Relatório Final do Projeto

Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil.

Coordenador: Francisco Antonio de Castro Lacaz [1]

Equipe coordenadora/executora: Francisco Antonio de Castro Lacaz, Jorge Mesquita Huet Machado [2] e Marcelo Firpo de Souza Porto [3].

Apoio financeiro: Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS).

Apoio logístico: ABRASCO.

Agosto de 2002

[1] Professor da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; Representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde.

[2] Coordenador da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fundação Oswaldo Cruz

[3] Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

1. Introdução.

A execução do projeto intitulado **"Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil"** visa subsidiar questões colocadas pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist), assessora do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no sentido de estabelecer um diagnóstico situacional das ações de vigilância em saúde do trabalhador no país. Do ponto de vista operacional, foi financiado pela Organização Pan – Americana da Saúde (Opas) e contou com a participação da Associação Brasileira de Pós – Graduação de Saúde Coletiva (Abrasco)..

O presente relatório está dividido em quatro partes. A primeira compõe-se de uma sintética discussão conceitual e histórica da Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda aborda, do ponto de vista conceitual, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST). A terceira apresenta os objetivos e como se procedeu, metodologicamente, para a construção do diagnóstico situacional da VST no Brasil. Finalmente, a quarta parte apresenta a análise e discussão dos dados coletados, bem como os resultados obtidos e a conclusão.

2. Aspectos conceituais e históricos da Saúde do Trabalhador no SUS.

Tendo como referência as formulações da Medicina Social Latino- Americana (MSL), a visão das relações Saúde e Trabalho aqui consideradas partem dos conceitos de trabalho e de **processo de trabalho**, na qual o foco de análise não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externos ao trabalhador. Ao contrário, o processo de trabalho é aqui apreendido enquanto uma categoria explicativa, que se inscreve nas relações sociais de produção existentes entre capital e trabalho (Laurelll, 1993; Laurell e Noriega, 1989; Lacaz, 1996).

Ao mesmo tempo, esse paradigma incorpora uma idéia de trabalhador que é visto enquanto um agente de mudança, com saberes e vivências acumuladas sobre seu próprio trabalho e, mais ainda, acumuladas coletivamente.

*"Se, durante algum tempo predominou a abordagem dos nexos saúde-doença e trabalho a partir da visão **ambientalista**, derivada em certa medida da noção de contágio*

de forte influência positivista, monocausal e redutora, é através da ***ruptura*** *promovida pela incorporação da categoria* ***processo de trabalho****, promovida pela MSL [Medicina Social Latinoamericana](...) que se inscreve o projeto contra-hegemônico."*(Lacaz, 1996:410, grifos no original)

Frise- se que a conformação do campo da Saúde do Trabalhador (ST) é concomitante à formulação do modelo explicativo da determinação social do processo saúde - doença pela Saúde Coletiva (Lacaz, 1996). A explicitação do papel exercido pelo trabalho nessa determinação contribuiu para aumentar os questionamentos dos modelos tradicionais adotados pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional, vistos a partir daí como incompletos e inadequados, passando a ser denunciados pelos movimentos de trabalhadores por não responderem às necessidades de saúde das classes trabalhadoras (Mendes e Dias, 1991).

"Em síntese, por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares- técnicas, sociais, humanas- e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social Latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana." (Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997: 25)

A emergência da Saúde do Trabalhador no Brasil pode ser identificada no final dos anos 70 e início dos anos 80, no contexto da transição democrática (Mendes e Dias, 1991). É quando, segundo esses autores, o trabalho começa a ser pensado como determinante no processo saúde - doença (Laurell, 1985; Lacaz, 1983; Ribeiro e Lacaz, 1985).

Nesse momento, há o desvelamento de verdadeiras epidemias das doenças ocupacionais bem como da incapacidade do sistema de saúde em fornecer respostas efetivas às necessidades de saúde da população, em especial a dos trabalhadores (Mendes, 1998).

Surgem novas práticas sindicais em saúde, na busca da defesa da saúde no trabalho (Lacaz, 1983; Ribeiro e Lacaz, 1985), nas quais podem ser destacados como objetivos: superar o assistencialismo, buscar melhores condições de trabalho, reformular as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipas), pactuar pautas específicas nas

negociações coletivas e ampliar o debate acerca das relações entre ambientes, condições/organização do trabalho e saúde (Lacaz, 1983; Ribeiro e Lacaz, 1985; Santos, 2001).

Do ponto de vista histórico, Dias (1994) aponta três momentos diferenciados relativos à inserção da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS. O *primeiro* datado entre 1978 e 1986 é marcado pela efervescência das idéias e pressupostos que conformam o campo de práticas e saberes da Saúde do Trabalhador que inclui a atenção à saúde dos trabalhadores, enquanto uma prática de saúde diferenciada. Cabe aqui destacar o próprio movimento sindical, ator social mais importante neste processo que ocorreu concomitantemente à sua retomada na cena política nacional, através dos grandes movimentos grevistas do final dos 70 e início dos 80 (Lacaz, 1983; Ribeiro e Lacaz, 1985).

Como bem observa Spedo (1998):

"... o processo de discussão do modelo da Saúde do Trabalhador, no Brasil, teve no movimento sindical um de seus principais atores sociais." (p. 10).

Ademais, em termos históricos e políticos, a posse dos governadores eleitos de forma **direta** em 1982, após longos anos de tutela militar, marca o maior empenho e os esforços para que a Saúde Pública assumisse papel ativo na condução de um movimento político - ideológico pela criação dos Programas de Saúde dos Trabalhadores, principalmente em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul (Lacaz, 1997).

"Nestas experiências os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle de nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal (...), em nível dos estados e a Universidade, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos". (Lacaz, 1997:9)

Contemporâneo do movimento da Reforma Sanitária, num momento privilegiado de enfrentamento (Lacaz, 1994), a discussão de todo este processo culmina com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que propõe a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). E, como desdobramento dela, em dezembro desse mesmo ano acontece I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, na qual de maneira mais

enfática aparece em pauta a inserção da Saúde do Trabalhador enquanto prática a ser desenvolvida no SUS (Brasil/MS, 1986 e 1987).

"Ressalta-se que essa proposta, de que os serviços de saúde incorporem as ações de Saúde do Trabalhador, não nasce na Conferência. Experiências Internacionais e recomendações de organizações como a OMS e OIT, já colocavam esta questão desde o final da década de 70." (Spedo, 1998: 71).

O *segundo* período, que se passa entre 1987 e 1990, é caracterizado pela institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador na rede básica de serviços de saúde, através das conquistas no âmbito legal e dos avanços ao nível institucional. Assim, a prática acumulada nos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs) no início dos anos 80 garantiria a inscrição da Saúde do Trabalhador como atribuição do SUS, mas a postura adotada por vários governos estaduais eleitos em 1986 a descaracteriza, como aponta Lacaz (1992 a e 1996).

Alguns anos depois, alguns municípios passaram a gerenciar serviços de saúde dos trabalhadores, criando os chamados Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRSTs), a fim de aprofundar as experiências existentes no que se refere à gestão e à participação sindical, ao trabalho desenvolvido por equipes multi - profissionais, à articulação interinstitucional e ao funcionamento dos Conselhos Gestores (Lacaz, 1996).

"No cotidiano dos serviços de saúde, um trabalho intenso, de equipe, quase anônimo, prosseguia na construção da atenção à saúde dos trabalhadores no sistema de saúde. As experiências dos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador se multiplicaram no país. Algumas, entretanto, não conseguiram ultrapassar as dificuldades e foram extintas." (Dias, 1994: 172).

Neste contexto, destacam-se as experiências de São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais.

No município de São Paulo os CRSTs são caracterizados como:

"(...) unidades especializadas, de modo a servir de retaguarda e construírem-se como Centros articuladores das práticas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde." (São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde apud Spedo, 1998: 83)

Apesar de poderem ser considerados como experiências válidas naquele momento de implantação, os CRSTs são hoje objeto de reavaliação dada a dificuldade de atingirem a

característica acima apontada, funcionando freqüentemente como estrutura paralela de assistência e vigilância, com pouca integração intra-institucional com a própria rede básica e o SUS (Ribeiro e cols., 1998; Lacaz, 2000).

O *terceiro* momento, da implantação da Saúde do Trabalhador no SUS, que ocorre entre 1991 e 2001, é marcado, por um duplo movimento de natureza contraditória.. Por um lado, passa pela ampliação dos marcos legais nesse campo, que adquire *status* de instrumento operacional, contribuindo para uma maior institucionalização do campo. Por outro, sofre as influências do período de mudanças na orientação das políticas macroeconômicas e sociais, assim como das "reformas" administrativas ocorridas na máquina do Estado, que terão importantes reflexos sobre as ações em ST (Lacaz, 1997 e 2001).

Como exemplo dessa ampliação pode-se citar o art. 6º da Lei Orgânica de Saúde de n.º 8.080/ 90 (apud Oliveira, 1994: 134), na qual aparece a definição legal da Saúde do Trabalhador:

"Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins dessa lei, um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...)."

Além disso, estão inseridas na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST/SUS (Portaria 3.908 de 30/10/98) as ações referentes à Saúde dos Trabalhadores no SUS as quais devem ser norteadas por seus princípios, ou seja, universalidade, equidade e integralidade das ações:

"(...) tanto em termos de planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e coletivas com ações de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis." (BRASIL/MS-NOST/SUS, 1998)

Ademais, incorpora o direito à informação sobre a saúde, o controle social, a regionalização e a hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador, bem como a utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e avaliação

das ações, visando o estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos e para desenvolver um conjunto de ações de vigilância e de assistência (Santos, 2001).

Assim, se por um lado a Saúde do Trabalhador ganha contornos mais definidos no que se refere à legislação, por outro, quanto à sua implantação dentro do avanço do SUS, isto foi dificultado ou mesmo inviabilizado pelo acirramento das propostas contra–reformistas decorrentes do projeto neoliberal e da difícil conjuntura de crise econômica e social. Tais dificuldades se materializam na instalação do caos dentro do sistema de seguridade social brasileiro e nas contradições de se sintonizar o sistema de saúde com o projeto neoliberal em curso (Lacaz, 2001; Vianna, 1999).

Nesse contexto, muitos problemas para a prestação de uma atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços estão colocados, os quais dizem respeito à estratégia assistencial, à intersetorialidade, ao acesso à informação, ao controle social, podendo ser destacados os seguintes pontos:

"- a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas;

- a insuficiência ou inexistência quantitativa e qualitativa das ações de promoção e proteção da saúde, (mesmo restritas à vigilância da saúde);

- a indefinição e/ou duplicidade de atribuições, tanto no interior do SUS e entre as instituições governamentais, particularmente com o MTb, reflexo da falta de políticas institucionais bem estabelecidas;

- a carência e despreparo dos recursos humanos para abordagem das questões de saúde dos trabalhadores;

- informações insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis;

- as dificuldades para a implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores." (Dias, 1994: 97).

Ao mesmo tempo, do lado dos Serviços Públicos de Saúde, assiste-se ao seu sucateamento e uma tendência a voltarem-se para a população excluída do mercado de trabalho ou situada nas franjas da sua informalidade (Santos, 2001). Expressão dessa dinâmica é a predominância, hoje, da clientela de desempregados nos PSTs/ CRSTs (Lacaz, 1996) e dos avanços de cláusulas contratuais de ampliação de cobertura pela iniciativa privada nas categorias de trabalhadores mais representativos, como químicos e

metalúrgicos, por exemplo. Aqui está presente um paradoxo político – ideológico cujo enfrentamento o movimento sindical tem tardado em empreender (Costa, 1994; Lacaz, 1996).

Como parte desse processo, esse período foi fortemente marcado pelas disputas corporativas e pela ausência de mecanismos claros e efetivos de financiamento para as ações do SUS.

Diante de todas essas questões, como afirmam Minayo-Gomez e Thedim (1997), a atuação dos PSTs e CRSTs é marcada repetidamente pela descontinuidade, quer em função de pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho, quer pela sucessão de novas administrações que não priorizam esses investimentos.

Assim, o período permanece de certo modo como uma incógnita, pois diante da consolidação dos marcos legais administrativos há uma proliferação de experiências municipais e estaduais ainda não devidamente avaliadas, sendo este projeto uma das ações que vêm contribuir nesse sentido.

3. Aspectos conceituais da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST)

Preliminarmente, é importante frisar que a implantação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) dentro do setor saúde é recente. Tal processo vem sendo desencadeado por grupos institucionais localizados em vários locais do país e resulta numa gama variada de experiências distintas. As diferenças observadas estão relacionadas às realidades e potencialidades locais e regionais, que giram em torno da força e do envolvimento das organizações de trabalhadores no que se refere às questões de saúde e, institucionalmente, dependem de fatores como as políticas loco - regionais, da estrutura organizacional, da capacidade de recursos instalada, da qualificação dos profissionais e, por último, das influências provindas e das relações interinstitucionais e intersetoriais.

Embora persistam entendimentos diferenciados sobre esta temática, a VST é aqui entendida como um processo contínuo que articula saberes e práticas de controle sanitário num dado território, visando a promoção, a proteção e a assistência à saúde daqueles que

trabalham, tendo como objeto de sua ação a investigação e posterior intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde - doença (Machado, 1996).

O pressuposto desta ação é o controle da exposição/sujeição na perspectiva de prevenir agravos à saúde dos trabalhadores, manifestos seja como sofrimento, dano, exigências, cargas, desgaste, doenças, acidentes (Breilh, 1994; Laurell & Noriega, 1989; Noriega, 1993).

Esta concepção, está calcada no conceito mais amplo de Vigilância à (em) Saúde (VS), concebida como uma proposta de rearticulação das práticas sanitárias, combinando tecnologias distintas, inclusive do ponto de vista gerencial, caracterizando-a como uma prática que organiza processos de trabalho em saúde, visando intervir sobre os problemas de modo contínuo, num dado território, mediante operações voltadas aos determinantes clínico - epidemiológicos, sociais e de condições de vida dos grupos populacionais em seus diferentes períodos etários dentro do processo saúde - doença (Monken, 2000).

Em termos sintéticos, a VS engloba sete características, que são: "*intervenções sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); a atenção contínua; a concepção operacional de 'risco'; a articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial; as ações sobre o território; e as intervenções sob forma de operações, tendo como suporte político-institucional além do processo de descentralização, a reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local e regional*". (Monken, 2000: 2)

A partir desse referencial teórico e metodológico, busca-se superar as concepções que se restringem às clássicas vigilância sanitária e epidemiológica, e à vigilância médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho e, tal superação implica na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais e no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Assim, nos anos 90, a perspectiva da Vigilância (em)da Saúde vem apontando caminhos para a construção de um novo modelo de atenção na perspectiva de superação dos paradigmas médico-assistencial e sanitário vigentes no SUS (Teixeira e cols., 1998; Machado e Porto, 2000). Para tanto, deve ser levado em conta a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto sob o ângulo social, epidemiológico e sanitário. A forma de organização do novo modelo de vigilância

privilegiaria a construção de políticas públicas, atuação intersetorial, intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, onde a base do planejamento das ações está inscrita nas análises de situações de saúde nos territórios.

Além da discussão teórico-conceitual, inicia-se uma reflexão sobre a organização das ações de VS no SUS, da sua própria descentralização e da territorialização das atividades, propiciando a definição de prioridades em termos de problemas e de grupos.

"Parte da necessária transformação da vigilância em saúde está relacionada à regionalização e à efetiva municipalização do sistema de saúde, pois as equipes de saúde locais, detendo um conhecimento mais aprofundado dos problemas referentes à sua área de atuação, poderão planejar suas ações de forma mais adequada." (Wünsch Filho e cols., 1993).

Entretanto, o conceito de Vigilância (em)à Saúde possui diversas formulações e entendimentos distintos da que é adotada aqui. A Vigilância pode ser vista em sua forma restrita, enquanto monitoramento de doenças, resultante da conjugação do atendimento clínico e do acompanhamento de populações expostas por meio de indicadores biológicos de exposição e de efeitos subclínicos (Machado, 1996).

Além disso, criou-se historicamente uma dicotomia que restringiu à Vigilância Epidemiológica o limite técnico das informações sobre a ocorrência das doenças. Paralelamente, cristalizou-se uma Vigilância Sanitária cujo papel central seria o de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para a ocorrência das doenças e cristalizou-se uma Vigilância Sanitária cujo papel é de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para a ocorrência das doenças e pondo em risco a saúde das populações (Wünsch Filho e cols., 1993). É justamente tal dicotomia esta, que a Vigilância em Saúde do Trabalhador busca superar, através da integração das diferentes atividades, desde a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança das condições de trabalho (Lacaz, 1992 a; Vasconcelos e Ribeiro, 1994; Machado, 1997).

Tais processos foram incorporados em algumas experiências desenvolvidas nos serviços de saúde e acabaram por ser institucionalizados a partir da Lei Orgânica de Saúde de 1990. Na Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria 3.120 de 01/07/98), por exemplo, a abordagem da VST implica na superação dos limites

conceituais e institucionais das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária. Ao mesmo tempo, a VST calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis de relação entre trabalho e saúde - doença, agregando ao universo de avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos agravos à saúde (Machado, 1996).

Assim, diferentemente da abrangência da Vigilância em Saúde, a VST delimita como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde. Nesse sentido, a VST é conceituada como:

"(...) uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los." (BRASIL/MS - Portaria 3.120/98)

Entende-se, portanto, que a VST procura conhecer a realidade da população trabalhadora, intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população, avaliar o impacto das medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes do governo (tanto a nível federal, estadual como municipal) e, ainda, estabelecer sistemas de informação em Saúde do Trabalhador que incorporem, além das informações tradicionalmente existentes, a criação de bases de dados provindas do processo de vigilância e a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

Além disso, a VST constitui-se enquanto uma prática interdisciplinar, multiprofissinal, interinstitucional e intersetorial, que ultrapassa os limites do setor saúde, mas está subordinada a seus princípios, através do uso de instrumentos e métodos da epidemiologia, da higiene do trabalho, da ergonomia e que necessita da participação efetiva dos trabalhadores (Dias, 1994; Machado, 1996).

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.

4. Objetivos e Metodologia da investigação

4.1. Objeto e Objetivos

O objetivo geral do projeto consiste em avaliar o estágio atual de desenvolvimento das ações de VST no país. O objeto de pesquisa se refere aos serviços e equipes de saúde dos trabalhadores estaduais e municipais e sua atuação em vigilância, os quais têm desenvolvido experiências relevantes nos últimos 15 anos, no campo da Saúde do Trabalhador (cf. Lacaz, 1996).

Como objetivos específicos, destacam-se:

4.1.1. identificar os espaços onde se originam os procedimentos de VST em termos das estruturas institucionais e de seu planejamento, do setor saúde, nos estados conforme região do país e municípios que acumularam experiência nesta área;

4.1.2. levantar a base territorial (e tecnológica), bem como os tipos de eventos que desencadeiam as ações de VST, seja do ponto de vista da demanda social (sindicatos, entidades de vítimas, etc.) ou do próprio setor saúde (atendimentos de urgência/emergência, análise das CAT's, eventos "sentinela", exames laboratoriais, etc.);

4.1.3. identificar tipos de bancos de dados que alimentam as ações de VST, seja os já existentes (Siab, Sim, etc.) ou aqueles criados para tal fim;

4.1.4. identificar as relações intersetoriais e órgãos envolvidos nas ações de VST;

4.1.5. identificar o perfil profissional das equipes de VST e seus vínculos institucionais;

4.1.6. identificar procedimentos e formas de intervenção e de análise de impacto das ações em VST;

4.1.7.levantar formas de acompanhamento, tipos de instituições que atuam no controle social das ações de VST;

4.1.8. empreender a divulgação dos resultados da discussão com gestores estaduais e municipais;

4.1.9. discutir os resultados com instâncias do Ministério da Saúde que atuam na área de Saúde do Trabalhador;

4.1.10. subsidiar, junto a estas instâncias, propostas de implantação de modelos de VST em estados e municípios

4.2. Metodologia

Tendo como referência o acúmulo e a experiência dos pesquisadores envolvidos e o levantamento bibliográfico atualizado sobre a temática, procedeu-se às etapas seguintes do estudo.

4.2.1. Levantamento dos serviços em Saúde do Trabalhador no SUS em âmbito estadual e municipal

Mediante levantamento a partir de dados existentes na Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat) do Ministério da Saúde, e/ou proveniente de estudos acadêmicos e institucionais, relativos às experiências existentes em estados e municípios, foi re-elaborada uma listagem dos estados e municípios que possuem experiências de ações em serviços de saúde do trabalhador no âmbito do SUS, com informações relacionadas ao responsável, endereço para contato e inserção dentro do SUS, quando existente.

4.2.2. Elaboração de questionário

Em seguida, elaborou-se um questionário (ANEXO 1) que englobou os objetivos propostos para posterior tabulação e análise.

O questionário foi subdividido em onze partes principais:

(i) Características gerais e espaço institucional das ações em Saúde do Trabalhador.

(ii) Composição da equipe de ST/VST. (preenchimento somente com o número de profissionais que atuam em saúde do trabalhador, independentemente do número de vínculos ou da carga horária)

(iii) Bases jurídico - legais e institucionais para a intervenção em VST.

(iv) Retaguarda laboratorial de apoio

(v) Relações intra – setoriais, no âmbito do Setor saúde, para o desenvolvimento das ações em VST.

(vi) Relações intersetoriais e interinstitucionais

(vii) Controle social das ações em ST/VST

(viii) Considerações sobre as atividades de VST (dificuldades, avanços e instrumentos de avaliação das ações)

(ix) Bases de Intervenção para as ações de VST (quanto às principais situações e tipos eventos que desencadearam ações de vigilância em saúde do trabalhador nos últimos três anos.)

(x) Planejamento: território de abrangência das ações de VST e demandas técnica e social

(xi) Ações de Intervenção/Execução (preparação, equipe e divulgação)

4.2.3. Coleta de informações e elaboração de base de dados

Para coletar e consolidar tais informações foi construído banco de dados para tabulação e análise dos resultados apresentados nos questionários. O banco foi desenvolvido em linguagem Databasic (visando possibilitar preenchimento em computadores sem programas de base de dados tipo ACCESS) para posterior aplicação nos programas ACCESS e EPIINFO.

Em seguida, foi enviado por correio a estas instâncias o questionário elaborado, que poderia ser preenchido através de papel ou meio magnético (disquete). A resposta poderia ser remetida por correio ou via INTERNET, através do envio do arquivo magnético ao endereço eletrônico do projeto.

A secretaria do projeto buscou neste tempo acessar, através de contato telefônico ou por correio eletrônico, os serviços listados visando estimular o preenchimento dos questionários e responder eventuais dúvidas. Verificou-se uma presença razoável de serviços com informações que não correspondiam adequadamente às existentes na lista, como endereços e telefones inexistentes ou desatualizados, ou então a existência de estruturas gerias de vigilância ou assistência do SUS local que não possuíam ações ou profissionais específicos em saúde do trabalhador.

O esforço final da secretaria do projeto foi focado na busca de respostas dentro do prazo previsto junto aos serviços municipais e estaduais com maior notoriedade em termos de atuação.

4.2.4. A Oficina de trabalho

Também como parte da metodologia, foi realizada uma Oficina de trabalho, nos dias 19 e 20/11/2001, em São Paulo, com o objetivo de aprofundar qualitativamente questões colocadas pelo questionário com os gestores dos serviços de ST. Embora o banco não se encontrasse à época completo, foi elaborado um relatório parcial das respostas obtidas até então, e que serviu de base para as discussões ocorridas durante a oficina. Esta contou com a participação de 45 técnicos e gestores municipais e estaduais de todo o país, provindos de 10 estados com maior relevância em ações de vigilância em ST: BA, CE, ES, MG, MS, PA, PR, RJ, RS, SP. Posteriormente, em março de 2002, também aproveitado um espaço no interior do Congresso de Epidemiologia ocorrido no Paraná, para serem aprofundadas discussões sobre a vigilância em saúde do trabalhador no país. As conclusões de ambas as oficinas também contribuíram para a elaboração do presente relatório final.

4.2.5. Análise dos dados e elaboração do relatório final

Conforme compromisso assumido diante do CIST e da OPAS, a elaboração do relatório final com as principais conclusões deverá ser objeto de discussão e ampla divulgação junto às instâncias do Ministério da Saúde que atuam no campo da Saúde do Trabalhador, visando subsidiar a implantação de modelos de VST nos diferentes níveis de gestão do SUS[4] e, se possível, em evento que conte com a participação dos gestores que participaram das Oficinas de trabalho acima referidas, conforme sugerido à coordenação da COSAT/MS.

---

[4] . Em princípio a reunião com a Cosat/MS deverá ocorrer no dia 27/02/02, conforme contato inicial estabelecido no final de janeiro de 2002.

5. Análise e discussão dos dados

5.1. Perfil dos serviços de saúde dos trabalhadores que responderam o questionário

Inicialmente foram identificados os endereços dos centros e serviços em saúde dos trabalhadores vinculados/articulados diretamente ao SUS (estadual e municipal). (listagem em anexo)

Esses dados mostram a concentração encontrada nas várias regiões do país.

Na região Norte, existem cinco programas, todos de âmbito estadual, com nível de organização ainda bastante incipiente, com exceção do Estado Pará e do município de Belém, o qual não se encontrava em nenhuma das listas consultadas.

A região Nordeste possui experiências em todos os estados, com diferentes níveis de organização, com destaque para o Estado da Bahia, onde se encontra o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (Cesat), instituição com larga trajetória e referência de nível nacional quanto a ações em saúde dos trabalhadores. Também na Bahia encontra-se a maioria dos municípios da região Nordeste que desenvolvem ações em saúde dos trabalhadores, ainda que em fase incipiente de organização. A cidade de Recife não se encontra presente em nenhuma lista, embora esteja em processo inicial de implantação um programa municipal.

A região Centro-Oeste apresenta nível de organização semelhante ao da região norte, com programas de âmbito estadual e apenas uma programa de âmbito municipal (Goiânia). Contudo, os Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul apresentam ações já há alguns anos, diferenciando-se dos programas bastante incipientes da região norte.

A região Sudeste concentra a grande maioria dos programas e serviços do país, com destaque, nesta ordem, para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Ao todo, são 18 serviços/programas de âmbito estadual e 154 de âmbito municipal. Cabe destacar que muitos dos municípios listados nestes estados possuem ações pontuais e descontínuas.

A região Sul apresenta programas em todos os estados e ainda alguns programas municipais, com destaque para algumas cidades que desenvolvem ações há vários anos, como Porto Alegre e Curitiba. A ausência de ações em municípios de Santa Catarina como

Florianópolis e Blumenau chama a atenção, já que em Joinville existe atividade sendo desenvolvida .

As tabelas 1a e 1b sistematizam o resultado desta listagem por regiões e também as respostas obtidas.

Cabe esclarecer que o número de serviços e programas de âmbito estadual excedem o número de estados em função de alguns estados possuírem várias instituições no âmbito do SUS que realizam atividades relacionadas à vigilância, com destaque para o Estado de São Paulo. Também o número de municípios levantados possui deficiências, seja porque alguns municípios realizam atividades em nível bastante incipiente, seja porque alguns estados que se encontram em estágio avançado no processo de municipalização não possuem municípios nas listagens levantadas, como o Rio Grande do Sul. Para cobrir estas deficiências, contatos diretos com diversos SUS estaduais foram realizados, visando complementar a listagem obtida. Nos casos de Minas Gerais e Bahia, por exemplo, cerca de novos 15 municípios foram acrescidos à listagem inicial.

