**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**
**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**
**Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública baseada em Evidências**

**Dissertação**

# A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE ALEGRETE-RS: UMA ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS

**Paula Lamb Quilião**

Pelotas, 2009

# Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

PAULA LAMB QUILIÃO

**A SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE ALEGRETE-RS:**
UMA ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública baseada em Evidências (Mestrado Profissional).

**Orientadora**
**Anaclaudia Gastal Fassa**

**Co-orientadora**
**María Clara Restrepo Méndez**

Pelotas, 2009

Q6e Quilião, Paula Lamb

A saúde do trabalhador no município de Alegrete – RS: uma análise de dados secundários / Paula Lamb Quilião; orientadora Anaclaudia Gastal Fassa. – Pelotas : UFPel, 2009.
107 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pelotas ; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2009.

1. Epidemiologia 2. Saúde ocupacional I. Título.

CDD 614.4

Ficha catalográfica: M. Fátima S. Maia CRB 10/1347

**Banca Examinadora:**

Prof[a]. Dr[a]. Anaclaudia Gastal Fassa (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini
Universidade Federal de Pelotas

Dr[a]. Maria da Graça Luderitz Hoefel
Ministério da Saúde

*“Nada mais concreto do que a inserção do homem no sistema produtivo, onde a saúde garante ao homem a disponibilidade do uso da força de trabalho. A doença representa uma ruptura nesta lógica.”*

Victor Wünsch Filho

## Agradecimentos

A Deus, que conhece a minha alma, guia os meus passos e sossega o meu coração. “O coração do homem pode fazer planos, mas a resposta certa dos lábios vem do Senhor” (Provérbios, 16-1).

Ao meu novo amor, meu filho que vem crescendo em meu ventre, me proporcionando a alegria de ser mãe.

Ao meu amor, Nilton Luís, companheiro para todas as horas. Me incentiva sempre a crescer. “Você é a escada da minha subida; você é o amor da minha vida”.

À minha família, pai, mãe, irmãs, sobrinhos, sogro e sogra. Sabem o quanto eu sou abençoada de ter vocês por perto.

Aos meus amigos, verdadeiros, do peito, fazem a vida ser mais colorida.

A Profª. Anaclaudia, pela paciência, ensinamentos que me motivam a seguir a docência, se Deus me permitir.

A Maria Clara, uma pessoa iluminada, aquelas que de cara já sorrimos e guardamos no peito. Espero que a distância não nos deixe esquecer.

Aos meus colegas, principalmente a Fabiana, que viveram esta experiência maravilhosa comigo.

A todo pessoal do Centro de Pesquisas, professores que nos acompanharam. Fico honrada de ter sido aluna deste centro de excelência em epidemiologia.

Aos que apoiaram e forneceram as ferramentas para construção desta dissertação: Secretaria Municipal de Saúde, 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEREST Estadual), outros Centros Regionais (principalmente Santa Cruz do Sul e Santa Maria), Conselho Municipal de Saúde, Agência da Previdência Social de Alegrete. A colaboração de vocês, disponibilidade mostraram o interesse em comum para a completa implantação do CEREST-Oeste.

## Apresentação

Esta Dissertação de Mestrado, conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, composta pelas seguintes seções:

**I - Projeto de pesquisa:** foi entregue em dezembro de 2008 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas em março de 2009. Contou com a avaliação do Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini e a Prof$^{a}$. Dr$^{a}$. Marinel Mór Dall'agnol. A versão apresentada neste volume já contém as modificações sugeridas pelos avaliadores do projeto.

**II – Artigo com os principais resultados da pesquisa:** intitulado "Processo de implantação de um CEREST Regional no Rio Grande do Sul", o qual será encaminhado para o periódico "Cadernos de Saúde Pública", mediante aprovação da banca e incorporação das sugestões.

**III – Projeto de Habilitação do CEREST-Oeste:** este projeto faz parte dos documentos necessários para habilitação e cadastramento dos CERESTs, de acordo com a Portaria nº 324 de 12 de maio de 2006 (Anexo da Portaria nº 2437/05). É um documento padronizado que solicita informações sobre o município sede do CEREST e sua abrangência. Os resultados da dissertação serviram de base para elaboração do Projeto de Habilitação.

**IV – Nota à imprensa:** texto contendo os resultados principais do estudo a ser enviado para divulgação na imprensa.

**Sumário**

**PROJETO DE PESQUISA**.....1
1 Caracterização do Problema e Justificativa.....5
1.1 Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: potencialidades e dificuldades .....7
1.2 Informação em Saúde do Trabalhador: contribuições para a ação .....9
1.3 A Saúde do trabalhador em Alegrete .....11
2 Objetivos .....13
2.1 Objetivo Geral .....13
2.2 Objetivos Específicos .....13
3 Métodos e Estratégias de Ação.....15
3.1 Avaliação da implantação do CEREST – Alegrete .....15
3.1.1 Delineamento .....15
3.1.2 Instrumentos.....15
3.1.3 Principais variáveis a serem coletadas.....15
3.1.4 Análise dos dados .....16
3.2 Caracterização da PEA de Alegrete .....16
3.2.1 Delineamento .....16
3.2.2 População-alvo.....16
3.2.3 Fontes de informações .....16
3.2.4 Principais variáveis a serem coletadas.....16
3.2.5 Análise dos dados .....17
3.3 Caracterização dos serviços privados de Saúde Ocupacional.....17
3.3.1 Delineamento .....17
3.3.2 População-alvo.....17
3.3.3 Fontes de informações .....17
3.3.4 Principais variáveis a serem coletadas.....17
3.3.5 Análise dos dados .....18
3.4 Análise de Benefícios concedidos pelo INSS em 2007 .....18
3.4.1 Delineamento .....18
3.4.2 População-alvo.....18
3.4.3 Fontes de informações .....18
3.4.4 Principais variáveis a serem coletadas.....18
3.4.5 Análise dos dados .....18
3.5 Análise dos RINAs coletadas de julho de 2008 a junho de 2009 .....19

