, a equipe do CEREST enfrenta outro conflito traduzido por questões familiares, pessoais e profissionais devido aos laços de amizade e/ou parentesco estabelecidos entre representantes das empresas locais, situação típica de uma cidade de pequeno porte.

Quanto à relação inter-setorial percebeu-se uma atuação do CEREST nas outras secretarias da prefeitura municipal de Araxá conforme mostradas pelas ações desenvolvidas no quadro 08, porém, em nenhum momento foi feita referência à relação com outras instancias como Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), ou Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Por último, porém não menos importante, apenas por questões didáticas, destaca-se como uma grande dificuldade a composição da equipe técnica do CEREST no que tange à sua formação profissional e à capacitação em ST.

Devido às mudanças quantitativas e qualitativas na equipe técnica do CEREST Araxá expressos pela saída do engenheiro, psicóloga, uma assistente social e uma fonoaudióloga, percebe-se que esta situação reforça o que ocorreu desde a habilitação do CEREST, com maior concentração de profissionais da área da saúde.

Pôde-se perceber que quando a composição da equipe contemplava profissionais de outras áreas do conhecimento (entre 2005 e 2009) existia maior efetividades nas ações de vigilância em saúde do trabalhador, particularmente visitas técnicas (vide quadro 08) sendo que a falta de tais profissionais gerou perda de potência para atuação junto às empresas.

O predomínio de profissionais da área da saúde na última formatação da equipe técnica (2011) sem experiência prévia em ações de vigilância, conhecimento ou capacitação em saúde do trabalhador permite supor que a sua atuação vai se orientar para ações de assistência de forma individual e curativa.

Uma vez que existem lacunas na formação e na prática profissional, após entrada para o CEREST, estas deveriam ser preenchidas através de educação permanente em saúde, mediada pelo apoio do CEREST Estadual, conforme diretrizes da RENAST que poderia fornecer subsídio para uma atuação como protagonistas nas ações intra e inter-setoriais de ST.

As capacitações detectadas no estudo foram realizadas de formas variadas ao longo do tempo, sendo que no início das atividades do CEREST eram mais constantes e consistiam de estudos e discussões com participação de professores da UFMG. A partir de 2008 esta dinâmica de capacitação se modificou atendo-se a palestras e cursos

isolados, apesar de ter ocorrido também nesta época a capacitação de 2 membros da equipe pelo curso de especialização ministrado pela UFMG. Diante das mudanças ocorridas na equipe, apenas 1 técnica permanece desde a habilitação do CEREST, o que demonstra a rotatividade da equipe e a diversidade das formas de capacitação.

As oportunidades de capacitação desiguais acarretam também desigualdade de desempenho no trabalho gerando entraves para o desenvolvimento das ações.

Isto posto retomemos os questionamentos iniciais da pesquisa:

- 1- O **modelo** com predominância da assistência médica curativa e individual praticada por alguns CEREST tem relação com a **formação profissional** dos membros da equipe?
- 2- Existe relação entre a **capacitação** da equipe do CEREST no que tange às diretrizes para implementação da **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dos Trabalhadores** e a tomada de decisões e execução de ações centradas na proposta da RENAST para além de uma abordagem assistencial individual?

A composição da equipe técnica do CEREST Araxá tem grande predominância de profissionais da área da saúde cuja graduação apresentava matrizes curriculares orientadas para a assistência, e, considerando que o mercado de trabalho prioriza serviços de cunho assistencial-individual, estes, tornaram-se sua primeira experiência profissional, o que parece ter contribuído para práticas mais voltadas às ações centradas no modelo em que predomina a assistência curativa e individual. Ao passo que, quando profissionais de áreas distintas compunham a equipe, como os das áreas exatas (engenheiro) e ciências sociais (uma assistente social) pôde-se perceber que mesmo com enfrentamento de dificuldades existia uma maior possibilidade de atuação em ações de vigilância em saúde do trabalhador, conforme demonstra o quadro 08, mesmo que

restrita às visitas técnicas, aqui entendidas como primeiro passo para as intervenções sobre a origem dos agravos.

Oportunidades iguais de capacitação quando bem planejadas e desenvolvidas podem contribuir para o estabelecimento de um modelo de atenção para além daquele com abordagem assistencial-individual, por produzir mudanças nos modos de fazer e pensar o trabalho como perspectiva até então, não contemplada nos conhecimentos adquiridos nos bancos das escolas nem nas práticas profissionais (BATISTA e GONÇALVES, 2011). O mesmo pode-se afirmar em ST.