Em uma primeira análise da distribuição regional dos endereços verifica-se uma grande concentração de serviços (centros e programas) principalmente nas regiões sudeste e sul do país. Destaca-se, ainda, como já foi assinalado, o Estado da Bahia, na região Nordeste. Existe uma grande heterogeneidade em termos de inserções nas estruturas dos SUS estaduais e municipais, incluindo programas, centros de referências, divisões ou coordenadorias espalhadas principalmente nas vigilâncias sanitária e epidemiológica, mas também em estruturas separadas, ou ainda vinculadas a estruturas (hospitais) universitárias, com níveis diferenciados de integração com o SUS, os quais não foram objeto do presente estudo.

Tabela 1a - Número de serviços existentes e de respostas dos serviços/programas de saúde dos trabalhadores por região do Brasil segundo base territorial (estado ou município) da relação institucional. 2º. semestre de 2001.

REGIÃO	Número de Programas e serviços contactados		Número de Programas e serviços que responderam e estão em atividade	
	Estaduais	Municipais	Estaduais	Municipais
SUDESTE	15	134	7	37
SUL	4	2	3	2
CENTRO-OESTE	5	1	1	-
NORDESTE	8	8	2	3
NORTE	6		2	-
SUB-TOTAL	38	145	15	42
TOTAL BRASIL	183		57 *	

Fonte: relações de serviços consultadas e questionários respondidos.

* O número total de respostas foram em realidade 65, sendo que oito questionários foram considerados inadequados em relação ao critério de inclusão adotado, ou seja, somente considerou-se as respostas de serviços **diretamente** ligados ao SUS e que realizassem algum tipo de atividade de vigilância em saúde do trabalhador, totalizando ao final 57 respostas. Com esse critério desconsiderou-se o Ambulatório de Doenças Profissionais da UFMG e o Programa de Saúde do Trabalhador da Faculdade de Jundiaí ; três casos de municípios que se consideraram em situação insipiente; o Ambulatório da FM de Uberlândia e o Laboratório do Instituto Adolfo Lutz, instâncias de pesquisa e excluídas da análise devido às suas características particulares e um arquivo que não pode ser aberto.

Tabela - 1b - Especificação do número de serviços contactados segundo nivel de administração e unidade federativa.

Unidade federativa	Estadual	Municipal	Total
Sudeste	15	134	149
São Paulo	12	88	100
Rio de Janeiro	1	28	29
Minas Gerais	1	18	19
Espirito Santo	1		1
Nordeste	8	8	16
Bahia	1	8	9
Sergipe	1		1
Alagoas	1		1
Pernanbuco	1		1
Ceará	1		1
Rio Grande do Norte	1		1
Piauí	1		1
Maranhão	1		1
Norte	6		6
Pará	1		1
Amapá	1		1
Roraima	1		1
Amazonas	1		1
Acre	1		1
Rondônia	1		1
Sul	4	2	6
Paraná	1	1	2
Rio Grande do Sul	2		2
Santa Catarina	1	1	2
Centro-Oeste	5	1	6
Goiás	1	1	2
Mato Grosso do Sul	1		1
Mato Grosso	1		1
DF	1		1
Tocantins	1		1
Total	38	145	183

Fonte: relações de serviços consultadas e questionários respondidos.

Por outro lado, embora a característica concentração na região Sudeste (e em grau bem menor na Sul) permaneça inalterada, é bastante expressiva a ampliação de instâncias responsáveis por ações em saúde dos trabalhadores, que se encontra presente em praticamente todos os estados da federação, ainda que com grandes desníveis em termos de organização e grau de maturidade no desenvolvimento de ações. As respostas apresentam o mesmo perfil regional e institucional, correspondendo a 28% dos serviços identificados previamente.

Aqui, cabe assinalar que qualquer levantamento que se faça sobre o número de serviços [5] (centros de referência, programas, institutos) de saúde dos trabalhadores, deve ser visto numa perspectiva dinâmica. Tal dinamismo está relacionado às mudanças políticas que ocorrem ao nível particularmente dos municípios e, por isso, torna-se muitas vezes difícil apontar de forma exata o número de experiências existentes no momento do estudo. Assim, o número total de serviços com que inicialmente trabalhamos, isto é, cerca de 210, pode estar superestimado, dada a dinâmica acima referida. Esta observação é, neste momento, ainda mais pertinente em função da proximidade das eleições que elegeram os novos prefeitos municipais, cuja posse ocorreu no início do ano de 2001. As trocas dos mandatários municipais repercute nas políticas de saúde destes municípios, fazendo com que não se mantenha o legado do prefeito que saiu. Tal realidade, característica da política brasileira, (Heimann e cols., 1992; Ribeiro e cols., 1998) poderá estar modificando-se diante do estatuto da reeleição.

O que fica fora de dúvida, e mais uma vez deve ser frisado, é a concentração dos serviços na região Sudeste do Brasil, onde estariam cerca de 170, ou seja, 82% deles, particularmente nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, que englobariam 84% de todos eles, sendo que no Estado de São Paulo estariam localizados 54% deles. E, da amostra de questionários respondida, isto é, 60, que corresponde a cerca de 30% do número total de serviços, provieram do Estado de São Paulo 48% de tais questionários.

É ainda necessário apontar desde já, que a análise aqui empreendida, é baseada naquilo que revelaram as respostas ao questionário e nas discussões ocorridas durante a Oficina de Trabalho realizada nos dias 19 e 20/11/01 e já referida anteriormente no ítem Metodologia.

Ademais, saliente-se, tal análise será norteada pelo conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador enunciado na introdução deste relatório e que servirá de base também para as conclusões apresentadas.

Do ponto de vista da dinâmica do estudo é mister ressaltar que durante seis meses foram recebidas respostas dos questionários provenientes de todo Brasil e realizados contatos exaustivos no sentido de sanar os problemas de correio e de informática detectados.

Assim, onde soube-se de algum serviço diretamente ligado às secretarias estaduais ou municipais de saúde buscou-se as informações, porém permaneceram alguns problemas de comunicação, correio e de informática que não foram resolvidos. Apesar disso, considerou-se realizada e cumprida a tarefa, pois estimou-se que ocorreu uma perda mínima dentre as experiências consolidadas. Outras, emergentes e em estágio de latência não foram contatadas. Tais problemas de "perda", no total, devem estar em torno de 10 serviços o que resultou em uma amostra do estudo de aproximadamente 80% das experiências de serviços de saúde dos trabalhadores (consolidados) ligados diretamente aos estados e municípios em curso durante o segundo semestre de 2001.

Conclui-se, pois, que os serviços que responderam ao questionário constituem-se naqueles mais ativos e que efetivamente têm executado ações de vigilância, além da mera assistência.

Frise-se que o momento de realização do estudo, ano de 2001, foi particularmente especial no que se refere à mudança nas administrações municipais cujos prefeitos foram eleitos em 2000. Assim, o tempo político para que os novos mandatários municipais "imprimam sua marca" à administração dura cerca de um a dois anos, período este que ultrapassa o momento em que as respostas foram fornecidas, daí ser possível que muitas das experiências municipais estejam reestruturando-se ou efetivamente implantando-se a partir da decisão política das novas administrações que tomaram posse em 2001, como poderá ser observado no item 5.2.2. a seguir.

---

[5] . A partir desse trecho do relatório, e até seu final, será adotada a nomenclatura serviços para referir-se às várias instâncias que atuam em saúde dos trabalhadores e que foram analisadas.

5.2. Inserção Institucional: nível de gestão, vínculo e ano de início dos serviços

5.2.1. Instâncias/níveis de gestão do SUS onde se localizam os serviços

O número de respostas dos questionários obtidas levantam a possibilidade de que a maioria dos serviços são "virtuais" ou com baixo grau de estruturação, isto é, com apenas 1 técnico; ou que são efêmeros existindo por pouco tempo ou mesmo existindo somente no papel. Isto pode ser afirmado diante dos exaustivos contatos mantidos com os endereços obtidos. É evidente que houve perdas e demoras, mas estas podem ser contadas uma a uma e resultaram de problemas de correio e de informática, como já assinalado. Algumas, poucas experiências sabe-se que não responderam como dois Centros de Referência do Município de São Paulo (Sé e Moóca) e alguns municípios que chegou-se a contatar mas dos quais não se obteve êxito em solucionar os problemas de comunicação ocorridos, tais como: Santos/SP, Angra dos Reis/RJ, área rural do RJ, Florianópolis/SC e Blumenau/SC. Assim, excetuando-se estas, pode-se dizer que as principais experiências que estão em curso hoje no Brasil responderam ao questionário e estão analisadas neste relatório.

Tabela 2 – Vínculos dos serviços conforme nível de gestão do SUS e sua localização nas unidades federativas do Brasil.

Localização/Estados	Estadual		Municipal		Total	
	n°	%	N°	%	n°	%
São Paulo	04	25	25	60	29	51
Rio de Janeiro	01	7	08	19	09	15
Minas Gerais	01	7	04	10	05	8
Bahia	01	7	03	7	04	7
Paraná	02	12	01	2	03	5
Rondônia	01	7	-		01	2
Pará	01	7	-		01	2
Ceará	01	7	-		01	2
Mato Grosso do Sul	01	7	-		01	2
Espírito Santo	01	7	-		01	2
Rio Grande do Sul	01	7	-		01	2
Santa Catarina	-		01	2	01	2
Total	**15**		**42**		**57**	

Fonte: questionários respondidos

Em relação à listagem inicial dos serviços contactados, os serviços estaduais responderam melhor (39%) quando comparados à resposta municipal (29%) por serem mais estruturados, mais estáveis e antigos e, portanto, oferecerem maior facilidade de contato.

Pode-se dizer que as ações de saúde dos trabalhadores é uma experiência com forte ênfase de localização na região Sudeste, em especial em São Paulo (51%).

A tendência à municipalização está também localizada no Sudeste (89%), sendo que no restante das regiões ainda prevalecem as experiências de nível estadual (53%).

Em geral pode-se afirmar que o processo de implantação das ações de saúde dos trabalhadores tem passado por essa fase estadual que dá solidez e referência aos municípios.

Do ponto de vista político, administrações dos partidos de "esquerda" têm dado maior apoio às experiências mas é, de fato, o movimento sindical o maior impulsionador das ações, aliado à possibilidade de uma referência técnica com necessidade de qualificação especial e acima da existente originalmente na rede básica.

Seguindo o que propunha o questionário, o primeiro aspecto analisado foram as características gerais e o nível institucional de vínculo em que se desenvolvem as atividades dos serviços.

Assim, cerca de 26% dos que responderam são do nível estadual, sendo que doze estados estão representados na amostra de respostas: BA, CE, ES, MG, MS, PA, PR, RS, RJ, SC, SP, RO. O restante das respostas proveio de serviços situados no nível municipal.

Frise-se que de todo o universo inicial, cerca de 20% são serviços de nível estadual. Do total de respostas, cerca de 90% dos serviços estão vinculados a Secretarias de Saúde seja estaduais ou municipais, variando de 90% dentre aqueles vinculados às secretarias municipais e 93% às estaduais.

Existe uma predominância dos serviços municipais, particularmente nos estados na região sudeste, dada a realidade de São Paulo (86%), Rio de Janeiro e Minas Gerais (80%). Tal fato é expressão do processo de municipalização da saúde e da maior experiência acumulada pelo movimento sindical nestes estados desde os anos 80, quando este firma uma nova relação com as instâncias do aparelho de Estado, visando o estabelecimento de políticas sociais mais democráticas (Freitas, Lacaz e Rocha, 1985; Lacaz, 1996).

A presença de quatro serviços estaduais em São Paulo, com a presença de universidades no interior e laboratórios envolvidos com a área de saúde do trabalhador, demonstra uma retaguarda essencial para a difusão de serviços neste estado. Esta presença pode ser considerada estruturante do modelo do sistema de vigilância em saúde do trabalhador hoje existente no Brasil, que emana dos focos estaduais para os municípios, com uma forte concentração em São Paulo que representa a metade das respostas obtidas e por isso com seus resultados apresentados separadamente nas tabelas.

Cabe destacar a experiência recente do estado do Rio Grande do Sul, que realizou uma conferencia estadual de saúde do trabalhador com a participação de cerca de 16000 pessoas com um processo de discussão que envolveu todas as regiões e municípios do estado. Esta conferência culminou em um evento onde participaram 3000 pessoas e foram discutidos 15 temas específicos em um processo de constituição de uma proposta abrangente e integradora de ST para o estado, sendo este o exemplo mais radical de "vontade política" visto no Brasilde estruturação de ações em saúde do trabalhador a partir do nível de estado. Espera-se que em futuras avaliações esta política apareça em experiências consolidadas.

Tabela 3 - Tipo de vínculo institucional conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Vínculo Institucional	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretaria da Saúde	22	88	04	100	17	100	10	90	39	93	14	93
N.R.	03	12	-	-	-	-	01	10	03	07	01	07

N.R – Nenhuma respostas.

5.2.2. Data de início das atividades dos serviços.

Quanto à data de início das atividades, mesmo considerando-se a baixa resposta a este item, observa-se que a criação dos serviços estaduais concentra-se nos anos da década de 80 e primeira década de século XXI.

Devido a baixa resposta a este item do questionário, pode-se observar que 55% dos serviços que não responderam são municipais e 67% estaduais. Mesmo assim, a época de início demonstra que não é pequeno o número de serviços criados a partir do ano de 2001, se comparados com o número daqueles criados nas décadas dos anos 80 e 90, conforme aponta a tabela 4. Considerando-se o número de serviços estaduais criados nos anos da década de 80 e no ano de 2001, no caso dos anos 80, tal fato coincide com a origem das experiências iniciais que foram desenvolvidas a partir das Secretarias estaduais de saúde e com o momento de recrudescimento das lutas dos trabalhadores em defesa da saúde e melhoria das condições e ambientes de trabalho (Lacaz, 1983; Ribeiro e Lacaz, 1985; Rebouças e cols., 1989; Lacaz, 1996).

As experiências municipais iniciadas na década de 90 do século passado (19%), de certa forma acompanham o aprofundamento do processo de municipalização da saúde. É ainda digno de nota o surgimento de vários serviços municipais na primeira década do século XXI (17%).

Apesar das condições econômicas e políticas desfavoráveis dos anos recentes, o número expressivo de serviços em saúde do trabalhador criados nos últimos anos deve estar relacionado às condições de financiamento de ações e repasse de recursos do SUS implementadas nos últimos anos, ainda que se leve em consideração as restrições existentes para a saúde do trabalhador. Tais avanços demonstram de forma clara a importância de políticas públicas para o desenvolvimento institucional do campo.

Frise-se que cerca de 25% dos serviços têm mais de 10 anos de existência, o que representa uma certa estabilidade da estrutura dentro da política de saúde vigente e considerando a própria trajetória do SUS.

Tabela 4 - Período de início das atividades dos serviços/programas de saúde dos trabalhadores, por década, segundo base territorial (estado ou município) da relação institucional. 2º. semestre de 2001, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Período De início das Atividades	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%	N	%
80 – 89	04	16	01	25	-	-	01	09	04	09	02	13
90 – 99	03	12	-	-	05	29	01	09	08	19	01	07
00 - 01	06	24	02	50	01	06	-	-	07	17	02	13
NR	12	48	01	25	11	65	09	82	23	55	10	67

Fonte: questionários respondidos

NR – não responderam

5.3. Ações em saúde dos trabalhadores desenvolvidas pelos serviços

Se, no início de seu desenvolvimento as ações em saúde dos trabalhadores privilegiaram as atividades na rede básica de serviços de saúde (Freitas, Lacaz e Rocha, 1985; Lacaz, 1996), no final dos anos 80 a implantação, pelos municípios, do modelo de Centros de Referência desloca as atividades para tais estruturas especializadas (Ribeiro e cols., 1998) e, é justamente este equilíbrio que se observa ao analisar-se as ações de assistência que, no nível **municipal** atingem 55% dos casos na rede básica e 62% na rede especializada. Já nos serviços de nível **estadual** o predomínio marcante é de ações na rede especializada, ou seja, 70% dos casos.

No que se refere às ações de vigilância internas ao setor saúde, o predomínio da vigilância sanitária no nível municipal (83%), não é tão evidente em relação às ações de vigilância epidemiológica (76%). Tal predominância é mais evidenciada nos serviços de nível estadual, nos quais as ações de vigilância sanitária predominam em 86% deles ao passo que envolvem 66% deles quanto se trata de ações de vigilância epidemiológica.

Por seu turno, as ações de vigilância ambiental ainda são menos prevalentes, sendo exercidas em apenas 33% dos "serviços" municipais e 53% dos estaduais. Tal fato também é explicado pelo perfil encontrado nas relações intersetoriais como será apontado adiante, quando da análise das parcerias com órgãos de meio ambiente e da agricultura.

Frise-se que dos serviços que responderam ao questionário a grande maioria (95%) atua na área urbana, o que diminui a possibilidade de uma maior atividade de vigilância ambiental, na medida em que é na área rural que ações dessa natureza aparecem de forma cabal, particularmente no controle dos riscos relacionados ao uso de agrotóxicos (Freitas e cols., 1986; Alessi e cols., 1994)

Ainda quanto às ações desenvolvidas, chama a atenção a atuação **integrada** de assistência e vigilância que no total das respostas atinge entre 76 e 80%, quando os serviços são municipais ou estaduais, respectivamente, sendo que em São Paulo a percentagem é de 84 e 100%, quando se trata do nível municipal e estadual. No que se refere às ações de vigilância, predominam as de vigilância sanitária.

Tabela 5 – Ações desenvolvidas pelos serviços de saúde dos trabalhadores, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Ações	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A+ V	21	84	04	100	11	64	08	73	32	76	12	80
A	-	-	-	-	02	12	01	09	2	5	01	7
V	03	12	-	-	03	18	02	18	6	14	02	13
NP	01	4	-	-	1	06	-	-	2	5	-	-
Sub Total	25	100	04	100	17	100	11	100	42	100	15	100
Total	**29**				**28**				**57**			

Legenda: A (assistência); V (vigilância); NR (não respondido). M – município; E – estado.
Fonte: idem

Assim, cerca de 77% dos serviços fazem assistência juntamente com vigilância, predominando as ações de assistência na rede especializada e básica e de vigilância sanitária (84%). Tal achado indica que, pode estar havendo uma superação da concentração de ações de assistência apenas no nível especializado, conforme o modelo dos CRST mas, ao mesmo tempo, quando se trata das ações de vigilância estas ainda concentram-se na clássica abordagem da vigilância de produtos e serviços.

Tabela 6 – Ações de assistência e vigilância desenvolvidas pelos serviços de saúde dos trabalhadores, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Ações	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Assistência Rede Básica	14	56	02	50	08	47	03	27	22	52	05	33
Assistência Rede Hospitalar	13	52	02	50	05	29	04	36	18	43	06	40
Assistência Rede Especializada	17	68	03	75	09	53	08	73	26	62	11	73
Vigilância Sanitária	23	92	04	100	12	71	09	82	35	83	13	86
Vigilância Epidemiológica	19	76	03	75	13	76	07	64	32	76	10	66
Vigilância Ambiental	11	44	02	50	04	23	06	54	15	36	08	53
Outros	04	16	01	25	05	29	05	45	09	21	07	46

M – município; E – estado
Fonte: idem

Além das que constam na tabela, outras ações desenvolvidas na área de saúde do trabalhador foram mencionadas:

- Educação, encaminhamentos Ma serviços especializados. (SP, Municipal - Santos)
- Alvará localizado/Saúde do Trabalhador. (SP, Municipal/Cubatão)
- A vigilância Ambiental exercida pela Vigilância Sanitária.(SP, Municipal/Bebedouro)
- Auxílio das equipes de PSF. (SP,Municipal/Leme)
- Formação, Capacitação e Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde do Trabalhador com duração de 2 anos, cuja carga horária semanal é de 40 horas. O PAP prepara engenheiro para realizar ações de vigilância em Saúde do Trabalhador. Este PAP. (São Paulo, Estadual)
- Capacitação de recursos humanos - residência médica; curso de especialização; campo de estágio curricular; estudos e pesquisa; educação e comunicação em saúde; participação em fóruns intersetoriais.(Outras Sudestes, Municipal/ Bahia)
- Não há centro especializado em saúde do trabalhador, porém; a atenção especializada (traumatologia, neurologia) é prestada pela URES / REDUTO.(Outras Sudestes, Estadual/ Pará)
- Lixo e água(Outras Estados, Estadual/Ceará SESA)
- Vigilância em ambientes de trabalho.(Outros Estados, Estadual, Campo Grande/MS)

- O Setor atualmente se restringe apenas a avaliação pericial tanto de funcionário de município, quanto do estado. Além disso: exames admissionais e demissionais dos órgãos da Prefeitura e autarquias , laudo para a aposentadoria especial, laudos de insalubridade(Outros Sudeste, Municipal, Petrópolis/Rio de Janeiro)
- Educação em Saúde.(Outros Sudeste, Municipal, Rio de Janeiro/Barra Mansa)
- Ações Educativas(Outros Sudeste-Juiz de Fora - MG)
- Atividades de Educação em Saúde(Outros Sudeste – Municipal-RJ/Volta Redonda)
- As ações de vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas tem elementos da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental(Outros Sudeste – Municipal - Belo Horizonte - MG)
- Atividades de Educação em Saúde do Trabalhador (Palestras, Cursos, Oficinas, Grupos, etc)(Outros Sudeste-Estadual - Espírito Santo/Vitória)
- Recursos Humanos(Outros Sudeste-Estadual/Minas Gerais)

Outras ações, como de educação, foram relatadas por vários serviços, demonstrando que esses estão envolvidos em um processo de qualificação e ampliação de quadros para as ações, sendo tal informação um indicador de crescimento e consolidação da área.

É necessário apontar que pelo menos sete (7) serviços, dentre eles 5 municipais (Valinhos/SP, Bebedouro/SP, São José dos Campos/SP, Campinas/SP, Teresópolis/RJ) desenvolvem todos os tipos de ações de assistência e de vigilância.

Esta informação deve ser analisada em conjunto com aquela referente à retaguarda de apoio para o desenvolvimento da assistência e da vigilância, a qual mostra existir uma baixa retaguarda tanto de toxicologia (21%) e que é menor ainda quando se trata de apoio em avaliação ambiental e higiene industrial (11%). Tais dados corroboram a realidade constatada de predomínio da vigilância sanitária nas ações de intervenção e de ainda pouca capacidade técnica de avaliação e controle de riscos.

Ocorre, ainda, que os 35% de ações relacionadas à vigilância ambiental mais sanitária demonstram a convivência de dois modelos, um desenvolvidos pelos Centros de Referência em que a doenças relacionadas ao trabalho vão moldar o serviço, como no caso das LER e, por outro lado, em serviços construídos a partir de casos em que a intervenção na exposição e em seus condicionantes estiveram mais presentes, como no caso do benzeno e amianto. As atividades que se dão ao nível do setor saúde, portanto intrasetoriais, apontam para o predomínio das ações na rede básica (69%), às quais seguem-se as dos ambulatórios de especialidade ou Centros de Referência (56%) e hospitais públicos (60%). Vêm a seguir as ações articuladas com laboratórios de apoio (47%). Mais especificamente,

a interação com as instâncias da vigilância sanitária de produtos e serviços ocorre em 56% dos casos, ao que se segue os apoios de nível estadual (39% dos casos) e federal (30%).

5.4. Composição das equipes de ST e de VST

Essa resposta refere-se ao número de profissionais que atuam em saúde dos trabalhadores, independentemente do número de vínculos ou da carga horária. O que pode-se destacar nesse item é a presença de um perfil multidisciplinar e de alta qualificação, ainda com predominância de médicos, com um quantitativo de 20 profissionais, em média, por serviço, o que resulta em uma estimativa nacional de algo entre 1.300 a 2.000 de trabalhadores nos órgãos executivos do SUS estrito senso, ou seja, Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais.

A tabela a seguir mostra a composição do perfil dos profissionais dos SST conforme formação graduada e pós – graduada.

Tabela 7 - Composição da equipe de saúde dos trabalhadores e de Vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme área de formação na graduação e na pós – graduação dos profissionais.

Qualificação dos profissionais envolvidos em ações de Saúde do Trabalhador e especificamente em ações de Vigilância/Intervenção/Investigação em locais de trabalho						
Nível	**Graduação**		**Pós-Graduação**		**Total**	
AREAS	Total	VST	Total	VST	Total	VST
Saúde	664	192	201	155	865	347
Tecnológica	058	49	43	45	101	94
Sociais e Humanas	114	58	22	25	136	83
Total	836	299	266	225	1102	524

Fonte: idem

OBS: Foi retirado dos resultados a resposta do Ceará por representar uma distorção que indica uma interpretação singular, indicando a existencia de mais de 100 trabalhadores envolvidos em saúde do trabalhador no estado, concentrados em um único serviço.

A presença de um forte componente de profissionais de saúde nos induz a pensar na existência de dois modelos concomitantes: o assistencial e o de vigilância, ainda com

predominância do primeiro mesmo em serviços que fazem vigilância como os da nossa respostas.

Cabe ressaltar que existem serviços de universidades, sindicatos, outros órgãos executivos e de empresas que complementam essas ações. Numa estimativa conservadora, observa-se um total de algo em torno de 10 a 20 mil pessoas envolvidas com saúde dos trabalhadores no Brasil, ainda fortemente concentrados em serviços de empresas ou voltados para execução de Programas de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSOs) e de Programas de Prevenção de Risco Ambiental (PPRAs), regulamentados pelo MTE e fiscalizados por cerca de 800 auditores fiscais das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs) no Brasil.

O recorte dado de profissionais ligados às profissões da área de saúde, tecnológica e social corresponde às bases interdisciplinares do modelo de vigilância em saúde do trabalhador que, segundo Machado (1996), foi proposto pelo PST/SES- RJ na década de 90 e parece estar presente no Brasil, com uma ênfase ainda nas profissões estritamente relacionadas à área da saúde, mas certamente é um dos campos setoriais que mais incorporam outras áreas. Tal situação aponta para a necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar da saúde quando voltada a intervenção a partir de objetos, situações, processos sociais relacionados a saúde, no caso específico a saúde dos trabalhadores. Assim, contrapõe-se às características disciplinares do modelo médico assistencial centrado nas doenças e na prática profissional compartimentada, centrada na medicina, na assistência ao doente e na clínica individual.

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. A maior proporção dos profissionais de saúde estrito senso demonstra ser esse também um processo onde estão presentes os dois modelos: o assistencial e o preventivo, sendo esse um dos campos de ponta do conflito entre práticas institucionais hegemônicas.

Assim, a saúde dos trabalhadores pode ser considerada pela ênfase de sua característica multiprofissional um campo de potencial inovação e onde a chamada reforma da reforma já está em curso, em que o modelo assistencial isolado do modelo preventivo foi sempre questionado.

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 às 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.

5.5. Bases legais e institucionais para as ações em VST

A lei 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde realmente aparece de forma disseminada como o fundamento jurídico institucional mais importante para as ações em saúde dos trabalhadores. As Normas Regulamentadoras (NRs) do MTE aparecem de forma complementar, bem como resoluções específicas e regulamentações estaduais e mesmo municipais. Critérios internacionais também fazem parte do arcabouço legal utilizado. A Tabela 8 sintetiza e ilustra esta informação.

Mais uma vez o conflito, ou a disputa, entre modelos vem à tona, isto é, a utilização de um arcabouço legal proveniente da legislação sanitária por um lado e as normas/ regulamentações do setor trabalho por outro. Não há contradição no uso complementar, mas sim no uso excludente no qual a opção determina um modelo paradoxalmente mais assistencial ao escolher as NRs como base de fundamento jurídico. E, ao optarem pelas diretrizes jurídicas da saúde os serviços tendem a realizar a integração entre assistência e intervenção nos condicionantes, pela recente ênfase dos textos sanitários nesse sentido.

Em uma abordagem quantitativa vemos que poucos não utilizam base legal alguma pois realizam simplesmente assistência e não percebem essa questão da legitimidade pois está socialmente colocada o que traz uma tranqüilidade ao profissional, tornando até mesmo atraente a opção por tal modelo.

Em outra ponta estão os serviços que atuam a partir de acordos e negociações em que a intervenção nos condicionantes técnicos e sociais está presente no dia a dia fazendo parte da sua *praxis*. Dos serviços que geraram e utilizam leis municipais (19%), apenas 12% utilizam portarias e normas municipais. Estes poderiam ser considerados serviços "de ponta" do modelo, ou seja, adotam uma base legal de intervenção negociada entre Capital e Trabalho, além das demais bases legais sólidas e de cunho também municipal, conforme aponta a tabela 8.

Tabela - 8 - Bases jurídico - legais e institucionais para o desenvolvimento de ações de VST, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Legislação	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Federal Leis	20	80	04	100	11	65	08	73	31	74	12	80
Federal NRs	22	88	02	50	11	65	08	73	33	79	10	67
Federal Portarias	22	88	02	50	11	65	08	73	33	79	10	67
Estadual Leis	22	88	03	75	07	41	09	82	29	69	12	80
Estadual Normas téc.	13	52	01	25	02	12	03	27	15	36	04	13
Estadual Portarias	09	36	-	-	03	18	08	73	12	29	08	33
Municipal Leis	16	64	01	25	09	53	01	09	25	59	02	13
Municipal Normas téc.	07	28	-	-	01	06	-	-	08	19	-	-
Municipal Portarias	07	28	-	-	02	12	-	-	09	21	-	-
Padrões Internacionais	13	52	02	50	03	18	03	27	16	38	05	33
Acordos	08	32	-	-	01	06	01	09	09	21	01	07

Fonte: idem

5.6. Retaguarda laboratorial de apoio

Em geral a referência laboratorial específica de toxicologia e de avaliação ambiental/higiene industrial é ainda pouco referida (cerca de 30% tanto dos serviços municipais quanto estaduais que responderam o questionário), apontando para uma baixa estruturação do apoio às ações de VST.

Observa-se uma concentração de retaguarda laboratorial de apoio basicamente em São Paulo e demais estados do Sudeste. Destaca-se ainda que apenas seis serviços (dois estaduais e quatro municipais) possuem estrutura para avaliação ambiental. A falta de retaguarda laboratorial, percebida em todas as regiões, (e principalmente nas regiões Norte,

Centro Oeste e Nordeste, aqui agregadas na categoria “outras regiões”,) pode ser observada na tabela a seguir.

Tabela - 9 - Retaguarda laboratorial de apoio para o desenvolvimento de ações de VST, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Tipo de Retaguarda	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lab. Toxicologia	06	24	01	25	03	18	02	18	09	21	03	20
Higiene industrial/ambiental	03	12	-	-	01	06	02	18	04	10	02	13
N.T.R	12	48	01	25	12	71	05	45	24	57	06	40
Outro*	07	28	-	-	03	18	04	36	10	24	04	27

Fonte: idem

N.T.R. - Não Tem Retaguarda lab. Tox., higiene indus.

Outros*

- Parcial, no. restrito de exames específicos(SP-Municipal/Piracicaba)
- U. Som, ENMG, TC, RNMG, Laboratorial(Outros Sudeste-Municipal/Teresópolis)
- Instituto Adolfo Lutz – SP(SP-Municipal/São Vicente)
- Teste dermatológico (Patch Test) - Bateria de testes da Fundacentro, Exames toxicológicos - Realizado pelo Lab. Toxicon-SP(serv comprados)(SP-Municipal/São José dos Campos)
- Adolfo Lutz(SP-Municipal/Araçatuba)
- Laboratório de Toxicologia Unicamp(SP-Municipal/Valinhos)
- Através do PCIBI foram feitas algumas amostragens de solventes orgânicos mas não houve continuidade por mudanças programadas.(SP- Municipal/Santo Amaro)
- U. Som, ENMG, TC, RNMG, Laboratorial(SP-Municipal/ Indaiatuba)
- Tanto para as análises toxicológicas e ambientais, o estado conta com laboratórios em várias instituições federais e estaduais.(Outros Sudeste – Estadual -Minas Gerais)
- Todos os laboratórios próprios e conveniados com o SUS/SMS/PJF; Fundação Ezequiel dias(Outros Sudeste-Municipal/Juiz de Fora - MG)
- Laboratórios da Rede pública e privada de Análises Clínicas para esclarecimento diagnóstico e acompanhamento clínico(Outros Sudeste-Municipal-Ipatinga/MG)
- Laboratório de Toxicologia Hosp. Univ.- UEL (Univ. Estadual de Londrina)(Sul-Municipal/Londrina)
- CEATOX – LACEN - (Análise toxicologica - LACEN/SEMACE/NUTEC-UFC e CEATOX-MUNICÍPIO)(Outros Estados-Estadual/Ceará SESA)
- Lab. Conveniados(Outros Estados-Estadual-Pará)

- Laboratório Central da Secretaria de Saúde deverá iniciar análises toxicológicas (pesticidas e metais) a partir de 2002. Medição nível de ruído. Em projetos específicos, utiliza-se Laboratório da Fundacentro. (Outros Estados-Estadual/Bahia)

O tipo de referência laboratorial indicado demonstra a presença da vigilância de substâncias químicas como característica do modelo, ou como característica da demanda de vigilância em saúde do trabalhador.

Entre outros suportes laboratoriais indicados, destaca-se a existência concentrada de estruturas de distintas origens nos municípios e estados do sudeste, que possuem uma ampla capacidade institucional instalada, oriunda por exemplo de LACEN's estruturados, de universidades conveniadas com recursos laboratoriais e tecnológicos, de ações integradas com a FUNDACENTRO, de laboratórios privados que vendem serviços, ou ainda da capacitação de estruturas locais decorrentes de convênios internacionais, caso do Estado de São Paulo no convênio com a Itália.

Contudo, mesmo na região sudeste esta estrutura institucional relativamente bem desenvolvida não se traduz em retaguarda laboratorial ampla, dada a sua fragmentação e sub-aproveitamento decorrente da inexistência de uma efetiva rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental, bem como dos mecanismos claros de financiamento destas estruturas e das ações dos serviços. A reversão deste quadro pode ser percebida através da iniciativa de alguns estados que vêm investindo na estruturação os seus LACEN's (como a Bahia, que deverá iniciar análises toxicológicas de pesticidas e metais a partir de 2002), bem como de iniciativas locais de articulação intersetorial com instituições estaduais e federais.

A fragilidade institucional no desenvolvimento de ações de vigilância devido à falta de estrutura traz e coloca o desafio de investimento setorial nesse sentido, dado que a existência de estrutura de referência laboratorial específica pode ser considerado um fator de estabilidade e de crescimento das experiências em saúde dos trabalhadores.

O que se vislumbra é que o fato de haver referência laboratorial específica pode ser considerado um fator de estabilidade e de crescimento das experiências analisadas.

5.7. Relações intra-setoriais

Quando se trata de relações intrasetoriais da rede básica, observa-se uma "aproximação" desta com os ambulatórios de especialidades e serviços de saúde dos trabalhadores, o que é mais evidente no Estado de São Paulo, a qual varia de 64% no caso dos serviços municipais, a 75% nos estaduais, o que expressa a maior presença e antiguidade dos Centros de Referência neste estado.

Tal "parceria" entre a rede básica e os serviços de saúde dos trabalhadores (32 respostas positivas e 15 negativas) ocorre na maior parte dos casos visando o encaminhamento para consultas, o que configura um procedimento de referência e contra - referência; ou visando o acompanhamento médico de casos específicos; ou, ainda, a notificação via SINAN, de casos suspeitos de doença ou acidente do trabalho, para que os serviços procedam à investigação de nexo do agravo notificado com o trabalho.

Mais recentemente os serviços de saúde dos trabalhadores, mais especificamente os CRSTs, têm buscado atuar na capacitação da rede básica para o atendimento de acidentes e doenças do trabalho, como é o caso do município de São Paulo e do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (Cesat) na Bahia, apesar de, neste caso, ser referida uma certa precariedade na relação com a rede. Frise-se que o Cesat tem também atuado na capacitação de equipes do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) em três (3) municípios da Bahia, o que poderá ser ampliado para dez (10), no ano de 2002. O mesmo é referido no município de Leme/SP, no qual o PST local atua junto às equipes do PSF.

Por outro lado, em alguns municípios, a própria rede básica já vem realizando o atendimento de agravos à saúde relacionados com o trabalho, seja doenças, seja acidentes, como é o caso dos municípios de Diadema e Ourinhos no Estado de São Paulo e de Belém, capital do Estado do Pará.

Um terceiro modo de relacionamento dos serviços de saúde dos trabalhadores com a rede dá-se através do desenvolvimento de projetos e atividades conjuntas, seja entre os serviços especializados e os da rede, seja entre os próprios técnicos, visando a capacitação de pessoal da rede, por exemplo. Estas atividades envolvem a visita a locais de trabalho apontados pela rede básica, como acontece em Belo Horizonte, MG.

Ao nível nacional esta aproximação é menos intensa, variando de 43% a 60%.

Quanto à articulação com ambulatórios de especialidades (29 respostas positivas e 25 negativas), ela ocorre mediante a marcação de consultas com especialistas através de Central de Marcação de Consultas especializadas, como acontece na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, PR. O atendimento especializado de casos mais complexos dá-se particularmente nas áreas de ortopedia e fisioterapia, otorrinolaringologia, pneumologia, dermatologia, fonoaudiologia. Frise-se que o atendimento especializado também contribui para a elucidação diagnóstica, além da assistência dos casos de acidentes e doenças do trabalho. Em São Paulo, foi referida a possibilidade de participação em treinamento em saúde do trabalhador de profissionais dos ambulatórios de especialidades da própria prefeitura. Existe ainda a possibilidade do próprio SST, quando conta com especialistas em áreas específicas demandados por hospitais gerais. A relação com serviços especializados do Sesi, de convênios e mesmo com Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho de empresas é referida no caso da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará.

A relação com Centros de Controle de Intoxicações (CCI) é particularmente presente nos casos de intoxicação por agrotóxicos e, em menor escala, por outros produtos tóxicos existentes nos locais de trabalho. Ela ocorre visando a obtenção de: informações toxicológicas sobre produtos diversos, treinamento ou o encaminhamento de pacientes com quadro de intoxicação atendidos nos SST. Em São José dos Campos, SP, após o primeiro atendimento no CCI do hospital municipal, os casos, após serem notificados ao SST, passam a ser por ele acompanhados. Outro tipo de "parceria" é para que seja realizada análise toxicológica de material biológico colhido em atividades de vigilância, como acontece na Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e na Secretaria Municipal de Saúde de Bebedouro, SP, que utiliza apoio do Laboratório de Toxicologia da Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade Estadual de São Paulo (Unesp) situado na cidade de Araraquara, SP.

É digna de nota a relação dos SST (e da rede básica) com os hospitais públicos que, em São Paulo, é idêntica tanto nos serviços de nível municipal (76%), como estadual (75%), sendo menor quando se analisa a situação nacional que varia de 50% para o nível municipal até atingir 60% para o nível estadual.

A caracterização desta relação assemelha-se àquela que ocorre com os serviços de atendimento de urgência/emergência, visando o estabelecimento de fluxo para a notificação de eventos sentinela (óbitos ou amputações relacionadas ao trabalho), como acontece em Curitiba, PR. Os hospitais públicos de urgência e emergência também são demandados num sistema de referência e contra-referência, particularmente no atendimento de traumas provocados pelo trabalho ou de outras urgências em casos de acidentes do trabalho tipo ou de trajeto. Os Serviços de Pronto Atendimento dos hospitais públicos também são objeto de aproximação para que implantem sistema de notificação dos acidentes do trabalho por eles atendidos, na perspectiva de utilização do SINAN. A utilização de serviços existentes nos hospitais, como RX é outro motivo de "parceria". No Rio Grande do Sul os hospitais públicos compõem uma rede de notificação de agravos por causas externas quando fazem parte da Rede de Observatórios de Acidentes e Violência. Em Bebedouro, SP, o hospital público conta com agente sanitário com curso de capacitação em Saúde da Família. No município de São Paulo é citado que os profissionais dos Pronto Socorros municipais participarão de treinamento em ST. É digna de nota a relação do SST e da VST com a Santa Casa de Leme, SP, a qual atende casos de intoxicação ocupacional. É também na Santa Casa que são realizados exames laboratoriais de apoio diagnóstico.

Por outro lado, quando se trata da relação com os hospitais privados, observa-se uma bem menor freqüência que varia de 19% para o nível municipal até 33% para o estadual. Frise-se que esta situação é consentânea com as diretrizes/princípios do SUS, nas quais é expressa a complementaridade do setor privado e a hierarquização/integralidade das ações de saúde nos diferentes níveis de gestão (Lei 8080/90).

Na maior parte das vezes, a aproximação com os hospitais privados dá-se visando a implantação de Sistema de Notificação; a "abertura" e preenchimento das CATs e o atendimento aos acidentados do trabalho. Em outras situações, a relação busca a retaguarda para alguns exames especializados como endoscopia, teste ergométrico, ou realização de procedimentos cirúrgicos.

Conclui-se que, do ponto de vista das ações de Saúde Pública, a relação ocorre para que os hospitais notifiquem agravos por causas externas relacionados ao trabalho como ocorre no Rio Grande do Sul, ou para a implantação de fluxo de notificação ao SST dos casos de acidentados do trabalho por eles atendidos.

No que diz respeito às relações com a Universidade e Institutos de Pesquisa da área da saúde, elas ainda são minoritárias tanto no Estado de São Paulo como no resto do país, aproximando-se de 35% quando se trata do nível municipal e de 50% quando do estadual.

Tais relações consistem em: atividades de estágio de graduação (medicina, fisioterapia, enfermagem, serviço social) e de pós-graduação/especialização (medicina do trabalho). Além disso, envolvem o desenvolvimento de projetos comuns, isto é, pesquisa sobre acidentes de trabalho, como ocorre no município de Piracicaba/SP, que realiza-a com a Universidade Estadual de São Paulo (Unesp), *campus* de Botucatu e a Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) e, mesmo o apoio da Universidade com recursos humanos e materiais para ações de intervenção, como ocorre no município de Duque de Caxias, RJ, que mantém acordos e convênios técnicos com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e UniGranRio. É relatada também a relação com os Hospitais Universitários (HUs) no sentido de obter apoio para melhorar a elucidação e avaliação diagnóstica de casos que exigem exames mais complexos. Ademais, busca-se apoio para a capacitação em ações de VST, sendo marcante o caso da relação entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e o Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a qual objetiva obtenção de apoio para projetos de pesquisa/assistência na área do trabalho rural e uso de agrotóxicos. O mesmo ocorre com municípios do Estado do Rio de Janeiro como Barra Mansa, que mantém projeto com a Fiocruz, através de convênio, para atuação em vigilância de populações expostas a agrotóxicos. Finalmente, são dignas de nota as parcerias entre a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul com a Universidade para: a análise epidemiológica dos agravos notificados pelo Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST); a organização de cursos de capacitação e treinamento; a implantação da Rede de Observatórios de Acidentes e Violência.

Mesmo que, do ponto de vista quantitativo, ainda seja pouco expressiva a relação com a Universidade, existe uma tendência ao avanço nas relações serviços-academia, o que tem sido cada vez mais preconizado por estudiosos do campo da Saúde do Trabalhador (Lacaz, 1997; Machado, 1996; Ribeiro e cols., 1998).

No que se refere à retaguarda laboratorial, ela ocorre seja mediante a definição de cotas para exames que são autorizados tanto para os serviços próprios da rede pública como para os conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), seja através de Instituto Adolfo Lutz da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o Instituto Mineiro de Agropecuária em Minas Gerais, ou o Laboratório Estadual Miguelato Viana em Niterói, RJ. Tais encaminhamentos são autorizados tanto por convênios com laboratórios da rede pública, como acima exposto, como com laboratórios privado, caso do laboratório Toxicon no Município de São Paulo, que realiza exames toxicológicos específicos como a dosagem de metais pesados e solventes, por exemplo.

A articulação da VST com a tradicional Vigilância Sanitária (Visa) de produtos e serviços ocorre quando das inspeções sanitárias, vistorias e concessões de alvará sanitário e orientação sobre acidentes com instrumentos hospitalares pérfuro - cortantes . Dá-se, em geral, mediante avaliações conjuntas da Visa e da VST em locais onde as equipes de VST ou de Visa detectam situações de risco; ou mediante denúncia da população, o que propicia a realização de ações integradas de interesse comum, às vezes até de nível regional. Em Londrina, PR, são de prioridade as ações nos serviços de saúde, mediante inspeções conjuntas da Coordenação de Saúde do Trabalhador e das demais coordenações de Visa, cuja ênfase é dada às clínicas de radiodiagnóstico.

A relação com a Visa de produtos e serviços também ocorre mediante assessoria à VST nos ambientes de trabalho que, dada sua especificidade, eram de atribuição, anteriormente, da Visa, como ocorre hoje no Rio Grande do Sul. Em alguns casos a ação baseia-se no que está previsto pela NOST-SUS, em municípios onde existe a gestão plena do sistema, como acontece em Bebedouro, SP e Valinhos, SP. Em Duque de Caxias, RJ, existe uma articulação importante com órgãos da esfera estadual como a Fiscalização Sanitária do RJ.

O quadro abaixo traz uma síntese das informações relativas a este item do relatório, mostrando as instâncias de articulação intrasetoriais envolvidas nas ações de VST.

Tabela - 10 - Instâncias de relacionamento [Intrasetoriais] para o desenvolvimento de ações de VST, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Rede básica com	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%
Ambulatórias Especialidades	17	68	03	75	02	12	06	54	19	45	09	60
Cent. De Controle Intoxicações	11	44	02	50	01	06	07	64	12	29	09	60
Hospital Público	20	80	03	75	02	12	06	54	22	52	09	60
Hospital Privado	07	28	01	25	01	06	04	36	08	19	05	33
Univ. Inst. Pesquisa	09	36	02	50	04	24	06	54	13	31	08	53
Laboratório	14	56	03	75	03	18	07	64	17	40	10	67

5.7.1. Apoio do nível estadual e federal

Observa-se que tal suporte gira em torno de 25% nos "serviços" municipais quando são considerados em conjunto os níveis federal e estadual. Este apoio atinge cerca de 30% quando se trata dos órgãos de nível estadual, o que estaria a indicar uma ainda incipiente "parceria" dos níveis hierarquicamente acima às experiências municipais, além de expressar a falta de definição do papel que caberia particularmente à instância de nível estadual que transitaria entre ações de qualificação/aperfeiçoamento técnico-profissional, ao lado de um também incipiente papel de normatização e apoio técnico operacional (Lacaz, 1996).

Quanto ao apoio de nível estadual, este pode ocorrer em questões específicas como no caso das LER/DORT em Piracicaba, SP. Na maioria das vezes, no caso do Estado de São Paulo, o apoio refere-se à retaguarda técnica dos níveis regionais, as chamadas Diretorias Regionais de Saúde (DIRs) para capacitação de pessoal, discussões técnicas, assessoria jurídico – legal, orientações, inspeções conjuntas e supervisões e promoção de encontros intermunicipais, como ocorre na região de Piracicaba, SP. Também no Estado de São Paulo foi referido o apoio técnico da instância estadual, isto é, o Centro Estadual de

Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), para ações de vigilância como tem ocorrido no município de Leme, SP.

O apoio de caráter técnico – político da esfera estadual foi enfatizado na situação em que o nível local avalia a necessidade do nível estadual apoiar uma dada ação que envolve empresas grandes e de poderio nacional, como ocorre em Volta Redonda, RJ. Nesses casos, o nível de dependência econômica e ingerência política local dificultam sobremaneira a autonomia dos serviços locais para realizarem ações de vigilância. Também no Estado do Rio de Janeiro, o município de Duque de Caxias tem recebido ajuda da Assessoria de Saúde e Meio Ambiente da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Conest). O mesmo ocorre para o desenvolvimento de projetos naquele município, o qual mantém convênios com a Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) da Fiocruz, com a Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat) do Ministério da Saúde (MS) e com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

Foi relatada ainda, a parceria com a esfera estadual para o desenvolvimento e participação em projetos de intervenção em saúde dos trabalhadores, mediante grupos de apoio às ações. Na Bahia o Cesat atua dando apoio direto a serviços de saúde dos trabalhadores de todo o estado. É interessante relatar a experiência "intermediária" de cooperação técnica desenvolvida por municípios fluminenses como Nova Friburgo, Petrópolis, Volta Redonda, Queimados/Duque de Caxias.

O apoio do nível federal dá-se através da elaboração de material educacional e instrucional; da base e orientação jurídico – legal; da capacitação, sendo referido que na área da capacitação em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental existirem projetos já aprovados pelo VIGISUS e que estavam aguardando liberação da verba, com é o caso de Piracicaba, SP. Do ponto de vista operacional foi também citado o apoio do MS ao município de Santo André, SP, através dos projetos "Vigilância do Benzeno" e "Rede de Cuidados Integrais às LER/DORT". No município de São Paulo, técnicos do MS têm apoiado os CRST mediante proposta de cursos de capacitação e projetos de financiamento para a aquisição de recursos materiais. No caso da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, existem convênios firmados com o MS para apoio ao programa de redução da morbi–mortalidade por causas externas, o qual se articula com os Observatórios de Acidentes e Violência; bem como para implantação de Unidades de Referência em Saúde

do Trabalhador. Na Bahia, o Cesat tem recebido apoio da Fundacentro em projetos específicos e em demandas pontuais como a análise de amostras em ar ambiente. Além disso, cabe mencionar a influência de órgãos de âmbito federal, como a FIOCRUZ e universidades, que por sua proximidade atuam como referência para determinados munípios e estados.

A tabela abaixo discrimina do ponto de vista quantitativo os tipo de apoio de conformidade com o nível de gestão do SUS.

Tabela 11 - Apoio do nível Estadual, Federal para o desenvolvimento de ações de VST, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados no Brasil.

Existência de Apoio	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	Nº	%
Apoio Federal + Apoio Estadual.	07	28	-	-	04	23	03	27	11	26	03	20
Apoio Federal	02	08	-	-	-	-	05	46	02	05	05	33
Apoio Estadual	10	40	01	25	04	23	-	-	14	33	01	07
NP	06	24	03	75	09	54	03	27	15	36	06	40

N.P. – Não obtiveram apoio federal e nem estadual

Frise-se que o questionário utilizado não permitiu analisar a qualidade das relações desenvolvidas, questão esta que pode ser melhor apreendida por ocasião da Oficina de Trabalho, realizada nos dias 19 e 20/11/01 em São Paulo com gestores de serviços de saúde dos trabalhadores. Nas discussões travadas na Oficina apareceram relatos de diversas dificuldades enfrentadas, como a falta de resposta às demandas e de apoio das instâncias regionais e estaduais, falhas de comunicação, dentre outros problemas, o que será motivo de análise ao final desse relatório, no item das conclusões e recomendações.

5.8. Relações Intersetoriais

Do ponto de vista da intersetorialidade, essas relações estão presentes em graus que variam de 55 a 80% quando se considera serviços municipais e estaduais, respectivamente,

para todo o Brasil. Dados semelhantes ocorrem para São Paulo (60 e 75%). Tal situação expressa uma tendência à extensão das ações intersetoriais que caracterizam a Vigilância em ST, além de denotar um rompimento de barreiras que ainda persiste quando se trata da intrasetorialidade, dificuldade esta apontada pelos participantes da Oficina de Trabalho realizada com os gestores e já referida anteriormente.

Tabela 12 - Relações Intersetoriais para o desenvolvimento de ações de VST, conforme nível de gestão do SUS e em outros estados do Brasil.

Relações Intersetoriais	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SIM	15	60	03	75	08	47	09	82	23	55	12	80
NÃO	10	40	01	25	09	53	02	18	19	45	03	20

Fonte: idem

Quanto às relações (intersetoriais) e interinstitucionais estabelecidas, os Ministérios Públicos (MP) de âmbito federal ou estadual aparecem com a maior freqüência ao nível nacional no conjunto dos serviços (32 serviços ou 56%), com especial relevância nos serviços estaduais, conforme podemos ver na tabela 13. O MP é instância do Poder Executivo, cuja criação data da Constituição Federal de 1988 e que assume papel fundamental na defesa da cidadania e do cumprimento da Constituição Federal, particularmente quando se trata das relações saúde-doença e trabalho.

O crescimento desta parceria deve-se de um lado à expansão das atividades dos MP's pelo país, mas de outro pelo apoio às ações de vigilância que os mesmos passaram a desempenhar frente aos embates legais e políticos que vários serviços enfrentam para realizar suas ações e entrarem nos locais de trabalho.

Deve ser alertado que nesta parceria entre serviços e MP existe o "perigo" de que aqueles tornem-se verdadeiros "braços técnicos" deste (Ribeiro e cols., 1998). Tal situação, por um lado empobrece a dinâmica de ação dos serviços do SUS cuja lógica de intervenção, considerando-se o conceito de VST aqui adotado, deve ser pautada pelo método epidemiológico (Lacaz, 1992; Machado, 1996, Wünsch Filho e cols. 1993) e não pela

noção de direito individual, no embate entre trabalhador "lesado" *versus* empresa "infratora". Por outro lado, ela tem uma contrapartida, quando se trata de conjunturas políticas municipais desfavoráveis à consolidação do SUS. Melhor explicando: foi justamente a parceria MP e CRSTs do município de São Paulo que "protegeu" tais serviços da "onda" conservadora e privatizante que se abateu sobre o sistema de saúde da capital paulista nas duas últimas administrações e que se encerraram em 2000.

A parceria com o MP também indica que o poder de intervenção dos serviços de vigilância em saúde dos trabalhadores ainda é fraco e necessita de maior amparo para sua efetivação. Mas também um acolhimento institucional e reconhecimento de competência técnica em função da reconhecida deficiência de quadros técnicos por parte do MP.

Assim, dada a fragilidade operacional ainda existente quanto ao reconhecimento do poder de intervenção dos SST, o MP aparece como "parceiro" fundamental nas ações de investigação de acidentes do trabalho, o que envolve a "fiscalização conjunta" das empresas e o estabelecimento de nexo por parte dos SST, quando atuam como assistentes técnicos para instrumentalizar a Ação Cível Pública emanada do MP. Muitas vezes tais ações são fruto de processos abertos pelo MP, porém em diversos casos as ações são decorrentes de instâncias e projetos integradores.

No Estado do Paraná existe a Promotoria de Defesa da Saúde do Trabalhador. No município de São Paulo existem projetos comuns, como é o caso da ação em empresas que processam mármore e em coletoras de lixo. No Estado de Minas Gerais, no município de Belo Horizonte existe uma relação formal com o Ministério Público do Trabalho (esfera federal) através do Convênio de Cooperação Técnica, o mesmo ocorrendo no Estado do Rio de Janeiro, sendo que neste o convênio abrange outras instituições de outros setores. Em São Paulo existe também tal parceria, porém de caráter mais restrito, para a intervenção na interdição de máquinas no setor de papel e papelão, por exemplo. Ao nível do Estado de MG o MP estadual participa do Fórum Estadual de Saúde e Segurança no Trabalho. Em algumas situações, as denúncias da população é que desencadeiam as ações conjuntas, como já ocorreu em Cubatão, SP, Campinas, SP, Estado do Ceará e São José dos Campos, SP. Em Iracemápolis, município rural do Estado de São Paulo, o PST tem atuado instrumentalizando o MP com laudos que lhes são solicitados, sobre condições sanitárias dos alojamentos de trabalhadores rurais sazonais.