Porém, deve-se levar em conta que uma composição multiprofissional da equipe do CEREST e a capacitação em ST, apesar de relevantes e extremamente necessárias, não conseguem por si só dar conta das outras dificuldades encontradas para a operacionalização da política de ST, uma vez que essas são externas àquelas e dependem de outras instâncias (LACAZ, MACHADO E PORTO, 2002), (DIAS, 2008) e (LOURENÇO, 2009),

Neste sentido, faz-se necessário refletir também:

Como as dificuldades encontradas nas relações intra e inter-setoriais podem ser dissolvidas ou atenuadas?

Quais as estratégias que de fato podem ser positivas para efetivação da política de ST?

Quanto às estratégias observadas no dia-a-dia do CEREST Araxá como: o custeio por parte da equipe das despesas com alimentação, viagens e material gráfico que são necessários ao desenvolvimento das ações bem como a forma de realização e registro destas, sem contemplar o estabelecido no plano de ação, até certa medida dão conta de reduzir ou superar as dificuldades encontradas pela equipe. Porém, estas estratégias não são suficientes para resolver as dificuldades que esbarram na falta de

vontade política em priorizar as ações em ST por parte da gestão municipal, o que poderia ser contraposto pela ação sindical (LACAZ, 1997).

Percebeu-se, pois, que apesar do CEREST Araxá ter sua origem marcada pela participação sindical, a baixa atuação dos sindicatos observada no período em que se realizou o estudo, contribui para a ingerência política dos gestores.

Diante disso, mais uma vez fica patente, que este é um campo do conhecimento merecedor de mais pesquisas e aprofundamentos, não para solucionar as questões aqui pontuadas, mas para trazer à tona novas demandas e necessidades reais a serem consideradas e entendidas para melhor colocar em prática as ações e subsidiar melhorias nas políticas que norteiam a ST no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Roberta Belizário. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafio. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(1): 319-322, jan-fev, 2003.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências provocadas pelas condições inadequadas de trabalho. **Trabalho e Educação**. Belo Horizonte, v.12, n.1, p.35 - 49, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BATISTA, Karina Barros Calife, GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2011, v.20, n.4, p.884-899.

BATISTA, Nildo Alves. Planejamento na prática docente em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves, BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, p. 35-56, 2004.

BATISTA, Sylvia Helena. Aprendizagem, ensino e formação: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, Nildo Alves, BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, p. 35-59, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Legislação em Ensino Superior**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12907:legislacoes&catid=70&Itemid=265:legislacoes>. Acesso em: 16 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 4. 07/11/2001-Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2001. Legislação Oficial

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 492/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil de 9/7/2001**, Seção 1e, p. 50. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia. Brasília, 2001. Legislação oficial.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 2, de 18/02/2003. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina**. Brasília, 2003. Legislação Oficial.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3 de 07/11/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília, 2001. Legislação Oficial.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4, de 19/02/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.** Brasília, 2002. Legislação Oficial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores. **Renast: manual de gestão e gerenciamento.** São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 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. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2472** de 01/09/2010. Dispõe sobre a ampliação da lista de doenças de notificação compulsória. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=01/09/2010>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 162, de 22 de agosto de 2007, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador:** proposta para consulta pública. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº777**, de 28 de abril de 2004 – Dispõe sobre os procedimentos e técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 3.908/GM**, de 30 de outubro de 1998(NOST-SUS). Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B: Textos básicos de Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.679**, de 19 de setembro de 2002 (Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores - Renast). Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.437**, de 07 de dezembro de 2005 (Dispõe sobre a ampliação da Renast). Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.728**, de 11 de novembro de 2009 (Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências). Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=928>. Acesso em: 28 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. n-5, Brasília, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica**. Diretrizes: documento preliminar-abril de 2005.[online] Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/posicionamento_abem/doc_prof_gastao.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 12(2):301-306, 2007.

CAMPOS, Hisbello da Silva. Asma e DPOC: vida e morte. **Bol. Pneumol. Sanit.** [online]. 2004, vol.12, n.1, pp. 39-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1806-37132009000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 14 dez. 2011.

CAPOZOLLO, Ângela et al. Curso de facilitadores de educação permanente: unidade de aprendizagem. **Trabalho e relações na produção do cuidado à saúde**. 2004.