Observa-se, em geral, que a relação entre os SST e o MP assume, quando comparada com outras instâncias como a DRT e INSS, um caráter muito mais formal mediante convênios como acontece no Paraná, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, onde as ações de vigilância ocorrem em conjunto em situações específicas, ou mediante participação conjunta em comissões ou comitês. Na Bahia o MP participa da Cist estadual e o Cesat atua formalmente como assessor técnico tanto do MP estadual como MP do Trabalho (federal) no mapeamento de riscos e acompanhamento de Termos de Compromisso de Ajustamento de Conduta firmados entre o MP e as empresas. No município de Duque de Caxias, RJ a existência de convênios técnicos com o MP dá base para ações conjuntas a partir de demanda originada tanto pelo SUS como pelo MP. Apesar da maior formalidade destas relações, verifica-se uma certa flutuação no nível de integração e confibilidade entre as instituições, decorrentes de situações de conflito em casos onde os agentes econômicos sob intervenção são de maior poderio, ou quando ocorrem mudanças na composição das equipes e chefias regionais.

Tabela 13- Relações Interinstitucionais para o desenvolvimento de ações de VST, conformenível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Instituição	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DRT	15	60	01	25	05	29	07	64	20	48	08	53
Meio Ambiente	05	20	01	25	08	47	04	36	13	31	05	33
INSS	17	68	02	50	06	35	05	45	23	55	07	47
Universidade	05	20	02	50	04	23	08	73	09	21	10	67
Fundacentro	10	40	01	25	05	29	09	82	15	36	10	67
Agricultura	03	12	02	50	04	23	07	64	07	17	09	60
Ministério Público	14	56	03	75	05	29	10	91	19	45	13	87
Sesi	02	08	-	-	02	12	04	36	02	05	04	27
CNEN	-	-	-	-	-	-	01	09	-	-	01	07
Outros *	07	28	-	-	03	18	07	64	10	24	07	47

Fonte: idem

Outros* - Relações com instituições de fora do setor de saúde que participam das ações VST. A seguir encontra-se a listagem das instituições apontadas:

- Sindicatos de classe (através de denuncias e Comissão Interinstitucional de Prevenção aos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais)(SP-Municipal / jundiaí)
- DATAMEC/MTE formalmente e informalmente(SP-Municipal/Campinas)
- Instituto Superior de Santé - Proj. coop. Idaliana, Instituto Geociência da USP- Análise poeiras(SP - Municipal/ Freguesia do Ó)
- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, em projeto conjunto relacionado as cooperativas(SP-Municipal/Santo André)
- SINDUSCON - O CRESO participa da sub-CPR (Subcomissão Permanente Regional) na construção civil.(SP-Municipal/São José dos Campos)
- CEREST/SP.(SP /Municipal/Bebedouro)
- Sindicatos dos trabalhadores de vários setores com informações e consultas feitas a CRST ou denúncia(SP-Municipal/Araçatuba)
- Outras secretarias municipais: S. Assistência Social, Dep. Saúde do Trabalhador (antigo Dep. Médico) - desenvolvendo ações de ST.(SP-Municipal/Santo Amaro)
- FATAEMG(Outros Sudeste-Estadual/Minas Gerais)
- Conselho Regional de Engenharia e Conselho Regional de Química(Outros Sudeste-Estadual/Rio de Janeiro)
- Vigilância sanitária e epidemiológica; Setor de Fiscalização de obras e posturas. Através de trabalhos realizados em parcerias e fiscalização de ambientes de trabalho.(Outros Sudeste - Municipal/Ipatinga/MG)
- Sindicatos de empregados (metalúrgicos, bancários, alimentação).(Sul-Municipal/Londrina)
- Sec. Planejamento/RS: Projeto Pró-Guaíba - grupo interinstitucional de ações em populações expostas a agrotóxicos;(Sul-Estadual/Rio Grande do Sul)
- Sec. Trabalho, Cidadania e Assistência Social/RS: comissão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI/RS(Sul-Estadual/Rio Grande do Sul)
- ADAB- AGENCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DA BAHIA(Outros Estados-Municipal-Bahia/ Miguel Calmon)
- CESAT- CENTRO DE ESTUDO DE SAÚDE DO TRABALHADOR(Outros Estados-Municipal -Bahia/ Miguel Calmon)
- Secretaria de recursos hídricos, CAGECE (Companhia de água e esgoto do ceará), SMDT (orgâo responsável pelas questões ambientais no município)(Outros Estados-Estadual/Ceará SESA)
- prefeituras municipais, em eventos, (elaboração de planos mun. de saúde) e treinamento.(Outros Estados-Estadual/Pará)
- CREA mantém um grupo estadual de agrotóxicos, com várias instituições públicas e ong, participamos do "Observatório de Violências", do Fórum Comunitário de Combate à Violência. Participação em comissões nacionais - CIST, Comitê Assessor das LER, assesso rias para Cosat/MS, para OPS etc. (Outros Estados-Estadual/Bahia)

Outra relação intersetorial apontada como de grande importância se refere ao INSS, especialmente quando se trata dos serviços municipais e que operacionalmente são estratégicos. Elas envolvem relações e contatos que desde o início da implantação dos serviços nos anos 80 foram buscados, dada a proximidade entre a constatação de dano provocado por doença e/ou acidente do trabalho e direitos previdenciários (Ribeiro e cols., 1998) Tal suspeita de nexo que naquela época era executada pela Coordenação de Acidente do Trabalho do ex - Inamps, com o passar do tempo vem sendo incorporada pelos PST's. Assim, a predominância da relação com o órgão pericial do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) expressa essa trajetória histórica.

A isto somou-se a análise das Comunicações de Acidente do Trabalho por parte dos PSTs e CRSTs, instrumento este adotado pela Previdência Social desde os anos 70 e que, mesmo incorporando uma lógica securitária, tem sido usado como o registro da base de dados que é adotada na análise epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho pelo SUS, apesar dos limites dessa estratégia já apontados (Lacaz, 2000; Machado, 1996).

Em geral a referência às relações com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) são de que elas são conflituosas e pouco duradouras nos espaços intersetoriais, como as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cists) de âmbitos estaduais, como é citado no caso da Bahia e Paraná. Em São Paulo, as relações de conflito são mediadas por representantes e instâncias do próprio movimento sindical.

A maior parte das articulações dá-se no sentido de agilizar o processo de perícia médica e estabelecimento de nexo dos acidentes e doenças devidos ao trabalho. O mesmo ocorre no que se refere ao encaminhamento das CATs pelo INSS aos SST, o que muitas vezes acontece de maneira ainda informal.

No caso de Diadema, SP, por exemplo, a relação com o INSS atingiu um patamar mais maduro, no qual as notificações dos casos de acidentes e doenças do trabalho que ocorrem no município são previamente encaminhados ao Núcleo de Vigilância da Secretaria Municipal de Saúde para o registro num sistema de informação e análise estatística.

É também digna de nota a situação peculiar do PST do município fluminense de Duque de Caxias que funciona no mesmo prédio da agência do INSS, o que permite a

obtenção das informações sobre agravos à saúde relacionados ao trabalho, devido ao acesso direto às CATs e aos próprios segurados acidentados.

Logo após o INSS situa-se a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), órgão vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com cerca de 50% de indicações. A tradição do Ministërio do Trabalho nas ações de *inspeção do trabalho* foi marcante desde os anos 30 do século passado, monopolizando a intervenção do aparelho de Estado sobre ambientes e condições de trabalho até os anos 80 (Oliveira, 1994), quando então surgem os primeiros serviços voltados para a saúde dos trabalhadores. (Freitas, Lacaz, Rocha, 1985)

Esta "tradição" da DRT fatalmente teria reflexos sobre os órgãos do setor Saúde e, apesar dos embates e disputas existentes entre o setor Saúde e o setor Trabalho (Dias, 1994; Mendes, 1986), uma aproximação guiada por estratégia comum seria ideal. Isso é mais verdadeiro ainda, ao se considerar o SUS como a instância da política de Estado que deve **nuclear** as ações de assistência, prevenção e promoção em saúde dos trabalhadores, as quais envolvem necessariamente as instituições, pelo menos, dos setores Previdência Social, Saúde e Trabalho, dentre outras ainda relevantes, como o Ambiente e a Agricultura (CIST, 2001).

Do ponto de vista qualitativo, as ações articuladas com a DRT, envolvem a cooperação técnica nas ações de vigilância em ambientes de trabalho e a participação no Programa de erradicação do trabalho infantil, que é coordenado pelo MTE, como acontece em Campo Grande, MS e em Curitiba, PR. No Paraná a participação da DRT dá-se também junto às instâncias intersetoriais, que são o Comitê Regional de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas ao Trabalho do Litoral do Estado, o Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho, bem como junto ao Fórum de Regularização do Trabalho do Adolescente. Em Piracicaba, SP, existe ações integradas em projetos comuns que envolvem a negociação Capital - Trabalho, como é o caso do Acordo Municipal de Prevenção de Acidentes na Construção Civil e do Acordo do Setor de Papel e Papelão. Em Diadema, SP, houve a possibilidade do planejamento de ações específicas no ano de 2001, o que vinha sendo tentado desde 1999. Em Jundiaí, SP, a DRT participa da Comissão Interinstitucional de Prevenção aos Acidentes do Trabalho e Doenças Profissionais. Na cidade de Ipatinga, MG, tem sido possível a atuação conjunta em

VST, em vistorias de empresas de grande porte ou que estão situadas fora da área daquele município, além da realização de treinamentos em conjunto. Em Santo André, SP, situada na região do ABC, tanto a Subdelegacia regional da DRT, como a DRT estadual participam das ações de fiscalização conjunta do uso do benzeno que são desencadeadas pela Comissão Regional do Benzeno do ABC.

De uma forma menos intensa e direcionada pela Comissão Nacional de Acompanhamento do Acordo do Benzeno, instância tripartite de abrangência nacional, vem sendo realizadas atividades desenvolvidas por comissões conjuntas nos estados da Bahia, Minas Gerais, e Paraná e de forma irregurar ou ainda conflitiva no Rio Grande do Sul, Espirito Santo e Rio de Janeiro.

No município de São Paulo, a DRT participa de reuniões com os CRSTs para discutir a integração dos acidentados do trabalho no programa de reabilitação profissional. Na Bahia, a DRT tem atuado em instâncias intersetoriais do SUS como a Cist, ou de outras criadas por iniciativas de outros órgãos como a Comissão do Benzeno, a das Indústrias da Construção Civil; a de Cerâmica e da Mineração, bem como da Comissão de Trabalho Infantil criada pelo próprio MTE .

Frise-se que, em geral, as atividades desenvolvidas com a DRT envolvem apoio e cooperação técnica em intervenções nos ambientes de trabalho, treinamento e capacitação de pessoal e participação em eventos promovidos em parceria. Um traço marcante e que foi referido várias vezes, é que as ações conjuntas ocorrem a partir de contatos informais/pessoais entre os técnicos, mediante intercâmbio de experiências, entre outros, sem que exista um envolvimento formal da instituição.

Na seqüência aparece a Fundação "Jorge Duprat Figueiredo" de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), com 43% de indicações dos serviços. A Fundacentro é uma entidade ligada ao MTE que, por sua natureza de órgão de pesquisa, apoio tem contribuído para melhorar técnica e operacionalmente os serviços existentes no país, até porque a Fundacentro tem abrangência nacional, possuindo escritórios em vários estados do país.

A "parceria" com a Fundacentro dá-se basicamente pela capacitação e treinamento de pessoal dos SST e envolve realização de cursos, seminários, palestras com apoio de

material educativo e bibliográfico da biblioteca nacional daquele órgão. A relação ocorre também mediante a participação da Fundacentro em comissões nacionais e regionais como a do Benzeno, ou suporte técnico em avaliações clínicas (RX tórax), leitura de radiografias de casos de pneumoconioses, diagnóstico de intoxicações químicas e, finalmente, no desenvolvimento de projetos como aconteceu em Ipatinga, MG e no Cesat/BA, em projeto de vigilância em câncer e trabalho. No município de São Paulo a Fundacentro tem também assessorado em procedimentos demandados pelo MP junto aos CRSTs como ocorre no caso das empresas coletoras de lixo e das empresas de transportes coletivos.

A seguir, com cerca de 33% das indicações, é importante assinalar a presença da Universidade como instância de parceria. Este deve ser compreendida não só em seu sentido estrito, mas englobando os vários órgãos de pesquisa e formação de recursos humanos, como a FundaçãoOswaldo Cruz. Esta parceria ocorre especialmente nos serviços de nível estadual, o que expressa a tendência já apontada de aproximação serviços-academia, numa perspectiva do credenciamento deste nível para dar apoio técnico-científico aos níveis municipais.

No Paraná, ocorre a participação da Universidade em Grupos Interisntitucionais que estudam a relação saúde e trabalho, o que permite intercâmbio técnico – científico.

É também referida a atuação articulada com a Universidade em termos de consultoria, assessoria técnica, assistência, treinamento e apoio ao desenvolvimento de pesquisas. Na cidade de Piracicaba, SP, por exemplo, está em andamento através do PST, a Pesquisa Domiciliar sobre Acidentes de Trabalho, a qual vem tendo assessoria técnico - científica da Universidade.

Por outro lado, o apoio da Universidade em termos de retaguarda clínico – laboratorial e diagnóstica é comum. Isto ocorre no município de Mauá, SP, onde está instalado um importante pólo petroquímico e, aí, a Universidade de São Paulo (Usp) dá suporte técnico ao CRST no atendimento de casos suspeitos de intoxicação por produtos químicos, realizando exames e fazendo acompanhamento de tratamento. O mesmo ocorre em Indaiatuba, SP, onde o serviço municipal tem convênio com a Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) para encaminhamento de pacientes e melhor avaliação clínico – diagnóstica. No município de São Paulo alguns CRSTs, como o da Freguesia do Ó,

desenvolvem trabalho interinstitucional com a Universidade Estadual de Campinas para apoio em pneumologia e com o Instituto do Coração da Usp, para exames de diagnóstico por imagem e acompanhamento de trabalhadores. Em Volta Redonda, RJ, o Núcleo de Saúde Coletiva da UFRJ apóia o serviço municipal na avaliação neurológica de trabalhadores intoxicados pelo benzeno.

Em relação aos estados, no Rio de Janeiro, Minas Gerais e no Rio Grande do Sul, a Universidade tem sido instada a atuar na formulação de políticas e ações conjuntas, como acontece no Consest/RJ; na assistência e pesquisa como ocorre em MG e na implantação da Rede de Observatórios de Acidentes e Violência, no Rio Grande do Sul, para o que a atuação da Faculdade de Serviço Social da PUC foi vital. No caso da Bahia, a relação do Cesat com Universidade dá-se através do seu envolvimento como campo de estágios curriculares de graduação e pós – graduação e da participação de seus técnicos em atividades acadêmicas de ensino e de pesquisa.

É interessante observar o destaque dos órgãos de meio ambiente referidos como parceiros dos serviços tanto municipais quanto estaduais, o que estaria espelhando a tendência a um aumento das ações de vigilância ambiental em ações conjuntas com outros setores e secretarias de governo, para a qual também contribui a ação compartilhada com instâncias da agricultura, particularmente na área do trabalho rural (Freitas e cols. 1986). A elevada articulação no nível municipal também reflete tendência de municipalização das ações ambientais, que tendem a se integrarem mais facilmente com o setor saúde neste nível. Aqui destaca-se a experiência de alguns municípios no Rio Grande do Sul de integrarem ações de meio ambiente, saúde ambiental e saúde dos trabalhadores numa mesma secretaria de governo.

A título de exemplo, em Diadema, SP, tentou-se articulação intersetorial com órgão ambiental desde 1999, o que parece mais viável de se realizar a partir de 2002. Na cidade de São Paulo as relações com o órgão estadual de meio ambiente, a Companhia Estadual de Tecnologia e Saneamento Ambiental (CETESB), ocorrem mediante ações conjuntas, apesar das dificuldades operacionais existentes. Em Santo André, SP, o município busca o apoio de órgãos de meio ambiente em ações específicas, quando existe a preocupação de riscos ampliados para o ambiente e população do entorno. Em Belo Horizonte, MG, existe um

projeto específico relativo ao destino de resíduos e que é desenvolvido juntamente com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente. Em Joinvile, SC, a Fundação Municipal de Meio Ambiente (Fundema) é parceira das atividades de vigilância em saúde dos trabalhadores quando da realização de fiscalizações, para dar maior suporte técnico às ações. No município de Barra Mansa, RJ as ações de vigilância ambiental contam com apoio do órgão estadual de meio ambiente, ou seja, a Feema. Em Leme, SP, existe a articulação de ações junto à Secretaria Municipal de Meio Ambiente. Em Duque de Caxias, RJ, através de acordos prévios, algumas instituições como a Feema e a Secretaria Municipal de Meio Ambiente dão suporte de pessoal e material para intervenções e para análises laboratoriais.

No Rio de Janeiro, os órgãos de meio ambiente compõem o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Consest). No Ceará a SES busca atuar com a Comissão de Meio Ambiente e com a Comissão de Saúde e Saneamento da Assembléia Legislativa, o que ocorre com a intermediação da Ouvidoria Pública de Meio Ambiente que articula também a Secretaria de Meio Ambiente do Ceará, a Secretaria de Infra-estrutura e o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (Ibama). No Rio Grande do Sul, é também envolvida a Secretaria de Meio Ambiente mediante ações conjuntas, em situações que dizem respeito à destinação de resíduos ao ambiente. Na Bahia a Secretaria de Meio Ambiente tem assento no Conselho Estadual de Meio Ambiente, onde foi discutida a Lei Estadual de Meio Ambiente, na qual foi incluída a questão da saúde dos trabalhadores e suas relações com os ambientes de trabalho e o seu entorno. Neste estado inclusive foi aprovada em caráter pioneiro, ainda que com dificuldades de operacionalização, norma que confere ao órgão de saúde papel de relevância no licenciamento ambiental de novos investimentos.

Quanto às outras instituições, é digno de nota assinalar as parcerias com os sindicatos de trabalhadores; órgãos de ética e defesa de interesses corporativos, secretarias estaduais e municipais de áreas afins, tais como: planejamento; trabalho e cidadania; desenvolvimento econômico; assistência social.

O quadro abaixo dá uma dimensão do número de serviços de saúde dos trabalhadores que se relacionam com os vários órgãos de apoio intersetorial, conforme o nível de gestão do SUS.

Quanto aos órgãos da Agricultura, no Mato Grosso do Sul existe uma articulação no sentido de que sejam emitidos pareceres técnicos sobre armazenamento de agrotóxicos e de que auxiliem na vigilância de seu uso nas lavouras. Em geral existe uma participação da Agricultura no fornecimento de informações toxicológicas sobre agrotóxicos. No Estado do Ceará há uma integração com a Secretaria do Desenvolvimento Rural e os órgãos a ela afins como a Emater, Fuceme e Idace. Em Minas Gerais, ao nível da Secretaria de Estado da Saúde, existem discussões com a Agricultura na perspectiva de serem pensadas alternativas para o uso dos agrotóxicos nas lavouras. No Rio de Janeiro a Secretaria da Agricultura participa junto com a Saúde da Comissão Estadual de Meio Ambiente. No Rio Grande do Sul, a Secretaria da Agricultura atua conjuntamente com o SUS quando está envolvido o trabalho rural, particularmente na questão das intoxicações por agrotóxicos. Na Bahia, órgãos da Agricultura participam das comissões municipais de controle de agrotóxicos as quais foram criadas em seis cidades que participam do projeto de Vigilância Ambiental de Agrotóxicos do VIGISUS. Ao nível estadual existia uma comissão de controle de agrotóxicos que deixou de reunir-se cerca de dois anos antes do envio do questionário.

No município de Valinhos, SP, existe no PST uma instância de Saneamento Ambiental nas áreas rurais que conta com apoio da Casa da Agricultura vinculada à Secretaria Estadual da Agricultura que subsidia o PST local quanto às informações sobre culturas e uso de agrotóxicos. Ações conjuntas entre o SST e órgãos da Agricultura também são desenvolvidas no município de Leme, SP. No município de Duque de Caxias e Queimados, RJ, a atuação conjunta dá-se mediante acordos prévios com instituições que contribuem especialmente com recursos humanos e materiais para a viabilização de intervenções e projetos. São eles: Secretaria de Estado da Agricultura, Abastecimento, Pesca e Desenvolvimento do Interior, através da Divisão de Defesa Sanitária e Vegetal; Secretaria Municipal da Agricultura e Emater.

Apesar do número relativamente elevado principalmente de serviços estaduais que se relacionam com o setor de agricultura, deve-se observar que tais relações não são isentas de conflito de interesses. Freqüentemente os órgãos de agricultura e extensão rural encontram-se comprometidos com interesses locais de produção agrícola sem priorizarem

adequadamente as informações e ações integradas relacionadas à proteção da saúde dos trabalhadores rurais, em especial no que tange ao grave problema do uso de agrotóxicos.

No que se refere a outros órgãos de estado e da sociedade civil que se relacionam com os SST para a implementação de ações de vigilância, no Estado do Ceará é citada a atuação da Secretaria de Recursos Hídricos, a Companhia de Água e Esgoto e o órgão responsável pelas questões ambientais. No Estado de Minas Gerais é assinalada a atuação da Federação dos Trabalhadores na Agricultura de Minas Gerais. No Rio de Janeiro destacam-se o Conselho Regional de Engenharia e o Conselho Regional de Química. No Rio Grande do Sul existe o chamado Projeto Pró–Guaíba que envolve várias secretarias e entidades da sociedade na defesa ecológica e sanitária na região desta bacia hidrográfica, com destaque para um grupo interinstitucional de ação junto a populações expostas a agrotóxicos. Além disso, também atua a Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social ao compor a Comissão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI/RS). Na Bahia é relatado que o Sesi representa a Federação das Indústrias na Cist e participa da campanha de prevenção de acidentes do trabalho promovida pela Cist.

Além disso, é digna de nota a citação do papel dos sindicatos de trabalhadores tanto urbanos como rurais. No caso do município de São Paulo, foi ressaltada a cooperação técnica que se estabeleceu nos anos 90 com o Istituto Superiore di Sanitá de Roma, dentro do Projeto de Cooperação Técnica Brasil – Itália, que permitiu o desenvolvimento e capacitação dos vários CRSTs do município em aspectos específicos de higiene industrial: poeiras, ruído, solventes, entre outros.

5.9. Controle social

Na questão do controle social, o foco da investigação foi a existência (ou não) de Conselho Gestor nos serviços, aspecto este enfatizado no próprio questionário, o que limitou sua abrangência. Tal limitação do instrumento pode ser contornada na análise dos próximos itens que abordam a base e o planejamento das ações de VST.

Assim, observa-se pela tabela abaixo que dentre aqueles serviços que responderam a esta indagação - que, saliente-se, foi um número diminuto -, a maioria apresenta esta

instância de controle dos trabalhadores e da sociedade organizada.. O número considerado abaixo da expectativa quanto às respostas, pode expressar e significar tanto um alheamento dos serviços das instâncias de representação do movimento social de trabalhadores, como uma ausência de prioridade por parte do movimento sindical para atuar nesse nível de controle, o que expressa, muito provavelmente, o grau de declínio da ação sindical neste campo, conseqüência das mudanças globais do mundo do trabalho relativas aos "novos" tempos de desemprego, de reestruturação produtiva, de flexibilização das relações e direitos do trabalho e de precarização das condições e dos ambientes de trabalho, conforme assinala Lacaz (2001).

Tabela 14- Controle Social representado pela existência do Conselho Gestor, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Conselho Gestor	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	12	48	-	-	06	35	04	36	18	43	04	27
Não	13	52	04	100	11	65	07	64	24	57	11	73

Fonte: idem

Observa-se que as instâncias e controle social são as mais variadas em termos de composição e de efetiva participação da sociedade organizada. Em algumas situações existe uma instância de controle mais ampla, como ocorre, por exemplo, em Piracicaba, SP, onde existe um Conselho Municipal de Prevenção de Acidentes e Doenças Profissionais, cuja composição envolve entidades sindicais (4 representantes), Prefeitura (3 representantes), Centro das Indústrias de SP (2 representantes), entidade dos engenheiros (1 representante) e Associação Comercial (1 representante). Em Cubatão, SP, no Conselho Municipal de Saúde existe a presença de representantes de sindicatos de trabalhadores, representantes das indústrias e de associações de bairro, o que possibilita discutir temas de interesse do CRST. Em Campinas, SP, dada importância da rede básica de saúde, o Conselho Gestor do PST é composto por sindicatos de trabalhadores, associações de classe e representantes dos

Conselhos Gestores de UBSs. Em Indaiatuba, SP, o Conselho do Departamento de Reabilitação Física e Mental (Derefim) é formado por representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS), de sindicatos de trabalhadores, da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep), da Secretaria de Estado da Saúde e do próprio Derefim. Em Londrina, PR, existe uma instância de caráter técnico na área de Saúde do Trabalhador que é subordinada ao CMS e é considerada atuante. No município de São Paulo, o CRST da Freguesia do Ó tem Conselho Gestor que além da representação de sindicatos de trabalhadores, também conta com representação de usuários que são portadores de doenças relacionadas ao trabalho. Em Santo André, SP, o Conselho Diretor conta com uma representação paritária de usuários (representantes de sindicatos) e de promotores de ações de saúde (trabalhadores do PST e da Secretaria Municipal de Saúde). Ainda no município de São Paulo, o CRST de Santo Amaro tem em seu Conselho Gestor a participação de representantes sindicais (comerciários, radialistas, padeiros, vidreiros, hoteleiros, químicos), de representantes de associações de portadores de patologias, de movimentos comunitários de saúde e uma Ong. Além disso, outras instâncias de controle são os sindicatos dos próprios profissionais de saúde do município e de conselhos de classe. Em Araçatuba, SP, a instância de "controle" é interna aos órgãos do setor saúde, sendo que o Secretário de Saúde do município é o próprio coordenador do CRST, tendo o papel de coordenar a articular com as equipes de Vigilância Sanitária, do Programa de Saúde da Família e de profissionais da rede básica. Em Valinhos, SP, além da atuação dos sindicatos de categorias de trabalhadores, existe o Conselho Municipal do Trabalho e o Conselho Municipal de Saúde que se articulam com o PST municipal.

No município de Volta Redonda/RJ compõem o CG, os sindicatos de trabalhadores das empresas da construção civil; de asseio e conservação; dos funcionários públicos; dos professores; das empregadas domésticas e a associação de leucopênicos da CSN. Ainda no RJ, o município de Barra Mansa conta com uma Comissão Intersetorial Municipal em Saúde do Trabalhador, composta por representantes de sindicatos de trabalhadores e de associações de moradores, além da Emater, INSS e do órgão estadual de meio ambiente (Feema). No município de Duque de Caxias, RJ, as demais instâncias de controle envolvem também sindicatos de trabalhadores e os Conselhos Municipais de Saúde e Agricultura. Em Juiz de Fora, MG, o CG compõe-se de sindicatos, INSS, MTE e do próprio Instituto de

Saúde do Trabalhador (Isat). Em Betim, MG, existe uma Comissão de Saúde do Trabalhador que faz parte do Conselho Municipal de Saúde.

No Estado do Ceará, a composição do Conselho é apenas de órgãos internos à Secretaria de Saúde do Estado, ou seja, o Planejamento; a Cesau; a Assessoria Jurídica; a Assessoria de Comunicação e a Ouvidoria da Secretaria de Saúde. Existe ainda a Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente da Cesau. No Estado do Pará, através da Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador de Belém, está sendo incentivado que os municípios implantem conselhos gestores. Em Rondônia, o Conselho Gestor é composto por entidades como a DRT, INSS, CNEN, Procuradoria do Trabalho e Federação da Indústria do Estado. No Estado do Rio de Janeiro o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador tem em sua composição sindicatos de trabalhadores, Universidades, Secretaria de Estado do Meio Ambiente, Fundação Oswaldo Cruz, Fundacentro, representantes de municípios, Abrea, Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e da Comissão Estadual de Ler/Dort, da Comissão Estadual do Benzeno e do Fórum de Municipalização em Saúde do Trabalhador (Rede Carioca de Saúde do Trabalhador). No Estado do Paraná, encontra-se em elaboração uma proposta para o Conselho do Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador (Cemast). Atualmente as instâncias de controle são as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador vinculadas aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde. Além disso, o Departamento (Estadual) de Saúde no Trabalho tem na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do município de Curitiba, Londrina e Ponta Grossa instâncias de controle social que a ele reportam-se. Em Minas Gerais existem como instâncias de controle social a Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador, o Conselho Estadual de Saúde e o Fórum Estadual de Saúde e Segurança do Trabalhador. No Rio Grande do Sul, a instância de controle é a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador vinculada ao Conselho Estadual de Saúde. O mesmo ocorre no Estado da Bahia.

O fato de termos centrado a resposta no conselho gestor não significa que não há outros tipos de controle social e que ele não esteja presente. Pelo contrário, pode ser notada a presença de demandas sociais e avaliações realizadas por atores externos ao serviços, como veremos no próximo item.

5.10. Indicadores de avaliação de impacto

Pouco mais de 1/4 (28%) dos serviços apresentam algum indicador de avaliação de impacto, sendo 29% municipais e 27% estaduais, o que representa um baixo índice como um todo. É de se estranhar a ausência desses instrumentos de avaliação nos serviços estaduais de São Paulo em contraste com os outros serviços estaduais da região sudeste que utilizam tais indicadores em 67% dos seus serviços. Entretanto, podemos ainda destacar na análise do uso de indicadores de avaliação de impacto das ações a maior utilização pelos municípios de São Paulo com 32%, e uma menor utilização pelos serviços dos municípios do restante da região sudeste, com 17%.

Tabela 15- Indicadores de avaliação de impacto das ações de VST, conforme nível de gestão do SUS e em outros estados do Brasil.

Indicadores de Avaliação	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	08	32	-	-	04	24	04	36	12	28	04	27
Não	17	68	04	100	13	76	07	64	30	72	11	73

5.10.1. Instrumentos e procedimentos de avaliação

Com relação aos instrumentos e procedimentos de avaliação, o questionário destacou os boletins de produção e roteiros de visitas como principais instrumentos de avaliação e acompanhamento das ações de vigilância. Apenas nos estados caberia uma melhor identificação do que representam os 33% de “outros” respondidos, porém nos municípios apenas 14% responderam dessa forma.

Os roteiros de visita são os instrumentos mais utilizados, com 45% e 40% dos serviços municipais e estaduais respectivamente, configurando uma prática mais organizada de registro das ações.

Pode-se destacar que os serviços municipais da região sul e outras regiões apresentaram 80% de respostas positivas em relação ao uso de roteiros de inspeção, correspondendo a 4/5 serviços.

A maior utilização de procedimentos e instrumentos de avaliação nos serviços de nível estadual pode ser explicada pela tendência de alguns destes serviços não se envolver diretamente com as ações executoras de vigilância e/ou à sua maior estrutura de apoio e solidez institucional.

O quadro a seguir dá a dimensão dos instrumentos de procedimento adotados pelos SST nas ações de VST.

Tabela 16 - Instrumentos de procedimento e de avaliação das ações de VST, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Instrumentos	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Boletim de Produção	11	44	-	-	05	29	04	36	16	38	04	27
Roteiro Vistoria	12	48	01	25	08	47	05	45	20	48	06	40
NP	10	40	03	75	07	41	06	54	17	42	09	60
Outros*	05	20	-	-	06	35	04	36	11	26	04	27

Fonte: idem.

NP – não utilizam roteiro nem boletim.

*Outros instrumentos de procedimento, de avaliação das ações em VST.

- Eixo epidemiológico anual- diagnostico de saúde do município(SP-Municipal/Cubatão)
- Vide ficha de análises de riscos ocupacionais(SP-Municipal/Amparo)
- Elaboração de tabelas e quadros descritivos dos acidentes ocorridos no Município.(SP- Municipal/Bebedouro)
- Relatórios.(SP-Municipal/Iracemápolis)
- Instrumentos para alimentar nosso sistema de informação em vigilância de ambientes de trabalho –SISVIG(SP-Municipal/Santos)
- Banco de Dados das empresas sob vigilância no município.(Outros Sudeste-Municipal/Belo Horizonte - MG)
- Ficha de Coleta de Dados Para Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador; Termo de interdição; Relatório Técnico; Relatório Final.(Outros Sudeste-Municipal-RJ/Volta Redonda)

- Estatísticas do serviço; avaliações dos eventos promovidos(Outros Sudeste-Municipal-Ipatinga/MG)
- No que diz respeito à AVALIAÇÃO das intervenções, os parâmetros adotados buscam, a nível qualitativo, relacionar o cumprimento das exigências (que podem acarretar a transformação do processo de produção e a adoção de novas tecnologias) ao impacto conseqüente(Outros Sudeste-Municipal/Queimados - RJ)
- O CEMAST elabora relatórios de inspeção ambiental e para análise de posto de trabalho.Tem como meta para 2001 a elaboração de roteiros para inspeção em: fábrica de baterias, empresas de jateamento e madeireiras e serrarias. (Sul-Estadual/Paraná)

Foram ainda incluídos itens sobre:

- Ficha de Investigação de óbitos e Amputações(Sul-Estadual/Paraná)
- Termo de Notificação.(Sul-Estadual/Rio Grande do Sul)

- Por implantar(Outros Estados-Municipal-Bahia/ Miguel Calmon)
- Questionários, enquetes, pesquisa, organização de bancos de dados, organização de pesquisas sobre as doenças de maior incidência.(Outros Estados-Estadual/Ceará SESA)
- Fichas de inspeção e investigação de acidentes de trabalho(Outros Estados-Estadual/Bahia)

De todo modo, a quase ausência de outras formas de avaliação do impacto das ações de VST já era esperada, sendo que na oficina realizada em São Paulo com os gestores em 19 e 20/11/01, foi explicitada a preocupação de que uma maior aproximação com a Universidade poderá preencher esta lacuna, no sentido de se propor e testar outros indicadores e instrumentos para a avaliação de impacto das ações desenvolvidas pelos serviços.

5.11. Bases de Intervenção das ações de Vigilância

As experiências municipais parecem ter uma base de intervenção mais definida por setor econômico e por tipo de agravo, embora as avaliações dos próprios serviços não sejam desprezíveis.

A demanda gerada pelas diferentes categorias de trabalhadores é proporcionalmente menor, e são também relevantes as avaliações de situação de risco. Tal fato permite colocar hierarquicamente o setor produtivo, as situações de risco e as categorias profissionais em

relação às bases de intervenção no processo de trabalho, gerando assim um aspecto do modelo de vigilância em saúde dos trabalhadores exercido hoje no Brasil.

As tabelas 17 e 18 ilustram as respostas relativas a este item do questionário.

Tabela 17- Bases de intervenção das ações de vigilância conforme vinculo à gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Possui ações de VST a partir de:	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Setores Econômicos	14	56	02	50	08	47	08	73	22	52	10	67
Avaliação do serviço em relação às situações de risco	11	44	02	50	07	41	07	64	18	43	09	60
Categorias Envolvidas	08	32	01	25	05	29	03	27	13	31	04	27
Avaliação do serviço em relação às categorias de risco	09	36	01	25	04	23	02	18	13	31	03	20
Tipos de Agravo à saúde	12	48	04	100	09	53	08	73	21	50	12	80
Avaliação do serviço em relação às situações de riscos investigadas	07	28	04	100	06	35	05	45	13	31	09	60
Outros motivos da escolha destas prioridades	09	36	04	100	07	41	07	64	16	38	11	73

Fonte: idem

5.11.1. Critérios de avaliação da qualidade da intervenção

A utilização de critérios de avaliação nos serviços dos estados ocorre em 53% dos casos e em apenas 31% nos serviços municipais (tabela 18). Também com relação Esses baixos índices demonstram uma despreocupação com a qualidade das ações desenvolvidas, fazendo crer que o mais importante é a existência do serviço, importando pouco qual serviço. Essa parece ser uma característica de autonomia exagerada dos serviços que estão fora do contexto das ações de saúde, podendo ser até considerados "estranhos" ao SUS.

Tabela 18 - Critérios de avaliação da qualidade da intervenção conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Critério de avaliação	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	07	28	02	50	06	35	06	55	13	31	08	53
Não	18	72	02	50	11	65	05	45	29	69	07	47

Fonte: idem

5.12. Planejamento das ações de VST

5.12.1. Base territorial de planejamento das ações

Os serviços de âmbito estadual utilizam, em sua maioria (60%), informações agregadas do estado como um todo para planejarem suas ações, sendo que alguns mencionam o município como base territorial (33%). Contudo não ficou claro se isto significa um avanço na capacidade de detalhar informações a partir de bases municipais, ou se é reflexo da atuação pontual destes serviços em apenas alguns municípios do estado.

Dois serviços estaduais assumiram não planejarem suas ações de vigilância em função da fragilidade dos recursos humanos, atuando somente pontualmente a partir de demandas que surgem.

Os serviços municipais utilizam bases municipais para o seu planejamento em sua grande maioria (62%), sendo que 14% não apontaram nenhuma base para o planejamento de ações. É interessante observar que, principalmente no âmbito municipal, aparecem outros recortes emergentes como consorciados, distritais e de bairro, configurando um grupo de 20% ligado a novas formas de divisão dos territórios, principalmente em municípios de maior parte (como São Paulo) com uma história maior de estruturação. Alguns destes serviços municipais chegam eventualmente a atender demandas de âmbito estadual, oriundas de municípios mais distantes.

Frise-se que apesar da variável territorial não ter sido explorada nas perguntas, esse é um definidor fundamental para o modelo de vigilância em saúde do trabalhador a ser

adotado, que implica num maior nível de articulação entre o planejamento das ações, as informações e demandas locais de trabalhadores.

Tabela 19- Base territorial das ações de VST conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estado	-	-	01	25	-	-	08	73	-	-	09	60
Consórcio	01	04	-	-	01	06	01	09	02	05	01	07
Município	18	72	01	25	14	82	04	36	32	76	05	33
Distrito Administrativo	04	16	01	25	01	06	01	09	05	12	02	13
Bairro	01	04	-	-	-	-	-	-	01	02	-	-

Fonte: idem

De acordo com respostas qualitativas dos serviços, a definição dos ambientes e condições de trabalho a serem priorizados obedecem basicamente a três critérios gerais, mostrados a seguir por ordem de importância:

(i) o de demandas sociais apresentadas principalmente por sindicatos de trabalhadores ou pelo Ministério Público;

(ii) a análise de bases de dados tanto de eventos (como CAT's e atendimentos ambulatoriais) quanto de mapeamentos de riscos por empresas ou setores econômicos mais relevantes, podendo neste caso serem utilizadas informações como relatórios de CIPA's, PCMSO's e PPRA's ;

(iii) e finalmente ações deflagradas por eventos sentinelas, como acidentes graves e mortais.

Somente um serviço chegou a mencionar as pequenas e médias empresas como objeto de priorização enquanto um grupo sócio-econômico específico de risco.

5.12.2. Demandas Sociais

A presença demandas sindicais, principalmente junto aos serviços estaduais (87% dos casos), reflete esse modelo participativo e com forte influência sindical. Por outro lado, 13% dos serviços municipais e 17% dos serviços estaduais recebem demandas empresariais. Há inclusive serviços estaduais que recebem esses dois tipo de demanda social, o que até aqui não estava em debate no modelo de vigilância do SUS, que se formou como uma resposta ao modelo patronal presente nos SESMTs tradicionais e ainda dominante enquanto prática hegemônica no interior das empresas e legitimadas pelo controle do então Ministério do Trabalho (Oliveira, 1994).

Como tendência crescente observam-se demandas oriundas dos Ministérios Públicos em uma associação institucional que tem dado certo em várias experiências e tem potencializado a ação do SUS na área de saúde dos trabalhadores, em territórios nos quais o poder das empresas impede práticas de vigilância sem constrangimentos legais mais fortes, o que é eventualmente propiciado por promotores e procuradores envolvidos com estes problemas. Por outro, tal como discutido anteriormente, tal assunto vêm sendo objeto de questionamento por parte de vários profissionais, em função do risco dos serviços assumirem excessivamente o papel de órgão técnico assessor dos Ministérios Públicos, com ações pontuais isoladas e eventualmente burocratizantes.

A reclamação popular, a denúncia anônima e os rumores da mídia têm tido menor importância enquanto formadores de atividades, entretanto as reclamações populares para os serviços municipais aparecem em 52% dos casos. A mídia para os serviços estaduais representa o canal preferencial de divulgação, diferentemente da relação de nível municipal que é voltada à população diretamente. Ao contrário, no caso da política estadual, esta é realizada indiretamente através da mídia.

A tabela 20 sistematiza as informações relativas ao item.

Tabela 20 - Demandas sociais para o desenvolvimento de ações de VST conforme nível do vinculo à gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Tipo de Demanda Social	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Demanda sindical	11	44	03	75	10	59	10	91	21	50	13	87
Demanda do ministério Público Estadual	12	48	03	75	05	29	08	73	17	40	11	73
MP Trabalho/Federal	02	08	02	50	-	-	08	73	02	05	10	67
Demanda empresarial	03	12	01	25	03	18	01	09	06	14	02	13
Reclamação da população	12	48	02	50	10	59	03	27	22	52	05	33
Denúncia anônima	07	28	01	25	08	47	03	27	13	31	04	27
Mídia	04	16	01	25	06	35	06	54	10	24	07	47
Outro	12	48	02	50	04	23	01	09	16	38	03	20

Fonte: idem

Outros tipos de eventos que desencadeiam as ações de VST.

- Demandas sendo dirigidas a outros órgãos (SP-Estadual/São Paulo)
- Próprio serviço(SP- Estadual/ Mauá)
- Minist. Trab. Emp.(SP- Municipal/ Jundiaí)
- A mídia no caso de acidente fatal(SP-Municipal/Campinas)
- Pelo número de acidentados ou doentes ocupacionais(SP-Municipal / Indaiatuba)
- As ações desenvolvidadas pelo Ministério Público são muitas geradas através de banco de daos de A>T> do CRST, que encaminha ao M.P. aquelas com maior número e gravidade de acidente(SP-Municipal / Freguesia do Ó)
- Dados epidemiológicos do CRST(SP-Municipal/São Paulo)
- Os tipos acima assinalados, embora muito raros, acontecem.(SP-municipal/Amparo)
- Processos de alta complexidade lº(SP-Municipal/São Vicente)
- As demandas geram investigações e/ou visitas técnicas para fins de orientação(SP-Municipal/São José dos Campos)
- Solicitações da Vigilância Sanitária e da Vigilância Epidemiológica.Denúncias.(SP-Municipal/ Bebedouro)
- Ações da própria VISA- ST(SP-Municipal/Iracemápolis)
- DIR XV(SP-Municipal/Santa Maria da Serra)

- Ouvidoria pública municipal (denúncias não anônimas)(SP-Municipal/Santos)
- Encaminhamento de casos de acidentes com perfuro-cortantes na rede de saúde.(SP-Municipal/Araras)
- Demanda de dirigentes e/ ou trabalhadores de instituições públicas(Outros Sudeste-Municipal/Rio de janeiro)
- Demanda dos Conselhos Municipais de Saúde, de Agricultura, de Meio Ambiente e da Defesa Civil.(Outros Sudeste-Municipal/Duque de Caxias - RJ)
- Demanda dos Conselhos Municipais de Saúde, de Agricultura, de Meio Ambiente e da Defesa Civil(Outros Sudeste-Municipal/Queimados)
- Requerimento da licença sanitária; investigação de acidente de trabalho (comitê estadual de inv. de óbitos e amputações).(Sul-Municipal/Londrina)
- Conselho Estadual de Meio Ambiente, Justiça do Trabalho(Outros Estados-Estadual/Bahia)

Cabe também mencionar a diversidade de articulações que constituem-se enquanto espaços de geração de demandas, presentes no item "outros", como instituições como Justiça do Trabalho e MTE, por exemplo e conselhos municipais e estaduais. Destes, além dos conselhos de saúde e de saúde dos trabalhadores, foram mencionados conselhos de meio ambiente, agricultura e defesa civil.

5.12.3. Demandas Técnicas

A análise epidemiológica é a forma em que se apresentam as demandas técnicas aos serviços. Isto ocorre principalmente nos estados, onde este tipo de demanda está presente em 73% das experiências dos serviços e, em menor percentual nos serviços municipais (55%). Outros tipos de demandas técnicas também aparecem de forma significante.

As respostas também demonstram a presença do modelo assistencial influencado por uma demanda de acolhimento da previdência a partir da definição de nexo causal. Nesta situação, o SUS passa a desempenhar um papel auxiliar para superação das dificuldades para resolver o caso pela Previdência, além de mostrar deficiências próprias de articulação e de resolutibilidade. Este problema é apontado frequentemente em vários fóruns onde se reúnem trabalhadores e instituições públicas de saúde.

Nos municípios, no entanto, não é significante o predomínio de nenhuma das formas apontadas no questionário, as quais assumem uma amplitude variando de 38% a 55% que passa por demanda assistencial; confirmação diagnóstica; indicadores de situação de risco e a busca ativa de casos. Somente em dois serviços aparecem outros tipos de demandas técnicas, o que consagra os tipos de demanda do questionário como partes inerentes do modelo de vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.

Tabela 21 - Demandas técnicas para o desenvolvimento de ações de VST conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Tipos de Demandas Técnicas	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Demanda assistencial	12	48	01	25	06	35	06	54	18	43	07	47
Confirmação	10	40	01	25	06	35	05	45	16	38	06	40
Análise epidemiológica	13	52	02	50	10	59	09	82	23	55	11	73
Indicadores de situações de risco	10	40	02	50	07	41	05	45	17	40	07	47
Busca ativa de casos	10	40	01	25	05	29	06	54	15	36	07	47
Outros	01	04	-	-	01	06	-	-	02	05	-	-

Fonte: idem

Outros tipos de demandas técnicas que desencadeiam as ações de VST.

- Busca ativa de casos: 1) Acidentes de trabalho por objetos pérfuro-cortantes contaminados/fluídos corpóreos; e 2) Casos de acidentes (pacientes) internados no hospital municipal.
- Ocorrência de acidente de trabalho; demandas da Vigilância Sanitária e da Seção de fiscalização de obras e posturas.(Outros Sudeste-Municipal/Ipatinga/MG)

5.12.4. Uso de Bancos de Dados para o planejamento das ações

O uso de dados gerados no próprio serviço é o predominante nos serviços, na medida em que 67% (tabela 22) das experiências realizam ações baseadas em dados organizados internamente aos próprios SST, configurando uma tendência de isolamento e

uma auto- suficiência com relação à rede do SUS como um todo em articular assistência, informação e intervenção em um modelo integrado. Resta analisar se esse modelo se constitui em uma fórmula de realização da intervenção a partir dos condicionantes da saúde ou é apenas uma deturpação gerada pelo isolamento intrainstitucional, o que foi apontado na Oficina com os gestores como aspecto fundamental de ser combatido e superado. O desafio atual seria reverter tal tendência, segundo os gestores, aumentando a capilaridade das ações em saúde do trabalhador na rede básica, ao mesmo tempo em que os serviços específicos assumiriam uma maior capacidade de gerenciar e analisar informações agregadas, apoiar ações locais e intervir em casos de maior complexidade.

A importância da notificação compulsória nos serviços municipais e do evento sentinela nos serviços estaduais contemplam as alternativas desenvolvidas para realizar a avaliação epidemiológica como um dos componentes centrais no planejamento das ações.

O modelo que emerge das informações colhidas conjuga a assistência, a análise epidemiológica e a intervenção, cabendo ainda superar as distâncias intra - setoriais, além de aprofundar a realização de ações articuladas e por várias instâncias, também complementarmente concentradas em centros de excelência muitas vezes de caráter universitário. Isto gera um caráter particular das experiências em cidades maiores cujos serviços têm nas instituições universitárias uma importante estrutura de apoio e estabilidade.

Tabela 22 - Uso de bases de dados para o planejamento das ações de VST conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Base de dados	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Notificação compulsória	11	44	02	50	09	53	03	27	20	48	05	33
Evento Sentinela	07	28	01	25	07	41	05	45	14	33	06	40
Siab	03	12	-	-	02	12	02	18	05	12	02	13
SIM	04	16	-	-	03	18	05	45	07	17	05	33
SINAN	05	20	-	-	06	35	05	45	11	26	05	33
Sistema Prisma CAT/MPAS	07	28	-	-	06	35	03	27	13	31	03	20
SAI-SUS	06	24	01	25	02	12	02	18	08	19	03	20
SIH-SUS	04	16	-	-	02	12	03	27	06	14	03	20
Dados do serviços de Saúde do Trabalhador	18	72	03	75	11	65	07	64	29	69	10	67
R.N	07	28	01	25	03	18	01	09	10	24	02	13
Outro	03	12	-	-	02	12	02	18	05	12	02	13

R.N. – Respostas negativas; Fonte: idem

Outras bases de dados:

- SIAT e PROSAT(SP-Municipal/Piracicaba)
- DIGICAR (bando de dados de CAT do Município)(SP-Municipal/Campinas)
- SIAT (Sistema de informação em acidente do trabalho);
  - Software;
  - Epi INFO- Geração de relatório a partir do boletim diário de atendimento (BDA)(SP-Municipal/São José dos Campos)
  - Siscat (Sec. Estado da Saúde)(Sul-Municipal/ Londrina)
- Siscat (Sec. Estado da Saúde)(Sul-Municipal/Londrina)
- SISCAT, Notificação de Ocorrências Toxicológicas e de Acidentes com Animais Peçonhentos(Sul-Estadual/Paraná)

- IML, notícias de jornal, resultados de estudos e pesquisas(Outros Estados-Estadual/Bahia)

5.13. Ações de intervenção/execução e divulgação de resultados das ações

Quanto à intervenção e execução das atividades de VST, o questionário buscou apreender dois momentos: o da preparação das ações e o da execução propriamente dita, dando ênfase ao perfil/composição da equipe que executa as ações, inclusive indagando se dela faziam parte os trabalhadores dos locais sob avaliação. Assim, no que diz respeito à preparação das ações de VST a reunião prévia com os trabalhadores envolvidos ocorre em 51% dos serviços municipais e 60% dos estaduais, sendo que a discussão com os sindicatos das categorias a que pertencem os trabalhadores acontece em 37% dos casos nos serviços municipais e em 60% dos estaduais havendo, ainda, a eventualidade de reuniões com outras instituições, o que ocorre em 39% dos serviços municipais e 33% dos estaduais. É, porém, necessário ressaltar que 44% dos serviços municipais responderam negativamente a esta indagação, enquanto o mesmo aconteceu com 33% dos serviços estaduais.

A tabela 23, abaixo, sistematiza as informações referentes a este item.

Tabela 23 – Atividades de preparo/execução das ações de VST, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Reunião com	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trabalhadores	09	36	03	75	10	59	07	64	21	50	09	60
Sindicatos	09	36	03	75	06	35	07	64	15	36	09	60
Outras instituições	09	36	-	-	07	41	05	45	16	38	05	33
R.N.	14	56	01	25	05	29	04	36	19	45	05	33

Fonte: idem

Do ponto de vista qualitativo, foi possível levantar quais instituições são envolvidas no processo de preparo e execução das ações de VST. No caso do município de Jundiaí, SP, trata-se da Comissão Interinstitucional de Prevenção de Acidentes do Trabalho e Doenças Profissionais. Em Piracicaba, SP, as ações são planejadas conjuntamente com técnicos do Ministério do Trabalho. Em Campinas, SP, são envolvidos o INSS, a DRT e o Ministério

Público do Trabalho (federal) quando se trata de ações mais complexas. O CRST da Lapa, no município de São Paulo, articula-se com a Fundacentro. Em Santo André, SP, são envolvidas outras secretarias municipais como a de Administração, a de Desenvolvimento Econômico e a Secretaria de Meio Ambiente de Santo André (Semasa), bem como a Fundacentro e a DRT. Em São José dos Campos, SP, os parceiros são a DRT, o INSS, sindicatos de trabalhadores e a instância regional do Sindicato das Indústrias de Construção Civil (Sinduscon). Na cidade de Bebedouro, SP, é o Departamento Municipal de Saúde a instância envolvida. Em Valinhos, SP, são incluídos na preparação da ações os Conselhos Municipais do Trabalho e da Saúde. No município de Indaiatuba, SP, a preparação dá-se com a participação de órgãos do próprio município como o Conselho Municipal de Saúde, o Programa de Saúde do Trabalhador, a vigilância sanitária e a epidemiológica e o nível regional da Secretaria de Estado da Saúde, como ocorre também em Iracemápolis, SP. Em Ipatinga e Betim, MG, são envolvidos a Fundacentro e a DRT. No município de Duque de Caxias, RJ, dependendo do objeto das intervenções são envolvidas instituições pertinentes. Quando se trata de área rural com uso de agrotóxicos: Sindicato Rural e Conselho Municipal de Agricultura, instância de controle social municipal; Secretaria Municipal de Agricultura, Emater, Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Cesteh/Fiocruz através do Programa de Vigilância das Populações Expostas aos Agrotóxicos; Feema e Assessoria de Saúde e Meio Ambiente da Secretaria de Estado da Saúde.

No Estado do Ceará, quando se trata de problemas mais complexos existe uma ação conjunta de vários órgãos, sendo que isso ocorre de forma esporádica. Nas ações de rotina as instâncias envolvidas são as vigilâncias ambiental, epidemiológica e sanitária. No Rio de Janeiro participam todos os órgãos do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Conest). No Estado da Bahia, o Cesat articula-se com instâncias como o Ministério Público, o Instituto Médico Legal, e órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

No que se refere ao momento da intervenção, as equipes de vigilância foram analisadas pelo recorte proposto da sua composição segundo o caráter multiprofissional, da origem institucional de seus componentes e se incluíam trabalhadores.

A tabela a seguir mostra o perfil das equipes, conforme estado/região do país e nível de gestão do SUS.

Tabela 24 - Perfil das equipes técnicas de Vigilância em Saúde do Trabalhador, segundo composição profissional e/ou interinstitucional, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Tipo de Equipe	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Multiprofissional	19	76	02	50	10	59	07	64	29	69	09	60
Interinstitucional	06	24	01	25	05	29	05	45	11	26	06	40

Fonte: idem

5.13.1. Equipes de VST

Quanto à composição das equipes para a ação, existe em alguns casos o envolvimento conjunto de técnicos da Vigilância Sanitária e da Vigilância em ST e, entre estes, predomina a formação em medicina do trabalho (e de médicos em saúde do trabalhador), enfermagem do trabalho, engenharia de segurança do trabalho, havendo poucas situações em que técnicos de nível médio também atuam, tais como técnicos de segurança do trabalho; agentes de saneamento e visitador sanitário como corre em São Vicente, SP. Mais raramente é citada a participação de dentista, veterinário, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta que se capacitaram. Além disso participam instâncias de controle social como representantes sindicais, membros de Cipas e trabalhadores dos locais de trabalho.