CAROTTA, Flávia, KAWAMURA, Débora, SALAZAR, Janine. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, 2009. Suplemento 1.

CARVALHO, Sérgio Resende, CAMPOS, Gastão.Wagner de Sousa. **Modelos de atenção à saúde**: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, (16)2: 507-515, abr-jun, 2000.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO PATROCÍNIO, UNICERP. Curso de Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.unicerp.edu.br/ensino/cursos/fisioterapia/index.html>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

CUNHA, João Paulo Pinto da, CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. **Textos Básicos**, Brasília: Senac, 2001, p. 285-304.

DIAS, Elizabeth Costa. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia, utopia? Campinas: UNICAMP, 1994. Tese de Doutorado.

DIAS, Elizabeth Costa, HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**. 10(4): 817-828, 2005.

DIAS, Elizabeth Costa. **Implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS, no estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007**: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo. SES/MG; UFMG; CERES, Belo Horizonte, julho de 2008. Relatório Técnico.

DIAS, Elizabeth Costa, RIBEIRO, Elice Eliane Nobre. **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2011.

FREITAS, Clarice Umbelino de, LACAZ, Francisco Antônio de Castro, ROCHA, Lys Esther. Saúde pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria do Estado de Saúde. **Temas IMESC. Soc. Dir. Saúde**. São Paulo, 2(1): 3-10, 1985.

FREITAS, Márcia Walter de. **O modo de pensar a educação permanente em saúde em uma região da cidade de São Paulo**. São Paulo: USP, 2011. Dissertação de mestrado.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v.35, 1995.

GOOGLE MAPS. **Mapa do município de Araxá e Triângulo Mineiro**. Disponível em: <<http://www.googlemaps.com.br/mapasdearaxa/minasgerais>>. Acesso em: 23 dez. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE. Censo demográfico de 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

JACQUES, Camila Corrêa. **Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**. Belo Horizonte, 10(15): 124-136, 2004.

LACAZ, Francisco. Antônio de Castro. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 1996. Tese de Doutorado.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13(2): 7-19, 1997.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro, MACHADO, Jorge Mesquita Huet, PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil**. Relatório de Pesquisa, 2002.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira, como tecnologia em saúde na atenção básica do sistema único de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 26 (2): 253-263, 2010.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca**. Franca: UNESP- FHDSS, 2009.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(2): 33-45, 1997.

MAIA, José Antônio. O currículo no ensino superior em saúde. BATISTA, Nildo Alves, BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004.

MALTA, Déborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 9(2): 433-444, 2004.

MENDES, Renê, DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. de Saúde Pública**. 1991; 25 (5): 341-349.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, ASSIS, Simone Gonçalves de, SOUZA, Edimilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO-GOMEZ, Carlos, LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva** .Rio de Janeiro, 10(4): 797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, Carlos, MACHADO, Jorge Mesquita Huet, PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 87-106, 2011.

NORONHA, José Carvalho de, SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, v.6, n.2, p. 445-450.

NUCLEO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – NUPLAS, **Plano Municipal de Saúde de Araxá**, Araxá, 2010.

PAS, **Programação Anual de Saúde da Secretaria Municipal de Araxá**. Araxá – MG, 2010.

PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. **Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. Campinas, 1996. Tese de Doutorado.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos, LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios, In: MINAYO-GOMEZ, Carlos, MACHADO, Jorge Mesquita Huet, PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SHERER, Magda Duarte dos. Anjos et al. Rupturas e resolução no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias Kuhnianas, **Interface Comunic., Saúde, Educ**, São Paulo, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/ fev. 2005.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE DE UBERABA-UNIUBE. **Grade curricular de Biomedicina**. Disponível em: <http://uniube.br/proes/det_curso.php?cd_curso=8&cod_area=2&tipo=g>. Acesso em: 01 nov. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO-UFES. **Cursos de graduação**. Disponível em: <<http://portal.ufes.br/graduacao>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-UNIFESP. **Consulta de unidades curriculares/Conteúdo Programático**. Disponível em: <http://www.unifesp.br/prograd/consulta_ucs/>. Acesso em: 11 nov. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO-UFTM. **Matriz Curricular do curso de Medicina**. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/paginas/curso/cod/953/area/MEDICINA/t/MATRIZ+CURRICULAR>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Tese de doutorado.

ANEXOS