5.13.2. Divulgação dos resultados das ações de VST.

No que se refere à divulgação dos resultados das ações desenvolvidas os serviços municipais o fazem em 55% deles, enquanto os estaduais em 73% deles,conforme tabela 25.

Tal realidade é mostrada na tabela a seguir.

Tabela 25 - Divulgação dos resultados das ações de VST conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Divulgação dos resultados	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	14	56	02	50	09	53	09	82	23	55	11	73
Não	11	44	02	50	08	47	02	18	19	45	04	27

No que se refere ao público para o qual destina-se a divulgação, além das instituições sindicais, trabalhadores, serviços de saúde, Ministério Público, DRTs, as outras instâncias citadas foram: Comissão Estadual de Saúde e a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador no caso do Estado do Paraná. No caso dos serviços municipais, Santo André, SP, envia informações para o Departamento de Vigilância Sanitária do próprio município e de outros municípios e também para o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde. Em Leme e Iracemópolis, SP, os dados são enviados para a Vigilância Sanitária regional e em Ipatinga, MG, para a Secretaria Municipal de Saúde. Em Diadema, SP, a divulgação também é feita para representantes do empregador. Em Indaiatuba, SP, além da Secretaria de Estado da Saúde, os Departamentos de Segurança do Trabalho das empresas são alvo de divulgação das ações de VST.

Os instrumentos de divulgação utilizados são em geral relatórios, palestras, cartilhas, *folders,* reuniões com representantes sindicais, das Cipas e das empresas (Diadema, SP), boletins informativos do próprio serviço (Volta Redonda, RJ), jornais internos e da imprensa local. No caso de Joinville, SC, é referida a divulgação em Congressos e Simpósios. Em Valinhos, SP, a imprensa escrita do município é utilizada e, às entidades interessadas através de relatórios de vistoria.

No Estado do Rio de Janeiro, a divulgação dá-se através de boletins bimestrais editados pelo Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Consest) e do boletim bimestral que discute a Municipalização da saúde, além da mala direta do PST, ou mediante publicações específicas. No Estado da Bahia, são comunicados os órgãos ambientais,

conselhos de ética como CRM, OAB, Crea e os familiares das vítimas em casos de acidentes fatais. A tabela 26, abaixo, sistematiza tais informções.

Tabela 26 - Formas/instrumentos de divulgação dos resultados das ações de VST, conforme nível de gestão do SUS, em São Paulo e em outros estados do Brasil.

Forma de divulgação	SP				Outros Estados				Total			
	M		E		M		E		M		E	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Relatório técnico	03	12	-	-	01	06	01	09	04	09	01	07
Boletim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reunião com interessados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros	01	04	-	-	-	-	-	-	01	02	-	-
R.N.	21	84	04	100	13	76	02	18	34	81	06	40

Fonte: idem
R.N. – Respostas negativas.
Outras formas de divulgação

- Informe pela Imprensa(SP-Municipal/Piracicaba)

6. Conclusões e recomendações

Cabe apontar que as comparações regionais ficaram prejudicadas em função do número de serviços que responderam e da concentração deles no Estado de São Paulo. Apenas as grandes discrepâncias e tendências podem ser destacadas enquanto que as pequenas variações podem ser consideradas decorrentes do acaso.

Apesar disso, a semelhança dos outros estados com São Paulo mostra uma certa coincidência na heterogeneidade, ou seja, as mesmas variações são vistas em SP e em outros estados e as mesmas tensões e disputas são encontradas nos dois grupos de serviços.

Algumas conclusões e recomendações gerais podem ser assinaladas, articulando os dados coletados dos questionários com as discussões dos grupos de trabalho e da plenária da Oficina com os gestores, na qual foi enfatizada a questão da intra e intersetorialidade, do controle social e da avaliação/impacto dos mecanismos de intervenção, até por uma opção metodológica.

Inicialmente é mister assinalar a freqüência observada da concomitância da vigilância e assistência, inclusive na rede básica, numa perspectiva de superação da dicotomia entre atividades curativas especializadas e de prevenção-promoção, apesar da predominância ainda das ações de vigilância sanitária, cuja abrangência é bastante limitada tradicionalmente.

Por outro lado, aspectos relacionados ao financiamento das ações não puderam ser explorados, o que foi problematizado na Oficina a partir da constatação da necessidade de existência de instrumentos claros de financiamento e de repasse constante aos estados e municípios para evitar-se a fragmentação operacional.

De certa forma, esta observação corrobora a constatação da Oficina de que a intrasetorialidade é atualmente o **maior entrave** a ser superado na área da saúde dos trabalhadores. Assim, faz todo o sentido a proposta surgida na Oficina de que se busque articular melhor as ações de ST dentro do SUS nos estados e municípios, seja dentro dos projetos relacionados ao câncer, violência urbana, saúde mental, saúde da família, entre outros.

Quanto à intersetorialidade, apesar de existir, como observou-se na análise dos questionários, relações com instâncias importantes dos setores Trabalho e Previdência

Social, é mister caminhar-se para uma articulação mais orgânica e com clara base legal, o que pode estar sendo encaminhado nol âmbito do Congresso Federal através do substitutivo ao PL 1.377/95. Ademais o estreitamento de vínculos com órgãos de meio ambiente e agricultura é mandatório, como propõe o referido substitutivo do PL.

Chama a atenção, no que se refere ao controle social, o pequeno retorno dessa resposta, apenas 37% dos serviços, o que denotaria alheamento aos princípios do SUS. A isto se somaria a baixa participação do ator social movimento sindical no acompanhamento de políticas sociais nos dias de hoje. Tal situação, como foi apontado na Oficina, seria reflexo da retração dos sindicatos de trabalhadores conseqüente do desemprego, da precarização das condições e relações de trabalho, o que também poder ter efeitos nas intervenções a partir dos órgãos do SUS, como apontaram as discussões travadas na Oficina. A este respeito é valioso reproduzir o depoimento do gestor do "serviço" de Niterói/RJ, cujo PST foi implementado com forte apoio do sindicato dos trabalhadores da indústria naval no início dos anos 90. Atualmente esta atividade econômica foi reduzida drasticamente naquele município, fragilizando sobremaneira a base social do programa.

Diante dessa realidade, é interessante assinalar estratégia proposta na Oficina de se "decodificar" as ações de vigilância, discutindo os dados de suas etapas com os trabalhadores no sentido de socializar a informação e superar a frustração causada por processos demorados, conflitivos e que parecem não ter qualquer resultado. Ademais, o próprio planejamento das ações com participação sindical é algo que foi defendido pelos gestores na Oficina de trabalho.

Ao lado disso, apontou-se a necessidade de ser reforçada a legislação sanitária a partir do município e dos diferentes formatos de territorialização existentes, por ser este um dos importantes condicionantes da estratégia de intervenção a ser adotada. Por exemplo: grandes centros urbanos; regiões metropolitanas; pólos regionais; consórcios regionais urbanos ou rurais.

A baixa prioridade dada aos indicadores de avaliação de impacto da intervenção constatada na análise dos questionários coloca a necessidade levantada na Oficina da criação de tais instrumentos, conforme o nível de complexidade da ação, incorporando técnicas de outras áreas científicas. Este é um dos tópicos que reforça a importância do

estreitamento e aprofundamento das relações entre serviços e academia e da troca de experiências entre os próprios serviços.

Apesar de não ter sido objeto do questionário, a capacitação técnica foi outra questão discutida na Oficina, particularmente para profissionais da rede básica, numa visão interdisciplinar, outra questão que exige maior aproximação com a Universidade.

Quanto à coleta e uso da informação em saúde dos trabalhadores, além da superação do viés "doméstico" observado na análise dos questionários, foi sugerido na Oficina que as informações sejam efetivamente incorporadas e tratadas nos sistemas de bancos de dados nacionais já existentes, para o que poderia contribuir sobremaneira a interlocução racional dos níveis federal, estadual e municipal de gestão do SUS dentro da saúde dos trabalhadores.

Em termos gerais, pode-se afirmar que as **dificuldades** apontadas pelos serviços para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde dos trabalhadores referem-se à:

- necessidade de treinamento e capacitação das equipes, além da carência de recursos materiais (equipamentos de informática, viaturas);
- definição de fluxo de procedimentos e informações nas relações interisntitucionais e de indicadores de avaliação do impacto das ações;
- necessidade de maior integração intra-setorial no âmbito do SUS, envolvendo os diferentes níveis de gestão, bem como setores e programas específicos;
- necessidade de existência de legislação pertinente no nível municipal;
- maior reconhecimento do SUS por parte do empresariado, que resiste à sua atuação em VST;
- baixa consciência sanitária dos trabalhadores, pequena parceria com sindicatos de trabalhadores e inexistente organização sindical por local de trabalho;
- pouco envolvimento dos gestores municipais com a questão da VST;
- falta de investimento específico para a área de saúde dos trabalhadores.

Por outro lado, os **avanços** apontados foram:

- estabelecimento de programas de prevenção e negociações setoriais capital - trabalho para dar base às ações de VST;
- estabelecimento de parcerias internacionais (com a Itália como no caso de São Paulo);
- desenvolvimento de ações de VST de processos de trabalho em saúde;
- constituição de Comitês intersetoriais e parceria com sindicatos de trabalhadores;

- reconhecimento dos serviços por outras instituições do aparelho de Estado e da sociedade civil organizada;
- produção de protocolos de diagnóstico e intervenção e padronização das ações de VST;
- articulação com serviços de emergência e urgência (PSs) para detecção de casos de lesões de maior gravidade e envolvimento dos profissionais do PSF com ações de VST

As principais tensões do atual modelo de VST possuem dois grupos de condicionantes básicos. Um primeiro é derivado do modelo médico-assistencialista ainda hegemônico no SUS, resultando em uma tensão positiva para ambas as partes no sentido de gerar complementariedades. A perspectiva preventiva e de promoção das ações em VST, com viés participativo, interdisciplinar e intersetorial, constitui-se num interessante referencial de mudança ao modelo do SUS, mais próximo às modernas concepções de promoção da saúde e vigilância da saúde.

Um segundo grupo gerador de tensões origina-se no modelo historicamente predominante de intervenção nos locais de trabalho pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Este modelo influencia as ações de vigilância dos ambientes de trabalho, o que pode ser observado no amplo uso das Normas Regulamentadoras geradas pelo MTE como arcabouço legal para realização das ações de VST. A fragmentação decorrente da falta de políticas integradas entre os setores da saúde e do trabalho vem resultando historicamente em tensão e vulnerabilidade institucional, através de conflitos legais e dispersão de ações institucionais. Entretanto, a presença de parcerias freqüentes dos serviços com órgãos do MTE - através das ações integradas indicadas nas respostas ao questionário - pode estar representando um lado positivo desta tensão, apontando para uma superação futura entre os dois modelos conflitantes.

Finalmente, do que foi dado apreender, em síntese, as ações de VST nos serviços do SUS ainda consistem experiências incipientes – considerando a conceituação aqui adotada - e focais envolvendo dois movimentos: um de estadualização e outro, posterior, de municipalização que precisa ser melhor pactuado e consolidado. Ainda que incipientes, tais experiências revelam um rico potencial de ações que avançam em direção a um modelo integrado, participativo e intersetorial de vigilância.

7. Referências bibliográficas.

1.ALESSI, N.P. e cols., 1994 *Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde.* SãoPaulo:HUCITEC. 167 pp

2.BRASIL/M.S., 1986 Conferência Nacional de Saúde, VIII. *Relatótio final.* Brasília, DF: Ministério da Saúde. [mimeo]

3.BRASIL/M.S., 1987 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, I. *Relatótio final.* Brasília,DF: Ministério da Saúde. [mimeo]

4.BRASIL/M..S., 1998 Portaria 3120 de 01/07/1998, que estabelece a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde.

5.BRASIL/M..S., 1998 Portaria 3908 de 31/10/1998, que estabelece a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) no Sistema Único de Saúde.

6.BREILH, J., 1994 Fundamentos Teoricos e Metodológicos para la Investigación de Salud y Trabajo (pp. 83 - 106). In: _____ *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación – Guia pedagógica para un taller de metodologia***.** (Epidemiologia del Trabajo) Quito, CEAS. 359 pp (Serie "Epidemiologia Crítica", n°. 3)

7.COMISSÃO INTERSETORIAL de SAÚDE do TRABALHADOR (Cist), 2001 Exposição de motivos do substitutivo do PL 1377/95 que Dispõe sobre as ações e serviços no interesse da segurança e saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS.. [mimeo]

8.COSTA, N.R., 1994 Políticas públicas, direitos e interesse: Reforma Sanitária e organização sindical no Brasil. *Saúde em Debate*, n. 45, p. 23-9.

9.DIAS, E. C., 1994 *A atenção à Saúde dos Trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia, Utopia?* Tese de Doutorado. Campinas: FCM/UNICAMP.

10.FREITAS, C. U., LACAZ, F. A . C. e ROCHA, L.E., 1985 Saúde Pública e ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado de Estado da Saúde. *Temas IMESC. Sociedade, Direito, Saúde, v.2*. n. 1, p. 3-10.

11.FREITAS, C. U. e cols., 1986 Avaliação de experiência. Projeto de Vigilância no Vale do Ribeira. *Saúde Ocupacional e Segurança, v. XXI,* n. 3, p. 107-18.

12.HEIMANN, L. S. e cols., 1992 *O município e s saúde.* São Paulo: HUCITEC. 200 pp

13.LACAZ, F.A C., 1983 *Saúde no Trabalho*. Dissertação de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina/USP/SP.
14.LACAZ, F.A .C., 1992a Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Texto de apoio*. Curso Pré Congresso. III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre: Abrasco.
15.LACAZ, F.A C., 1992b O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Saúde em Debate,* n. 36, p. 41-7.
16.LACAZ, F.A .C., 1994 Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade, v. 3,* n. 1, p.41-59.
17.LACAZ, F.A.C., 1996 *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical.* Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. [mimeo]
18.LACAZ, F.A.C., 1997 Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (2): 7-19.
19.LACAZ, F.A.C., 2000 Sobre a necessidade de revisão do atual modelo de atenção à saúde do trabalhador no SUS. *Livro de Resumos.* VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Sujeito na Saúde Coletiva. Salvador, Bahia,
20.LACAZ, F.A.C., 2001 Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista. Texto de conferência proferida nos Seminários de Saúde e Trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG. http://www.medicina.ufmg.br/spt/satrab.htm
21.LAURELL, A.C., 1985 Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos. (pp. 255-76) In: NUNES,E.D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina:* tendências e perspectivas. Brasília: OPAS. 474 pp
22.LAURELL, A.C. (coord.), 1993 *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington DC, OPAS. 230 pp (Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000 n°. 3)
23.LAURELL, A.C. & NORIEGA, M., 1989 *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário.* São Paulo, Cebes-Hucitec. 333 pp Tradução por: Amélia Cohn, Ana Pitta-Hoisel, Ana Isabel Paraguay e Lucia Helena Barbosa.
24.MACHADO, J. M. H., 1996 *Alternativas e processos de Vigilância em saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção.* Tese de doutorado. ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

25.MACHADO, J. M. H., 1997. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 13(2):33-45.
26.MENDES, R., 1986 *Doutrina e prática da integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde:* contribuição para a definição de uma política. Tese (Livre Docência) Departamento de Saúde Ambiental. Faculdade de Saúde Pública, Usp. [mimeo]
27.MENDES, R., 1988 Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da Saúde Ocupacional no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 16,* n. 64, p. 7-25.
28.MENDES, R. & DIAS, E. C., 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25: 341-349.
29.MINAYO-GOMES, C. & THEDIM-COSTA, S. M. F., 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. 13: 21-32.
30.MONKEM, M., 2000 Espaço e Vigilância em Saúde: uma perspectiva operacional para a territorialização em Sistemas Locais de Saúde. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Sujeito na Saúde Coletiva. *Anais***.** Salvador, Bahia, 28 de agosto a 03 de setembro de 2000. CD Rom
31.NORIEGA, M., 1993 Algunos procedimientos y técnicas de la salud laboral (pp. 37-62) In: LAURELL, A.C. (coord.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington DC, Opas. 230 pp (Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000 n°. 3)
32.OLIVEIRA, L.S.B., 1994 *A Intervenção do Estado nos Ambientes de Trabalho: Origens, Evolução no Brasil e Análise Crítica da Prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
33.PORTO, M.F.S., MACHADO J. M. H., FREITAS, C.M. 2000 Promoção da Saúde e intersetorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Construção de Redes. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Sujeito na Saúde Coletiva. *Anais***.** Salvador, Bahia, 28 de agosto a 03 de setembro de 2000. CD Rom
34.REBOUÇAS, A . J. A . e cols., 1989 *Insalubridade. Morte lenta no trabalho.* São Paulo: Diesat - Oboré. 222 pp
35.RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A C (orgs.) 1985 *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: IMESP-DIESAT. 226 pp
36.RIBEIRO, H.P., LACAZ, F.A.C., WÜNSCH FILHO, V., REPULLO Jr, R. e NARVAI,P.C.

1998 Projeto de Políticas e Práticas na Área de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo. *Relatório: Diagnóstico de Situação e Propostas*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde- Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública. [mimeo]

37.SANTOS, A. P.L. 2001 *Entre o Imediatismo e o Planejamento: o desafio da construção da vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo.* Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. [mimeo]

38.SPEDO, S. M., 1998 *Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS).* Dissertação de Mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP. [mimeo]

39.TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBÔAS, A. L., 1998 SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS*, ano VII (2): 7-28.

40.VASCONCELOS, L.C.F. e RIBEIRO, F.S.N., 1997 Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública, v. 13*, n. 2, p. 269-75.

41.VIANNA, M.L.T.W., 1999 As armas secretas que abateram a seguridade social. (pp. 91-114) In: LESBAUPIN, I. (org.) O desmonte da nação. Balanço do governo FHC. Petrópolis: VOZES. 199pp [2ª edição]

42.WÜNSCH FILHO, V. V., SETIIMI, M. M. & CARMO, J. C., et al, 1992 *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. [mimeo]

43.WÜNSCH FILHO, V., SETIIMI, M. M., FERREIRA, C.S.W., CARMO, J. C., SANTOS,U. P., MARTARELLO, N. A. & COSTA, D. F., 1993 Sistema de Informação para a Ação: Subsídios para a Atuação Prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a Nível Local. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9(2): 136-148.

ANEXO 1: Questionário para avaliação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

1. Características gerais e espaço institucional das ações em Saúde do Trabalhador

Nome do serviço: _____

Responsável técnico: _____

Serviço: Estadual [ ] Sigla do estado:_____ Municipal [ ] Nome do Município: _____

Vinculado à Secretaria de: _____

Ano de início das atividades:_____

A que instância(s) administrativa(s) se vinculam as ações em Saúde do Trabalhador ? _____

_____

_____

Anexar organograma incluindo os locais onde se desenvolvem as ações de Saúde do Trabalhador

Quais as ações desenvolvidas na área de saúde do trabalhador no âmbito da Secretaria? (assinalar qual ou quais)

Assistência Rede Básica	
Assistência Rede Hospitalar	
Assistência Rede Especializada (Centro Referência)	
Vigilância Sanitária	
Vigilância Epidemiológica	
Vigilância Ambiental	
Outras *	

Especificar

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

_____

_____

2. Composição da equipe de ST/VST. (preencher somente com o n. de profissionais que atuam em saúde do trabalhador, independentemente do número de vínculos ou da carga horária)

2.1. Número de profissionais por Área de Formação – Nível universitário

Saúde N. de profissionais			**Tecnológica** N. de profissionais			**Sociais e Humanas** N. de profissionais		
Ocupação	***Total***	***Atuação em VST***	***Ocupação***	***Total***	***Atuação em VST***	***Ocupação***	***Total***	***Atuação em VST***
Medicina			**Engenharia**			**Psicologia**		
Enfermagem			**Arquitetura**			**Sociologia**		
Fonoaudiologia			**Química**			**História**		
Fisioterapia			**Bioquímica**			**Assistência Social**		
Farmácia			**Física**			**Economia**		
Terapia Ocupacional			**Estatística**					
			Informática			**Administração**		
Nutrição						**Pedagogia**		
Outros			**Outros**			**Outros**		
Especificar			**Especificar**			**Especificar**		

2.2 Número de profissionais com Pós-graduação (aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado)

Saúde			**Tecnológica**			**Sociais e Humanas**		
Ocupação	***N. Total***	***N. que Atua em VST***	***Ocupação***	***N. Total***	***N. que Atua em VST***	***Ocupação***	***N. Total***	***N. que Atua em VST***
Medicina do Trabalho			**Engenharia de Segurança**			**Higienista**		
Enfermagem do Trabalho			**Higienista**			**Ergonomista**		
Ergonomista			**Ergonomista**			**Sanitarista**		
Sanitarista			**Sanitarista**					
Outra especialização			**Outra especialização**			**Outra especialização**		
Mestrado (em andamento ou finalizado)			**Mestrado(em andamento ou finalizado)**			**Mestrado(em andamento ou finalizado)**		
Doutorado(em andamento ou finalizado)			**Doutorado(em andamento ou finalizado)**			**Doutorado(em andamento ou finalizado)**		

2.3. Quadro de Pessoal por Área de Formação – Nível Técnico

Auxiliar de Enfermagem	
Auxiliar de enfermagem do trabalho	
Técnico de segurança	
Auxiliar administrativo	
Auxiliar de informática/digitação	
Almoxarife	
Outros*	

*Especificar

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

_____

_____

_____

_____

3. Bases jurídico - legais e institucionais para a intervenção em VST.

Legislação utilizada de nível:

Federal

Leis

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

NRs

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Portarias

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Estadual

Leis

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Portarias

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Normas técnicas

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Municipal

Leis

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Portarias

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Normas técnicas

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Padrões Internacionais

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Acordos

Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

_____

_____

_____

_____

4. Retaguarda laboratorial de apoio (ASSINALAR QUAIS):

	SIM	*NÃO*
Laboratório de Toxicologia		
Avaliação Ambiental/Higiene Industrial		
Outros*		

*Especificar

_____

5. Relações intra – setoriais, no âmbito do SUS, para o desenvolvimento das ações em VST.

Rede básica sim ☐ não ☐

Como se dá?

_____

_____

Ambulatório de especialidades: sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Centro de Controle de Intoxicações : sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Hospital Público : sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Hospital Privado : sim [ ] não [ ]

_____

_____

Universidade/ Instituições de Pesquisa : sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Laboratório: sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Ações de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços : sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Apoio do nível estadual (só para as secretarias municipais): sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Apoio do nível federal: sim [ ] não [ ]

Como se dá?

_____

_____

Outros/citar qual (ais)

_____

_____

_____

6. Relações intersetoriais e interinstitucionais:

Existência de relações com instituições de <u>fora</u> do setor saúde que participam das ações de VST:

Sim [ ] Não [ ]

Caso sim, assinale quais:

DRT [ ]

Como se dá?

_____

_____

Ministério Público [ ]

Como se dá?

_____

_____

Órgão de Meio Ambiente [ ]

Como se dá?

_____

_____

INSS [ ]

Como se dá?

_____

_____

Universidade [ ]

Como se dá?

_____

_____

Fundacentro [ ]

Como se dá?

_____

_____

Órgão da agricultura [ ]

Como se dá?

_____

_____

SESI [ ]

Como se dá?

_____

_____

CNEN [ ]

Como se dá?

_____

_____

Outros/citar qual (ais) [ ]

Como se dá?

_____

_____

7. Controle social das ações em ST/VST.

Conselho gestor: sim ☐ não ☐

Se sim, relatar a sua composição quanto às entidades da sociedade civil:

_____

_____

_____

Outras instâncias de controle :

_____

_____

8. Considerações sobre as atividades de VST.

Principais dificuldades enfrentadas para seu desenvolvimento:

_____

_____

_____

Principais avanços conseguidos no seu desenvolvimento:

_____

_____

_____

São utilizados Indicadores de avaliação das ações de VST?

Sim [ ] Não [ ]

Quais?_____

_____

_____

Instrumentos de procedimento e de avaliação da produção das ações em VST

Boletim de produção [ ] (Anexar, se possível)

Roteiro de vistoria [ ] (Anexar, se possível)

Outro(s).

Citar qual (ais)

_____

_____

_____

9. Bases de Intervenção para as ações de VST.

(Quanto às principais situações e tipos eventos que desencadearam ações de vigilância em saúde do trabalhador nos últimos três anos.)

9.1- Ações de VST a partir de atividades/setores econômicos: sim [ ] não [ ]

Caso sim, cite as principais:

_____

_____

Na avaliação do serviço, houve mudança (melhoria) em relação às situações de risco investigadas?

Sim [ ]Não [ ]

Justifique:

_____

_____

_____

9.2: Ações de VST a partir das principais categorias envolvidas. : sim [ ] não[ ]

Caso sim, cite as principais:

_____

_____

Na avaliação do serviço, houve mudança (melhoria) em relação às situações de risco investigadas?

Sim [ ] Não [ ]

Justifique:

_____

_____

9.3. Ações de VST a partir dos tipos de agravos à saúde: sim [ ] não [ ]

Caso sim, cite as principais:

_____

_____

Na avaliação do serviço, houve mudança (melhoria) em relação às situações de risco investigadas?

Sim [ ] Não [ ]

Justifique:

_____

_____

9.4. Explique os principais motivos da escolha destas prioridades.

_____

_____

_____

9.5. Existe critério de avaliação da qualidade da intervenção? [ ] Sim [ ] Não

Se sim, é avaliada por:

Alteração tecnológica de processo	
Controle de risco específico	
Controle de organização/divisão do trabalho	
Controle de condição de trabalho	
Avaliação sindical	
Análise epidemiológica de efeito (por agravo)	

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

_____
_____
_____

10. Planejamento

Território de abrangência das ações de VST.

Bairro	
Distrito Administrativo	
Município	
Conjunto de municípios (consórcio)	
Estado	

Como se dá a definição dos ambientes e condições de trabalho a serem priorizados?

_____
_____
_____

Demandas sociais:
Tipos de eventos que desencadeiam as ações de VST: (por ordem crescente de importância)

Demanda sindical	
Demanda do Ministério Público Estadual	
MP Trabalho/Federal	
Demanda empresarial	
Reclamação da população	
Denúncia anônima	
Mídia	

Outros (citar

quais)_____

_____

Demandas técnicas:

Demanda assistencial	
Confirmação/pesquisa de nexo	
Análise epidemiológica	
Indicadores de situações de risco/ população exposta	
Busca Ativa de Casos	

Outros (citar qual (ais)

No caso de utilizar a análise de bases de dados para o planejamento, especificar quais:

Notificação compulsória	
Evento Sentinela	
Siab	
SIM	
SINAN	
Sistema Prisma CAT/MPAS	
SIA-SUS	
SIH-SUS	
Dados do Serviço de Saúde do Trabalhador	

Outras (especificar):

11. Ações de Intervenção/Execução

11.1- Preparação das ações de VST mediante:

Reunião com trabalhadores	
Discussão com sindicatos	
Com outras instituições	

Citar quais?

11.2. A equipe de vigilância é:

Multiprofissional	
Interinstitucional	
Inclui os trabalhadores	

De que forma ?

11.3. Existe divulgação dos resultados das ações em VST?
Sim [ ] Não [ ]

Caso sim, especifique o público a que se destina a divulgação:

Trabalhadores do ambiente de trabalho avaliado [ ]
Sindicatos de trabalhadores [ ]
Serviços de saúde [ ]
Ministério Público [ ]
Delegacia Regional do Trabalho [ ]
Outros [ ]
Especificar:
_____
_____

Cite os principais instrumentos de divulgação utilizados:
_____
_____
_____

ANEXO 2: PROGRAMAS, CENTROS DE REFERÊNCIA E OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS LEVANTADOS JUNTO AO COSAT/MS, SUS ESTADUAIS E BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

RELAÇÃO DA REGIÃO NORTE

RO	Dep. de Vigilância Sanitária – SES Dr. Walter Ferreira da Silva Padre Ângelo Cerri s/n.º Esplanada das Secretárias Porto Velho – RO CEP: 78.900-000 Tel.: (69) 216-5294/ 229-6189/216-5299 (Josué)
AC	Programa de Atenção à Saúde do Trab. / SES Dr. Sebastião Afonso S. Souza Rua Antônio Rocha Viana, s/n.º 2º andar Prédio da Sucam Rio Branco – AC CEP: 69900-610 Tel.: (68) 223-2396 / 224-5793 E-mail: dstac@mdnet.com.br
AM	Coord. de Vigilância Sanitária em Saúde / SESAU Av. André Araújo, n.º 701 - Bairro Aleixo Manaus / AM CEP: 69.060-000 Tel.: (921) 611-4566 E-mail: devis@osite.com.br
RR	Dr. Francileuza M. Bandeira Chefe de Divisão de Saúde do Trabalhador – Campos de Paricarana s/nº Novo Planalto Boa Vista – RR Tel.: (95) 623-9282 / 623-2880 E-mail: francileuza@bol.com.br / carvalhal@betechnet.com.br CEP: 69304-650
AP	Divisão de Saúde do Trabalhador Dr. Rinaldo Martins Rua Leopoldo Machado, 1126 Bairro Jesus de Nazaré Macapá / AP CEP:68.906-010 Tel.: (96) 212-6119 / 212-6182 E-mail: iolanda-bastas@hotmail.com

Total nível estadual: 5 + 1 (Pará) = 6

Total nível municipal: 0

RELAÇÃO DA REGIÃO NORDESTE

PA	Divisão de Saúde do Trabalhador / SES / Belém Dr. Ivo Xavier da Silva Av. Conselheiro Furtado, 1597 Bairro Nazaré Belém / PA- CEP: 66.040-100 Tel: (91) 224-4011 R. 266 / 241-9355
MA	Centro Integrado de Segurança em Saúde Ocupacional / DST Dr. Carlos Alberto da S. Frias Rua dos Prazeres, 361 – Centro São Luís – MA CEP: 65.020-640 Tel.: (98) 221-5500 E-mail: cisal@elo.com.br
PI	Divisão de Vigilância Sanitária / SES Dra. Ana Tecla A. Correia Rua David Caldas, 227, 4º andar – Centro Terezinha – PI CEP: 64.009-190 Tel.: (86) 221-9799 E-mail: visat@mail.br.com.br
RN	Coord. de Saúde do Trabalhador / SES Dra. Vitória Régia da Cunha Av. Junqueira Aires, 488- Centro Natal – RN / CEP.59.025-280 Tel.: (84) 211-2828 R.22 / 211-2300 / 232-2557 (contato Vanda) Natal – RN
CE	Equipe de Saúde do Trabalhador – NUS / Sec. Social de Desenv. Social Maria Flávia Nobre Dam Rua Almirante Barroso, 600 Bairro Iracema- Fortaleza - CE CEP: 60.060-440 Tel.: (85) 488-2142 / 277-3516 E-mail: mflavia@saude.ce.gov.br
PB	NESC – UFPB Dra. Tereza Mitsunaga Kulesza Campus I Conj. Castelo Branco1º CERESAT - NESC / UFPB 2º andar - Campus Univers. João Pessoa / PB- CEP: 58.051-900 Tel.: (83) 241-2958 / 241-3843 E-mail: visapb@openline.com.br
PE	Programa de Saúde do Trabalhador /Recife/ PE Dra. Sosiane de P. B. Lopes Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária / SES Praça Oswaldo Cruz, S/N - Boa Vista- Recife – PE CEP: 50.050-210 Tel.: (81) 3412-6263 / 34239871 / 3412-6247 / E-mail: susianelopes@uol.com.br
AL	Programa de Saúde do Trabalhador -Superintendência da Saúde Avenida da Paz, 978- Maceió – AL / CEP: 57.025-050 Tel.: (82) 326-1088 / 313-2281 / CEL.: 9972-1642 E-mail: meirabastos@uol.com.br

SE	Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador Aracaju - SE Dra. Nadja P. Magalhães Rua Urquiza Leal , nº 617 Bairro Salgado Filho- Aracaju - SE CEP: 49.000-000 Tel.: (79) 224-1172 / 246-4191(fax) / CEL: 9972-1642
BA	PST – Alagoinhas / SMS – BA Resp: Marília Santos Fontana / Pça. Graciliano de Freitas, s/nº Centro (antigo prédio da Leste) - Cep: 48000-000 Tel: (75) 422-1229/421-7572
BA	PST - Centro Adm. Camaçari / SMS – BA Resp: Roberto Lima Rezende Tel: (71) 621-6824 / Rua Francisco Drumont, s/nº - Cep: 42800-000 /
BA	PST – Jaguaquara / SMS – BA Resp: Jackson Almeida - Pça. J.J. Seabra / Centro - E-mail: pmjagua@sst.com.br / Cep: 45345-000 / Tel: (73) 534-2323
BA	PST – Núcleo de Saúde do Trab. Vitória da Conquista / SMS – BA / Resp: Rogério - Cel: 99741698 – Tel: (77) 425-9518 / Rua Sinhazinha Santos, 295 / E-mal: luiroger@terra.com.br
BA	PST – Juazeiro / SMS – BA Resp: Israel Martins Brandão Tel: (74) 612-8810 / Prç. Da Bandeira, 10 - Centro / Juazeiro - Cep: 48900-000
BA	PST – Barreiras / SMS – BA Resp: Waldez Gomes Azevedo Tel: (77) 611-4805/6610 / Rua 19 de Maio, 169 - Centro / Barreiras / Cep: 47800-000
BA	CESAT / SES Salvador- BA Dra. Letícia Coelho da Costa Rua Pedro Lessa, 123 Canela Salvador - BA CEP: 40.110-050 Tel.: (71) 336-1627 / 336-0012 / 336-8055 E-mail: cesat@saude.br.gov.br
BA	PST – Jequié / SMS – BA - Sec. Municipal de Jequié Resp: Tânia Diniz Correia Leite Brito / Prç. Bandeira, 172 (Ed. Vita) Cep: 45200-000 Tel: (73) 526-8900/8933
BA	PST– Miguel Calmon/SMS – BA Resp: Taíze Cavalcante Tel: (74) 627-2121-R. 38 / Rua Serafim Barreto, s/nº - Miquel Calmon-BA - Cep: 44720-000

Obs: Endereço da Universidade Federal da Paraíba está fora do escopo do projeto; O Pará está em região trocada.

Total nível estadual: 8

Total nível municipal: 8

RELAÇÃO DA REGIÃO SUDESTE

E S	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador / SES Dra. Denise Bourguignon Praça Ubaldo Ramalhete Maia, nº 80 Ed. Faraone - Centro Vitória – ES / CEP: 29.015-230 Tel.: (27) 381-3332 / 331-2945 / 381-3331
M G	Dr. Jandira Maciel da Silva Coord. de Saúde do Trabalhador / SES / MG Rua Tupinambá, 135 - 13º andar Centro- Belo Horizonte - MG CEP: 30.120-070 Tel.: (31) 3261-4809 / 3273-4717 E-mail:jand@uai.com.br
R J	Coord. de Saúde do Trabalhador – SES – RJ Dra. Fátima Sueli N. Ribeiro Rua México, 128 / 4º andar - 418 Castelo - RJ / CEP: 20031-142 Tel: (21) 240-1748/ 240-4418/ 240-0611
S P	Coord. dos Institutos de Pesquisa – CIP São Paulo –SP Dr. José da Rocha Cavalheiro Av. Dr. Arnaldo, 351 / 1º andar Cep: 01246-901 / Tel: (11) 3066-8605 - 3062-0441 - 3081-6191
S P	Divisão de Vigilância Sanitária Trabalho (DVST) – SP Coord. Lúcia F. de Toledo Av. São Luiz , 99 / 6ºandar - SP Cep: 01046-001 / Tel: (11) 257-5770 - 257-6240 / E-mail: dvst@cvs.saudesp.gov.br
S P	Centro de Documentação e Informação – CDI-ST - Coord. Mª Paula de S. Pozzi Av. São Luiz , 99 / 6ºandar - SP Cep: 01046-001 / Tel: (11) 257-5770 - 214-4330 - 257-6240 / E-mail: cdi@cvs.saudesp.gov.br
S P	Centro de vigilância Epidemiológica – DOMA Coord. Clarice Umbelino de Freitas - SP / Av. Dr. Arnaldo, 351/ 6ºandar / Cep: 012246-000 / Tel: (11) 3061-8769 / 3082-9359 / 30829395 - E-mail: dvdoma@saude.sp.gov.br
S P	CEREST – SP Coord. Mª Maeno Settime Rua Conselheiro Crispiniano, 20 8ºandar / Tel: (11) 259-9075 - 231-5390 - 259-2202 / E-mail: cerestsp@ig.com.br
S P	COAST / ST –Coordenação das Ações de Saúde Coord. Hélio Neves Av. Brig. Luiz Antônio, 4.805 - SP / Cep: 01402-002 / Tel: (11) 3885-8400 - 3885-5682 / E-mail: ednabelli@ig.com.br
S P	CRST - Freguesia do Ó Coord. Yamara Bragatto Av. Itaberaba, 1.218 - SP / Cep: 02734-000 / TeL: (11) 3976-3474 - 3975-0707 - 3975-0974 / E-mail: crstfo@.com.br
S P	CRST – Lapa Coord. Carlos Eduardo Belinatti Rua Cotoxó, 664 / SP / Cep: 05021-000 / Tel: (11) 3865-2213 - 3865-2077 - 3862-8017 / E-mail: ednabelli@ig.com.br
S P	CRST – Moóca Coord. Sandra Saraiva Av. Paes de Barros, 862 - SP / Cep: 03114-000 / Tel: (11) 6605 -4602 - 6606-0520 - 6605-4602

S P	Instituto Adolfo Lutz Serviço de Química Aplicada Paulo Tiglea / Tel: (11) 3068-2916 / E-mail: patiglea@ial.sp.gov.br Seção de Equipamentos Alice Sakuna Seção de Pesticidas / SP Tel: (11) 3068-2923 Seção de Peticidas
S P	Instituto Adolfo Lutz Tereza / Tel: (11)3068-2945 - 30853505 / Av. Dr. Arnaldo, 355 Sergueira Cézar – SP / Cep: 01246-902
S P	CRST – Santo Amaro Coord. Anna Valéria Pradal São Paulo – Rua Adolfo Pinheiro, 581 - SP / Cep: 04733-001 / Tel; (1105541-8992 - 5523-5382 - 5541-8992
S P	CRST – André Grabois Coord. Mª Erminia Ciliberti Rua Frederico Alvarenga, 259 - 5ºandar - SP / Tel: (11) 528-4193 - 528-4197 - 9955-5703 - 257-5155 – 3105-5330 / E-mail: crstse@hotmail.com - cmssp@sms.prodam.sp.gov.br
S P	CRST – São Bernardo do Campo Coord. Antônio Fukuda São Bernardo do Campo – SP Rua Maria Adelaide L. Quelhas, 151 - V. Duzzi / CeP: 09725-370 / Tel: (11) 4125-9139 - 4125-4080 – 4339-2565 - 4339-4638 / E-mail: crstsbc@asanet.com.br
S P	SEVREST / Santos Secr. Municipal de Saúde Coord. Florize Malvezzi Santos – SP / Pç. Rui Barbosa, 23 - 6ºandar / cep: 11010-130 / Tel: (13) 3219-2420
S P	CRST – Campinas Coord. Vera Salerno R. Faria Lima, 680, Pq. Itália CEP: 18036-220 Campinas – SP / Tel: (19) 3272-8025 - 3272-1292
S P	CRST – Botucatu – SP Depto. de Saúde Pública –UNESP Coord. Maria Cecília Binder Cx. Postal: 549 / Cep: 18603-970 Tel: (14) 6802-6200 - 6822-3309 / E-mail: binder@laser.com.br
S P	CRST –Araçatuba Coord. Marilena Ninomiya Araçatuba - SP / Rua São Paulo, 243 - Cep: 16015-040 / Tel: (18) 623-8091 - 624-4923 - 623-7401 E-mail: dir6@folhanet.com.br
S P	PST Diadema – Secr. Municipal de Saúde Coord. Dacio de Lira Rabelo Diadema – SP / Rua do Tanque, 129 - PQ. Real / Cep: 09911-160 Tel: (11) 4056-6020 - 4057-7903 - 4043-5316
S P	VISAT – Mauá – SP Coord. Paulo Roberto Bolognesi Assis – Mauá / Av. Assis Brasil, 625 VI.Assis / Cep: 09370-670 / Tel: (11) 4555-2444 - 4513-2700 – 4513-2441
	CRST – Santo André – SP Coord. Nanci Yasuda R. Dona Laura, 654 / CEP: 09040-250

S P	Tel: (11) 4990-5256 R. 227 e 229 Fax: (11) 4990-5256 R: 216 e-mail: nyasuda@santoandre.sp.gov.br
S P	PST – Osasco Coord. Antônio Ribeiro C. Júnior Av.Getúlio Vargas, 889- Osasco –SP/ CEP: 06080-000 Tel: (11) 7086-4000 R. 111
S P	PST – Bauru Secr. Municipal de Saúde Coord. Regina Rodrigues R. José Ayello, 3-30- Bauru- SP CEP: 17040-320 Tel: (14) 235-1455/1298
S P	CRESAT – Cubatão – SP Sec. Munic. de Saúde e Desenvolvimento Pedro Tosta de Sá / Rua Dom Pedro I, 104 / Cep: 11520-030 Tel: (13) 3362-6425 - 3362-6425
S P	PST – Salto – SP Secr. Munic. de Saúde Coord. Vilma Akemi / Rua José Revel, 270 / Cep: 13320-020 Tel: (11) 4028-1414 - 4028-1616
S P	PST – Piracicaba Coord. Rodolfo Andrada de Gouveia R. do Trabalhador, 634/2° andar Vila Independência- Piracicaba- SP / CEP: 13418-220 / Tel: (19) 434-6337 - 434-8667
S P	DIR. XV Piracicaba Coord. Gláucia Elisa Piracicaba – SP / Cep: 13400-370 / Tel: (19) 433-6704 - 422-2293
S P	PST – Rio Claro Secretaria Municipal de Saúde Coord. Kimiê A. Kaneco DIR. XV Piracicaba: contato com Cristina Rubrini Tel: (19) 434-0100
S P	DIR Marília – SP Coord. Antônio Donizete / Rua XV de Novembro, 1151 / Cep: 17504-000 / Tel:(14) 433-8899 - 433-9343 – 433-0434
S P	DIR XIV São José do Rio Preto –SP Coord. Mara Lúcia Pelissoni / Rua General Glicério, 3.330 - Cep: 15015-400 / Tel: (17) 232-0388 - 233-2716
S P	DIR VIII – Assis – SP Hospital Regional de Assis Coord. Katia Maria J. Meirelles / Rua Quintino Bocaiúva, 289 / Cep: 19800-000 / Tel: (18) 324-2888 – 322-2243 - 322-6235
S P	Júlio César de Oliveira – Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí /
S P	PST – Jundiaí – SP Faculdade de Medicina de Jundiaí Coord. José Luis Franceschinelli
S P	PST – São José dos Campos – SP – CRESO Coord. Reiko H. S. Hoyer
S P	PST – Guaratinguetá – SP Sec. Munic. de Saúde Coord. Benedito de Oliveira / Rua Tamandaré, 191 / Cep: 12500-000 / Tel: (12) 522-3540 - 525-4327
S P	DIR XXIV – Taubaté – SP Saúde do Trabalhador Coord. Márcia Antônia / Lgo. Santa Luzia, 25 - Santa Luzia / Cep: 12010-510/ Tel: (12) 233-4225 - 233-2719
S P	Pref. Municipal de Porto Feliz – SP / Dir. de Saúde Coord. Antônio Cássio / Rua Ademar de Barros, 529 / Cep: 18540-000 / Tel: (15) 262-3837 - 262-3277 /

	E-mail: admsaude@zaz.com.br
S P	Hospital Padre Bento – Ambulatório Saúde do Trabalhador – Guarulhos - SP Coord. Carlos Eduardo Martins / Av. Emílio Ribas, 1.573 / Cep; 07051-000 / tel: (11) 6468-0966 - 6468-9541
S P	Dra. Maria Malatesta Santo André - SP / Rua prefeito Justino Paixão, 85 Subsolo - Centro / Cep: 09020-130 / Tel: (11) 444-8688 - 577-3639 - 444-8196
S P	CRST – Campinas – SP Dr. Marco Antônio Perez Pq. Taquaral – Campinas / rua Heitor penteado, 1.655 - PQ. Taquara / Tel: (19) 272-6101
S P	VISAT – Mauá Resp. Vânia Aparecida Mauá – SP
S P	DIR VIII – Assis – SP Hospital Regional de Assis Resp: Kátia Maria
S P	ADUNESP – Assis – SP Resp. Nélson Silva Filho
S P	PST – Adamantina – SP Sec. Municipal de Saúde Resp. Elizabeth Kazumi
S P	PST – Amparo – SP Secr. Municipal de Saúde Resp. Enidio Mário
S P	PST – Andradina – SP Sec. Municipal de Saúde Resp. Dra. Queiko Yamamoto Kano
S P	PST – Mogimirim – SP Secr. Munic. de Saúde Resp. Sirlei e Campos
S P	PST – Presidente Prudente – SP Secr. Municipal de Saúde Resp. Dr. Wanderlei Garcia
S P	PST – Ourinhos – SP Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. Aparecido Rodrigues Mouco
S P	PST – Registro – SP Sec. Municipal de Saúde Dr. Flávio Celso da Silva
S P	PST – Ribeirão Preto – SP Secr. Municipal de Saúde Dr. Carlos Caliento
S P	PST – São Carlos – SP Secr. Municipal de Saúde Resp.Dra. Maria Cristina Ninelli
S P	PST–São João da Boa Vista – SP Sec. Municipal de Saúde Resp. Dra Kátia Couto Castro Zenun Tonon
S P	PST – São Joaquim da Barra - SP Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. Adenar Pereira Passos
S P	PST – Tatui – SP Sec. Municipal de Saúde Resp Dr. José Giu Jr.
S P	PST – Taubaté – SP

	Secr. Municipal de Saúde Resp. Dr. Arnaldo Ferreira dos Santos
S P	PST – Tupã – SP Sec. Municipal de Saúde Resp. Dra. Célia Maria Marafiotti
R J	PST – Angra dos Reis – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Fátima Cristina Rangel San Anna
R J	PST – Arraial do Cabo – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. Salvany
R J	PST – Barra Mansa – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. Marcelo Moreno Dos Reis
R J	PST – Barra do Piraí – RJ Secr. Municipal de Saúde Resp. Luiz Otávio Franco
R J	PST – Belford Roxo RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Marta P. da Silva
R J	PST – Cabo Frio – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Mitze Barros Ferreira
R J	PST– Campos dos Goytacazes-RJ Sec. Municipal de Saúde Hospital Rocha Machado Resp. Carlos Antônio Ribeiro Rodrigues
R J	PST – Cantagalo – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Eduardo Santiago
R J	Secretaria Municipal de Saúde – Nova Iguaçu – RJ Resp. Delfin Martinez Alvares
R J	PST – Paraiba do Sul – RJ Secr. Municipal de Saúde Resp. Dr. Antônio Guimarães Visconti
R J	PST Petrópolis – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. Márcio Veiga
R J	PST – Parati – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Maria Adelina Martins Lopes
R J	Sec. Municipal de Saúde – Porto Real – RJ Resp. Dra Lilian Pinto de Azevedo Oliveira
R J	PST – Duque de Caxias – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Maria Célia de Figueiredo
R J	PST – Itaguaí – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. Marco Aurélio
R J	PST – Macaé - RJ Sec. Municipal de Saúde
R J	PST – Niterói – RJ Sec. Municipal de Saúde
R J	PST – Nova Friburgo – RJ Sec. Municipal de Saúde

	Resp. Dr. Renato Albirrami
R J	Núcleo de Saúde do Trabalhador PAM 13 Rio de Janeiro – RJ
R J	PST – São João de Meriti – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Maria Cristina Pereira Santos
R J	PST – São sebastião do Alto – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Eliana Dutra Fialho
R J	PST – Teresópolis – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Ednéia Martuchelli
R J	PST – Quissamã – RJ Sec. Municipal de Saúde
R J	PST – Resende- RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dra Marise Cardoso
R J	PST – Rio das Ostras – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Beatriz Roudinik
R J	PST – Rio de Janeiro – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dulcea Machado Martins
R J	PST – Valença – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. José Roberto Vieira
R J	PST / SES Dra. Tânia Cláudia Gomes Volta Redonda – RJ
R J	PST – Volta Redonda – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Dr. Marcelo Moreno
MG	Coordenação de Saúde do Trabalhador / SMS / MG Dra. Luana Gonçalves Giatti
MG	Gerente de Seção Sáude do trabalhador Sec. Municipal de Saúde – Ipatinga – MG
SP	ST – São Caetano do Sul – SP Resp: Dr. Roberto Canavezi Tel: (011) 4224-5307
SP	PST – Santo André / SMS – SP Coord: Humberto Bajurd Onias
SP	PST – Suzano / SMS – SP Coord: Antônio Caldeira da Silva Tel: (011) 4748-8188
SP	PST – Álvares Florence / SMS – SP Coord: Judite Maria B. Brandt Tel: (017) 486-1193
SP	PST – Amparo / SES – SP Coord: Eduardo Carneiro dos Santos R. Rui Barbosa, 235-Centro-Amparo-SP Cep: 13900-000 Tel: (019) 3807-4586/3807-4566/3808-1223
SP	PST – Araçatuba DIR VI /SES–SP / CRST – Araçatuba DIR VI Coord: Magno Amadei Tel: (018) 623-8091 R. 240

SP	PST / CS III- Aramina / SMS – SP Coord: Maurícia Brochado Oliveira Tel: (016) 3752-1202
SP	PST / CS III – Areias / SMS – SP Coord: Antônio Jorge da Silva Tel: (012) 567-1157
SP	PST / Hospital Regional de Assis / DIR VIII / SES – SP Coord. Marisa Santos Tel: (018) 3202-6013
SP	PST – Atibaia / SMS – SP Coord: Gilberto Crosta Tel: (014) 4414-2197
SP	PST – Avaré / SMS – SP Coord: Sônia Regina Calamita Tel: (014) 3733-7011
SP	PST / CRST – Bauru – SP Coord: Agostinha Silvestre Carvalho Tel: (14) 235-1298
SP	PST / Hospital Municipa de Bebedouro / SMS – SP Coord: Ignácio Eduardo S. Souza Tel: (017) 343-1900
SP	PST – Bertioga / SMS – SP Coord: Roberto Teixeira Ribeiro Tel: (013) 3317-4050
SP	PST – Borborema / SMS – SP Coord: Darci Longuini Tel: (016) 3266-1213
SP	PST/ CS – Brodosqui/ SMS – SP Coord: Luciana Guimarães S. Marchio Tel: (016) 3664-4777
SP	PST – Cajuru / SMS – SP Coord: Ersone Pereira Picego Tel: (016) 3667-3307
SP	CRST – Grusália/ SMS – SP Coord: João Eymar R. F. Araujo Tel: (018) 3376-1134
SP	PST – Cruzeiro / SMS – SP Coord: Celso Ribeiro dos Santos Tel: (012) 543-5000
SP	PST – Dumont / SMS – SP Coord: Antônio Dantas Nobre Tel: (016) 644-1465
SP	PST / CS – Elisário / SMS – SP Coord: Carlos Roberto Surian Tel: (017) 529-1255
SP	PST – PST / CRST- Franca / SMS – SP Coord: Osvaldo Nascimento Filho Tel: (016) 3723-0967
SP	PST – Guarujá / SMS – SP Coord: Paulo Henrique G. de Andrade Tel: (013) 3386-2462
SP	CS – III Icém / SMS – SP Coord: Luiz Renato Teixeira Tel: (017) 282-2629
SP	CRST – Itápolis / SMS – SP

	Coord: Iria Aparecida Martins Amaral Tel: (016) 3262-1511
SP	PST/CRST–Itaporanga/ SMS–SP Coord: Emília Rosa da Silva Tel: (015) 565-1511
SP	CRST – Itatinga / SMS – SP Coord: Jeferson Gordo Tel: (014) 6854-1292 R. 13
SP	PST – Jaboticabal / SMS – SP Coord: José Donizetti Thomazini Tel: (016) 3203-2800
SP	PST/CRST–Jaguariúna/SMS– SP Coord: Maria da Conceição de Oliveira Tel: (019) 3867-9812
SP	PST – Leme / SMS – SP Coord: Cristina P. Vianna Barreti Tel: (019) 571-1391
SP	UBS II – Lourdes / SMS Coord: Ana Paula T. da Silva Tel: (018) 699-1132
SP	PST – Louveira / SMS – SP Coord: Lúcio dos Reis Tel: (019) 3878-1260
SP	PST / CS – Mariápolis/SMS – SP Coord: Mauro Donizeti Bueno Tel: (018) 546-1234
SP	CRST– Marília/ SMS – SP Coord: Márcio Travagline Tel: (014) 421-6533
SP	PST – Mirandópolis / SMS – SP Coord: José Elias Name Borges Tel: (018) 3701-1611
SP	Cs – Mococa / SMS Coord: M ª Cecília do Amaral Tel: (019) 656-0444
SP	PST / CRST– Mogi-Guaçú / SMS – SP Coord: Antônio Carlos Miadaira Tel: (019) 3861-1259 R. 210
SP	PST/CRST Onda verde/SMS–SP Coord: Ana Claudia Grecco Tel: (017) 268-1186
SP	UBS – Palmares Paulista / SMS – SP Coord: Aparecida Elisabete L. Oliveira Tel: (017) 587-1164
SP	CRST – Pedreira / SMS – SP Coord: Vera Lúcia G. Teixeira Tel: (019) 3853- 2902
SP	PST – Pindorama / SMS – SP Coord: Roberto Ribeiro Gonçalves Tel: (017) 3752-1208
SP	CRST – Piracicaba / SMS – SP Coord: Rodolfo Andrade Vilela / Rua do Trabalho, 634 - 2ºandar / V. Independência - Cep: 13418-220 Tel: (19) 434-6337
SP	CS – Platina / SMS – SP

	Coord: Luisa Marilac Rusiska / Rua João de Souza Martins, 550 Centro - Cep: 19900-000 Tel: (18) 3354-1182/1105
SP	PST / CRST - Porto Feliz / SMS– SP / Coord: Roberto de Moraes / Rua Cônego Belote, 188 - Centro / Cep: 18540-000 Tel: (15) 262-3837/4903/261-2140 / E-mail: pmpsadm@zaz.com.br
SP	PST / CRST– Ribeirão Preto / SMS – SP / Coord: Rosângela Mandadori / Av. Presidente kennedy, 2634 – Lagoinha / Cep: 14095-200 / Tel: (16) 605-5031 / 5029 / E-mail: programa.saude@coderp.com.br
SP	PST /CS – Riolândia / SMS – SP Coord: Fabiana Regina Soares / Av. Treze, s/nº - Centro - Cep: 15495-000 / Tel: (17) 291-1678 / 1289
SP	PST – Santa Bárbara D' Oeste / SMS – SP / Coord: Antônio Carlos S. Maychak / Rua Prudente de Morais, 231/ Centro/ Cep: 13450-048 - TeL: (19)455-2000/ E-mail: saude@santabarbara.sp.gov.br
SP	PST / CRST – São Sebastião / SMS – SP / Coord: Ivan Santos Oliveira / Rua Prefeito Monsueto Pierott, 468 - Centro / Cep: 11600-000 - Tel: (12) 452-5014 / E-mail: saudesaosebastiao@bol.com.br
SP	PST / CRST – São Vicente / SMS – SP / Coord: José Roberto Rodrigues de Lima / Tel: (13) 3467-7020 / Rua Martin Afonso, 214 - Centro / Cep: 11390-000
SP	CRST – Serrana / SMS – SP Coord: Jaime Augusto Gimenes / Rua Dr. Tancredo de Almeida Neves, 95 / Jd. Bela Vista - Cep: 14150-000 - Tel: (14) 3987-7070 3987-7060 / E-mail: dtsaude@serrana.sp.gov.br
SP	CS – Planalto - Vinhedo / SMS – SP-Coord: Maria Isabel Carvalho Tel: (19) 3876-1841/ Rua Brasília, 273 - Jd. Planalto - Cep: 13280-000 / E-mail: saude@vin.desktop.com.br
SP	CS – Sertãozinho / SMS – SP Coord: Adão Ferreira de Freitas / Rua Pedro Bighetti, 910 / São João - Cep: 14170-370 Tel: (16) 645-2506/ 647-6191/ 645-0475
SP	PST/CRST – Tanabi / SMS – SP Coord: Pedro Ernesto Sanches Tel: (017) 272-1306
SP	ST – Taubaté / SMS – SP Coord: Márcia Antônia F. Dos Santos / Lgo. Santa Luzia, 25 - Cep: 12010-510 / E-mail: dirxxiv@ig.com.br Tel: (12) 233-4225 / 233-2719
SP	Hosp. Irmandade de Misericórdia Terra Roxa/ SMS – SP Coord: José Eduardo Hrastel / Rua Fernando Costa, 2 / Centro - Cep: 14745-000 Tel: (17) 3395-1955
SP	CS – Tremembé / SMS – SP Coord: Fernando Nogueiro de M. Rangel / Pça. Da República, 361- Centro - Cep: 12120-000 / Tel: (12) 272-4137/ 272-3411/ R. 213
SP	PST/CRST– Valinhos /SMS –SP Coord: Marisa Aparecida Costa / Av. dos Esportes,335 - Centro / Cep: 13270-000 / Tel: (19) 3869-2200
MG	CERSAT - Distrito Sanitário -MG - Barreiro Resp. Dra. Cristina Furquim R. Pinheiro Chagas, 125 - CEP: 30640-100 FAX: (31) 3277-9111 Barreiro de Baixo
MG	Serviço de Saúde do Trabalhador -Distrito Sanitário Noroeste- MG Resp: Dr. ª Cláudia Albinatti R.Padre Eustáquio, 1951 (PAM Padre Eustáqui) CEP: 30720-100 Tel: (31) 3411-3550
MG	SMS - Betim Serv. Saúde do Trab. – MG Coord. Está sem coordenação (Secretária Neuza) Av. Amazonas, 1405 – Centro CEP: 32560-000 Tel: (31) 35313799 FAX : (31) 3532-1430
MG	SMS - CERST - Contagem –MG Coord. Dr. Túlio Zulatto Neto (telefone do SINMED/MG: 3241-2811) AV. José Faria da Rocha, 5778 Bairro: JK CEP: 32310-210

	Tel: (31) 3352-5674 FAX: (31) 3395-4677
MG	SMS - Ipatinga – MG Coord. Dr. ª Beatriz Morelli R. Joaquim Nabuco, s/n – Cidade Nobre - CEP: 35162-379 Tel: (31) 3829-8581/Cel. (31) 9966-8200 / FAX: (31) 38298557/8539
MG	SMS/ISAT – Juiz de Fora Coord. Dr. ª Meire Cristina F. Vieira – MG R. Marechal Deodoro,496/108 Centro – CEP: 36013-001 Tel: (32) 3690-7466/FAX: (32) 3690-7549 e-mail: isatsus@hotmail.com
MG	SMS / CST Montes Claros – MG Coord. Dr. Élder Vinícios Ribeiro Chaves R. Domingos Portugues, 166, Centro – CEP: 39400-000 Tel: (38) 3222-3529 FAX: (38) 3229-3117/3223-4933 / E-mail: eldervrg@net.em.com.br
MG	SMS – Varginha –MG Coord. Dr. Eduardo Carvalho Av. Major Venâncio,100, Centro CEP: 37002-500 Tel: (35) 3690-2021/FAX: (35) 3690-2207 e-mail: smsvarginha@.bol.br
MG	SMS – São Lourenço- MG Coord. Dr. Otávio Correia Bonfim Av. Damião Junqueira de Souza, 343, Nossa Senhora de Fátima CEP: 37470-000 Tel: (35) 3349-8339/3332-2001/ (35) 3332-2001 FAX: (35) 3332-2001
MG	SMS – Coord. Vig. Sanitária – Uberlândia – MG Coord. Dr. José Eduardo Ortiz R. Vital José Carejo, 211, Lidice – CEP: 38405-078 Tel: (34) 3239-2923/3235 3829/3214 –1600 R. 241/ FAX: (34) 9971-1608
MG	SMS – Patos de Minas – Sec. Vig. Sanitária Resp. Dr. ª Maria Salete M. V. Rodrigues R. Barão do Rio Branco,1.811, Centro – CEP: 38700-000 FAX: (34) 3822-9619
MG	SMS – Viçosa – MG Resp. Dr. Bustamante R. Horta, 93, Centro – CEP: 36570-000 /Tel: (31) 3891-3666 R. 261/262
MG	SMS – Lavras – MG Resp. Dr. Ranieri Spuri Av. Pedro Sales, 27, Centro – CEP: 37200-000 / Tel: (35) 3694-4102/4084 / FAX: (35) 3694-4091
MG	CERSAT – Barbacena – Univ. - - Presidente Antônio Carlos - MG Resp. Tassiana Maria Vieira R. José Francisco Paes, 320, Centro – CEP: 36200-000 Tel: (32) 3322-3314
MG	SMS / Diretoria de Ass. à Saúde Resp. Dr. ª Marília Av. Getúlio Vargas, 268, Centro CEP: 35500-024 Tel: (37) 3222-2094
MG	SMS – Congonhas Resp. Luiz Carlos Cordeiro Praça Olímpica, 21, Praia

	CEP: 36415-000 Tel: (31) 3731-1950 / E-mail: saudecongonhas@conett.com.br
MG	SMS – Caetanópolis – MG Contato: Silvânia Ramos de Araújo R. Coronel José Jorge Mascarenha, 59, Centro – CEP: 35770-000/Tel: (31) 3714-6630
MG	Faculdade de Medicina de Uberaba / Coord. de Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador / Ambulatório de Doenças Ocupacionais F.M.T.M. Tel: (34) 3312-7722 R. 1222 (Dpt° Med. Social da Univ. de Uberaba) Rama: 1474 (Coordenadoria de Extensão) Fax: 3312-1487
MG	Superintendência de Saúde do Servidor / SERHA - MG Av. Augusto de Lima
MG	Ambulatório de Doenças Ocupacionais da Universidade Federal de Uberlândia- MG Resp. Drásio Amado Júnior R. Ceará, 1100, bloco 1G/AL, sala 42 Umuarama – Uberlândia CEP: 38402-018
MG	Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas-UFMG Alameda Álvaro Celso, 55/2° andar – Santa Efigênia CEP: 30150-260 e-mail: sastns@hc.ufmg.br Tel: (31) 3248-9564 Coord. Dr. ª Andréia Maria da Silveira
MG	Diretoria de Saúde e Segurança no Trabalho. (SETASCAD) - MG R. Martim de Carvalho, 94/12° andar – Santa Agustinha CEP: 30190-090 Tel: (31) 3337-7877/3292-2000 (R.2189) Hilma Ines Alves / E-mail: saude.setascad@mg.gov.br
MG	Diretoria de Saúde e Segurança no Trabalho. (SETASCAD) R. Martim de Carvalho, 94/12° andar – Santa Agustinha CEP: 30190-090 Tel: (31) 3337-7877/3292-2000 (R.2189) Hilma Ines Alves / E-mail: saude.setascad@mg.gov.br
MG	Ass. de Planejamento Municipal de Saúde. Av. Quinta Radial / Qd.:216-A / Lt.:05 (Setor Pedra Luduvica) Cep.: 74823-030 / Coord. Marta Maria Alves

Obs: Os campos marcados de amarelo correspondem a repetições ou a instanciais fora do escopo do projeto.

RELAÇÃO DA REGIÃO SUL

PR	Sueli Preidum de Almeida Coutinho Área de Abrangência Macro Regional de Saúde Metropolitana Rua engenheiro Rebouças, 1707 Rebouças - Curitiba - PR / Cep: 80230-040
	Dir. do Centro de Epidemiologia / SES / PR Dra. Maria Angélica Cerveira Curitiba – PR / Rua Engenheiro Rebouças, 1.707 - Capanema 1ºandar / Cep: 80230-040 / Tel: (41) 333-3434 – 224092
	Dr. Cristina R. de Araujo Coord.- CEMAST/SES-PR Rebouças - Curitiba -PR CEMAST - Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador
	Secretaria Municipal de Saúde - Londrina – PR Dra. Mara (ver endereço)
SC	Coord. da Saúde do Trabalhador / SES Florianópolis – SC Dra. Maria Aparecida Pirez Rua Esteves Júnior, 160 / 12º andar - Centro – SC / Cep: 88015-530
RS	Coord. do Centro de Atenção em Saúde do Trabalhador- SES Porto Alegre – RG Dra. Maria Juliana Corrêa Rua Ramiro Barcelo, 2.600 / 4º andar - 413 / Santana / Cep: 90035-003
	Coord. Clarissa Gleich Av. Borges de Medeiros, 1501 / 3º andar- Sl. 3 (Porto Alegre) Rio Grande do Sul / Bairro: Praia de Belas – Cep.: 90119-900
SC	Diret. de Ass. Ambulatoriais / SES Dr. Hélio Levino da Silva Florianópolis – SC / Rua Esteves Junior, 22 Ed. Ralley 12ºandar - Centro / Cep: 88015-530 / Tel: (48) 221-4178 - 221-2122
	Serviço de Saúde do Trabalhador Dra. Terezinha Nunes Joinville – SC / Rua Itajai, 51 Centro / cep: 89201-090 / Tel: (47) 431-4604 - 431-4613 E-mail: saudetrab.jai@bol.com.br

Obs: Os três endereços são do mesmo lugar CEMAST

RELAÇÃO DA REGIÃO CENTRO-OESTE

DF	Dep. de Saúde do Trabalhador/SES Dr. João Cavalcante EQS 712 /912 Asa Sul - Brasília – DF/ Cep: 70390-125 / Tel: (61) 346-5770 - 347-6405
MS	Núcleo de Saúde do Trabalhador / DSVS / SES – Campo Grande – MS / Parques dos Poderes - BL.07 / Cep: 79031- 902
MT	Coord. de Vigilância Sanitária e Epidemiológica/SES Dr. Euze Marcio Cuiabá – MT/ Centro Político Administrativo 3ºBL. 2ºpiso Cep: 78050-970 / Tel: (65)313-2181 / 313-2960 / 644-2297
GO	Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador / SES Dra. Marivalda Marinho de Souza Av. Anhangüera, 5.195 - Setor Coimbra / Goiânia – GO / Cep: 74043-011- Tel: (62) 291-4832 / 291-5020 / 291-5326

	Assessoria de Planejamento - Dra. Marta Maria Alves da Silva Secret. Municipal de Saúde - Goiânia - GO Av. Quinta Radial Quadra 216 A - Lote 5 - Setor Pedro Ludovico CEP 74823-030 Fax(062) 524-1523/1524
TO	Saúde do Trabalhador / CVS / SESAU Dra.Verônica Lira Gonçalves Esplanada das Secretarias Praça dos Girassóis S/N - Centro Palmas - TO CEP: 77.085-050 Tel.: (63) 218-1790 E-mail: matinfan@saude.to.gov.br Contato : Alessandra (98) 221-5500

ANEXO 3 - RELAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS E ENVIADOS AO PROJETO

1	Responsável: Romeu Gama Núcleo de Saúde do Trabalhador / DSVS / SES – Campo Grande – MS / Parques dos Poderes - BL.07 / Cep: 79031- 902	Confirmado (Banco 11)	Já digitado no banco de dados
2	CEMAST- Paraná Responsável: Sueli Preidum	Confirmado (Banco 14)	Já digitado no banco de dados
3	PST – Jundiaí – SP Faculdade de Medicina de Jundiaí Coord. José Luis Franceschinelli	Confirmado (Banco 15)	Já digitado no banco de dados
4	PST Diadema – Secr. Municipal de Saúde Coord. Dacio de Lira Rabelo Diadema – SP / Rua do Tanque, 129 - PQ. Real / Cep: 09911-160 Tel: (11) 4056-6020 - 4057-7903 - 4043-5316	Confirmado (Banco 16)	Já digitado no banco de dados
5	Dr. Cristina R. de Araujo Coord.- CEMAST/SES-PR Rebouças - Curitiba -PR	Confirmado (Banco17)	Já digitado no banco de dados
6	CEREST – SP Coord. Mª Maeno Settime Rua Conselheiro Crispiniano, 20 8ºandar / Tel: (11) 259-9075 - 231-5390 - 259-2202 / E-mail: cerestsp@ig.com.br	Confirmado (Banco 18)	Já digitado no banco de dados
7	CRST – Piracicaba / SMS – SP Coord: Rodolfo Andrade Vilela / Rua do Trabalho, 634 - 2ºandar / V. Independência - Cep: 13418-220 Tel: (19) 434-6337	Confirmado (Banco 19)	Já digitado no banco de dados
8	VISAT – Mauá – SP Coord. Paulo Roberto Bolognesi Assis – Mauá / Av. Assis Brasil, 625 VI.Assis / Cep: 09370-670 / Tel: (11) 4555-2444 - 4513-2700 - 4513-2441	Confirmado (Banco 20)	Já digitado no banco de dados
9	CRESAT – Cubatão – SP Sec. Munic. de Saúde e Desenvolvimento Pedro Tosta de Sá / Rua Dom Pedro I, 104 / Cep: 11520-030 Tel: (13) 3362-6425 - 3362-6425	Confirmado (Banco 21)	Já digitado no banco de dados
10	CRST – Campinas Coord. Vera Salerno R. Faria Lima, 680, Pq. Itália CEP: 18036-220 Campinas – SP / Tel: (19) 3272-8025 - 3272-1292	Confirmado (Banco 22)	Já digitado no banco de dados
11	DIR XIV São José do Rio Preto –SP Coord. Mara Lúcia Pelissoni / Rua General Glicério, 3.330 - Cep: 15015-400 / Tel: (17) 232-0388 - 233-2716	Confirmado (Banco 23)	Já digitado no banco de dados
12	PST – Teresópolis – RJ Sec. Municipal de Saúde Resp. Ednéia Martuchelli	Confirmado (Banco 24)	Já digitado no banco de dados
13	Derefim - Indaiatuba– SP	Confirmado (Banco 25)	Já digitado no banco de dados
14	Coordenação de Saúde do Trabalhador - Londrina	Confirmado (Banco 26)	Já digitado no banco de dados
15	CRST - Freguesia do Ó Coord. Yamara Bragatto Av. Itaberaba, 1.218 - SP / Cep: 02734-000 / TeL: (11) 3976-3474 - 3975-0707 - 3975-0974 / E-mail: crstfo@.com.br	Confirmado (Banco 27)	Já digitado no banco de dados
	CRST- Lapa Responsável: Carlos Eduardo Bellinati		Já digitado no banco de dados

16	Rua Cotoxó, 664, São Paulo- CEP: 05021-000/Tel: (11)3865-2213/2077/3862-8017 / e-mail: ednabelli@ig.com.br	Confirmado (Banco 28)	
17	PST – Amparo / SES – SP Coord: Eduardo Carneiro dos Santos R. Rui Barbosa, 235-Centro-Amparo-SP Cep: 13900-000 Tel: (019) 3807-4586/3807-4566/3808-1223	Confirmado (Banco 29)	Já digitado no banco de dados
18	Equipe de Saúde do Trabalhador – NUS / Sec. Social de Desenv. Social Responsável: Flávia Damasceno Rua Almirante Barroso, 600 Bairro Iracema- Fortaleza - CE CEP: 60.060-440 Tel.: (85) 488-2142 / 277-3516 E-mail: mflavia@saude.ce.gov.br	Confirmado (Banco 30)	Já digitado no banco de dados
19	PST– Miguel Calmon/SMS – BA Resp: Antônio Edson Leal Tel: (74) 627-2121-R. 38 / Rua Serafim Barreto, s/nº - Miquel Calmon-BA - Cep: 44720-000	Confirmado (Banco31)	Já digitado no banco de dados
20	CRST – Santo André – SP Coord. Nanci Yasuda R. Dona Laura, 654 / CEP: 09040-250 Tel: (11) 4990-5256 R. 227 e 229 Fax: (11) 4990-5256 R: 216 e-mail: nyasuda@santoandre.sp.gov.br	Confirmado (Banco 32)	Já digitado no banco de dados
21	PST – Ourinhos – SP Sec. Municipal de Saúde/ Serviço de Vigilância Sanitária Resp.: Maria Alice Mei	Confirmado (Banco 33)	Já digitado no banco de dados
22	PST / CRST – São Vicente / SMS – SP / Departamento de Fiscalização Sanitária e Epidemiológica Resp.: Maria Antônia S. Barbosa Tel: (13) 3467-7020 / Rua Martin Afonso, 214 - Centro / Cep: 11390-000	Confirmado (Banco 34)	Já digitado no banco de dados
23	Divisão de Saúde do Trabalhador / SES / Departamento de Atenção ‘a Saúde/ Belém Resp.:Marco Aurélio Machado de Almeida Av. Conselheiro Furtado, 1597 Bairro Nazaré Belém / PA- CEP: 66.040-100 Tel: (91) 224-4011 R. 266 / 241-9355	Confirmado (Banco 35)	Já digitado no banco de dados
24	Gerência de Vigilância Sanitária-GEVIS/ SES- Rondônia Resp.: Walter Ferreira da Silva Rua Padre Ângelo Cerri s/nº Esplanada das Secretárias-Porto Velho- RO / CEP: 789000-000 Tel: (69) 216-5294/5299/ 229-6189.	Confirmado (Banco 36)	Já digitado no banco de dados
25	Coordenação de Saúde do Trabalhador / SES / MG Dr. Jandira Maciel da Silva Rua Tupinambá, 135 - 13º andar Centro- Belo Horizonte - MG CEP: 30.120-070 Tel.: (31) 3261-4809 / 3273-4717 E-mail:jand@uai.com.br	Confirmado (Banco38)	Já digitado no banco de dados
26	Centro de vigilância Epidemiológica Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente-DOMA Coord. Clarice Umbelino de Freitas - SP / Av. Dr. Arnaldo, 351/ 6ºandar / Cep: 012246-000 / Tel: (11) 3061-8769 / 3082-9359 / 30829395 - E-mail: dvdoma@saude.sp.gov.br Clarice Umbelino de Freitas São Paulo	Confirmado (Banco39)	Já digitado no banco de dados
27	Instituto Adolfo Lutz Serviço de Química Aplicada Paulo Tiglea / Tel: (11) 3068-2916 / E-mail: patiglea@ial.sp.gov.br Seção de Equipamentos Instituto Adolfo Lutz Alice Sakuna	Confirmado (Banco 40)	Já digitado no banco de dados

	Seção de Pesticidas / SP Tel: (11) 3068-2923 Seção de Peticidas Instituto Adolfo Lutz Tereza / Tel: (11)3068-2945 - 30853505 / Av. Dr. Arnaldo, 355 Sergueira Cézar – SP / Cep: 01246-902		
28	Programa de Saúde do trabalhador- PST – Niterói Resp.: Anacely S. Rodrigues Rua Amaral Peixoto, 171/3º andar Niterói-RJ / CEP: 24030-090	Confirmado (Banco 41)	Já digitado no banco de dados
29	Coordenação de Vigilância à Saúde- Jaguaquara Resp: Márcia Ribeiro Fonseca	Confirmado (Banco 42)	Já digitado no banco de dados
30	Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis- MG Resp: Leopoldo Greco R. Santos Av. Getúlio Vargas, 268, Centro Divinópolis- MG / CEP: 35500-024	Confirmado	Não possui serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador estruturado. Existe um projeto já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, mas ainda não há verba para sua execução.
31	Secretaria Municipal de Saúde- Viçosa – MG Resp: Júlio César de Abreu e-mail: pmvsaude@homenet.com.br	Confirmado	Não tem implantado o Programa de Saúde do Trabalhador. O principal motivo é a deficiência de recursos humanos e financeiros
32	Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas- MG Resp: Denise Maria da Fonseca Rua Barão do Rio Branco, 1811, Centro- Patos de Minas- MG CEP: 38700-000	Confirmado	O município de Patos de Minas se encontra em fase de reformulação da política em saúde pública, com implantação de equipes do Programa de Saúde e estruturação da área de vigilância à Saúde. Dentro das metas a serem alcançadas em 2002, se enquadram ações em Saúde do Trabalhador.
33	Coordenação de Saúde do Trabalhador- Belo Horizonte- MG Resp: Cristina Furquir	Confirmado (Banco 43)	Já digitado no banco de dados
34	Serviço de Saúde do Trabalhador- Joinville Resp: Otavilson Rodriguez	Confirmado (Banco 44)	Já digitado no banco de dados
35	Programa Municipal de Saúde do Trabalhador – Volta Redonda Resp: Marcelo Moreno	Confirmado (Banco 45)	Já digitado no banco de dados
36	Centro de Referência Especializada em Saúde Ocupacional – São José dos Campos Resp: Reiko Henrietta	Confirmado (Banco 46)	Já digitado no banco de dados
37	Programa de Saúde do Trabalhador Fatima Sueli Neto Ribeiro Rio de Janeiro	Confirmado (Banco 47)	Já digitado no banco de dados
38	Programa de Saúde do Trabalhador de Leme Cristina Paggiaro Vianna Barreti Leme - SP	Confirmado (Banco 48)	Já digitado no banco de dados
39	Instituto de Saúde do Trabalhador – ISAT Meire Cristina da Fonseca Vieira Juiz de Fora - MG	Confirmado (Banco 49)	Já digitado no banco de dados
40	Serviço de Saúde do Trabalhador Flávio Salim Betim	Confirmado (Banco 51)	Já digitado no banco de dados
41	Paraiba Djanira Lucena	Confirmado	Quanto as ações em Saúde do Trabalhador na Paraíba, estamos desenvolvendo: 1. Capacitação em Saúde do Trabalhador para as equipes do PSF dos municípios da Paraíba; 2. Desenvolvendo ações de inspeção em ambientes de trabalho com articulação (Universidade, Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, Justiça do trabalho, DRTPB, sindicatos, e Vigilância Sanitária dos Municípios). Planejando até dezembro a implantação de um serviço especializado em Saúde do trabalhador.
42	Cerqueira César – SP		Não é possível abrir o questionário enviado
43	Seção de Atenção Especializada e Saúde do trabalhador – Ipatinga/MG	Confirmado (Banco 50)	Já digitado no banco de dados

	Resp: Beatriz Moreli		
44	Política de Atenção Integral à Saúde do trabalhador - Rio Grande do Sul Resp: Maria Juliana Moura Corrêa	Confirmado (Banco 53)	Já digitado no banco de dados
45	Programa de Saúde do Trabalhador – Barra Mansa Resp.: Adriana Kelly	Confirmado (Banco 52)	Já digitado no banco de dados
46	Assistência e Vigilância em Saúde do trabalhador – Petrópolis Resp: Hélio Sebastião	Confirmado (Banco 54)	Já digitado no banco de dados
47	Equipe Municipal de Saúde do Trabalhador – Bebedouro Resp: Ignácio Eduardo	Confirmado (Banco 55)	Já digitado no banco de dados
48	Serviço Especial de Saúde do Trabalhador- Ambulatório de Doenças Profissionais – MG Resp: Andréa Maria Silveira	Confirmado (Banco 56)	Já digitado no banco de dados
49	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- Araçatuba – SP Resp: Magno Amadei	Confirmado (Banco 58)	Já digitado no banco de dados
50	Programa de Saúde do trabalhador – RJ Resp: Fátima Cristina Rangel	Confirmado (Banco 57)	Já digitado no banco de dados
51	Programa de Saúde do Trabalhador – Valinhos Resp: Renato Sérgio Rodrigues	Confirmado (Banco 59)	Já digitado no banco de dados
52	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro São Paulo/Santo Amaro Resp: Anna Valéria Ayres Camurça Pradal	Confirmado (Banco 60)	Já digitado no banco de dados
53	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador Bahia Resp: Leticia Coelho da Costa Nobre	Confirmado (Banco 61)	Já digitado no banco de dados
54	Centro de Saúde- Vig. Sanitária- Programa Saúde do Trabalhador São Paulo/Iracemápolis Resp: Eliana Aparecida Fazanaro	Confirmado (Banco 63)	Já digitado no banco de dados
55	Casa Maternal e da Infância São Paulo/Santa Maria da Serra Resp:Eduardo Figueiredo de Moraes Rego	Confirmado (Banco 64)	Já digitado no banco de dados
56	Programa de Saúde do Trabalhador do Município de São Pedro São Paulo/São Pedro Resp: Cláudio Castro Simões	Confirmado (Banco 65)	Já digitado no banco de dados
57	Secretaria de Saúde de Rio das Pedras São Paulo/Rio das Pedras Resp: Sandra Regina Pereira Moreno	Confirmado (Banco 66)	Já digitado no banco de dados
58	Divisão de Vigilância Sanitária São Paulo/Araras Resp: Elisabeth Malavasi	Confirmado (Banco 67)	Já digitado no banco de dados
59	Programa Saúde do Trabalhador-USAT Bahia/Camaçari Resp: Carmelita Bispo Santos	Confirmado (Banco 68)	Já digitado no banco de dados
60	Programa Saúde do Trabalhador São Paulo/Cordeirópolis Resp: Dr. Victor Alexandre Rezende de Campos	Confirmado (Banco 69)	Já digitado no banco de dados
61	Programa Saúde do Trabalhador – Leme São Paulo/Leme Resp: Cristina P. Vianna Barreto	Confirmado (Banco 70)	Já digitado no banco de dados
62	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo Espírito Santo/Vitória Resp: Denise Rozindo Bourguignon	Confirmado (Banco 71)	Já digitado no banco de dados
63	Programa de Saúde do Trabalhador Duque de Caxias - RJ Resp: Maria Célia de Figueredo	Confirmado (Banco 72)	Já digitado no banco de dados
64	Vigilância em Saúde do Trabalhador Queimados - RJ Resp: Wanderson Beiral Alves	Confirmado (Banco 73)	Já digitado no banco de dados

Obs: Os campos amarelos indicam as respostas não consideradas na análise apresentada neste relatório.