3.5.1 Delineamento ..... 19
3.5.2 População-alvo ..... 19
3.5.3 Fontes de informações ..... 19
3.5.4 Principais variáveis a serem coletadas ..... 19
3.5.5 Análise dos dados ..... 19

4 Resultados e Impactos Esperados ..... 20

5 Riscos e Dificuldades ..... 21

6 Cronograma ..... 22

7 Aspectos Éticos ..... 23

8 Orçamento ..... 24

Referências Bibliográficas ..... 25

APÊNDICES ..... 28
Apêndice 1 ..... 29
Apêndice 2 ..... 30
Apêndice 3 ..... 32

**ARTIGO COM OS PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA** ..... 33
RESUMO ..... 36
ABSTRACT ..... 37
Introdução ..... 38
Metodologia: articulando diferentes bases de dados para apoiar a implantação do CEREST ..... 39
Resultados ..... 41
Discussão ..... 45
Conclusão ..... 48
COLABORADORES ..... 50
AGRADECIMENTOS ..... 50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 50
LISTA DE FIGURAS ..... 53

**PROJETO DE HABILITAÇÃO DO CEREST-OESTE** ..... 58
1 Informações Gerais ..... 59

2 Municípios favorecidos com a habilitação do CEREST ..... 60

3 Estrutura Física – Instalações .....60
3.1 Características do Imóvel .....60
3.2 Condições da mobília .....60
3.3 Equipamentos específicos do serviço .....61
4 Recursos diagnósticos / exames complementares .....62
5 Recursos Humanos .....64
6 Processos de Trabalho .....65
6.1 Ações assistenciais individuais, como atendimento, acolhimento do usuário, consultas, exames e orientações .....65
6.2 Informação, comunicação e educação popular em saúde .....65
6.3 Educação e capacitação contínua para profissionais do SUS .....66
6.4 Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador .....66
6.5 Parcerias e articulações inter-institucionais (MTE, MPS, universidades, entre outros) .....67
6.6 Organização da rede local de assistência .....68
6.7 Regulação da assistência .....68
6.8 Cooperação técnica e de supervisão das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços do SUS .....69
6.9 Acompanhamento da implantação e suporte técnico das ações de saúde do trabalhador nos níveis de atenção básica, especializado, e hospitalar .....69
7 O CEREST deverá demonstrar a existência de métodos para implantar uma base de dados disponível e atualizada no mínimo com os seguintes componentes, conforme sua área de abrangência .....70
7.1 Riscos no trabalho .....70
7.2 Mapa de Doenças e Acidentes de Trabalho .....71
7.3 Indicadores Sociais, Econômicos, de Desenvolvimento, Força de Trabalho e IDH .....71
7.4 Perfil Populacional e da População Econômica Ativa .....72
7.5 Perfil de morbi-mortalidade ocupacional da região .....74
7.6 Informações sobre benefícios previdenciários concedidos .....75
7.7 Capacidade Instalada do SUS .....76
7.8 Situação da PPI da região .....77

7.9 Estrutura Regional do INSS e da Delegacia Regional do Trabalho .....79
7.10 Informações ambientais e do âmbito rural.....80
7.11 Informações dos Parceiros Estratégicos e dos Centros Colaboradores que podem atuar na área .....82

**NOTA PARA IMPRENSA** .....84

**ANEXOS** .....87
ANEXO A .....88

# PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**

**Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública baseada em Evidências**

# Projeto de Dissertação:
# A Saúde do Trabalhador no Município de Alegrete-RS:
# Uma Análise de Dados Secundários

**Paula Lamb Quilião**

Pelotas, 2008

## Lista de Abreviaturas e Siglas

Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST ou CEREST
Classificação Brasileira de Ocupações - CBO
Classificação Internacional de Doenças - CID
Código Nacional da Atividade Econômica – CNAE
Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST
Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT
Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST
Coordenadoria Regional de Saúde - CRS
Coordenadoria da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – CPAIST
Central Única dos Trabalhadores - CUT
Distúrbio Osteomuscular Relacionada ao Trabalho - DORT
Empresa de Processamento de Dados da Previdência - DATAPREV
Ficha Individual de Suspeita - FIS
Fundação de Economia e Estatística - FEE
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Instituto Nacional do Seguro Social – INSS
Lesão por Esforço Repetitivo - LER
Ministério da Previdência Social - MPS
Ministério da Saúde - MS
Ministério do Trabalho e Emprego - MTE
Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST
Nexo Técnico Previdenciário - NTP
Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP
Organização Internacional do Trabalho - OIT
Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST

População Economicamente Ativa - PEA

Produto Interno Bruto - PIB

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST

Relatório Individual de Notificação de Agravos - RINA

Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências - RINAV

Saúde do Trabalhador - ST

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

Secretaria Estadual de Saúde – SES

Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador - SIST

Sistema Único de Saúde – SUS

Universidade Federal de Pelotas - UFPel

## 1 Caracterização do Problema e Justificativa

A OIT (Organização Internacional do Trabalho) estima que anualmente ocorram no mundo 270 milhões de acidentes e 160 milhões de doenças relacionadas ao trabalho. Gerando um custo econômico equivalente a 4% do PIB, cerca de 20 vezes superior aos recursos destinados por fontes oficiais da OIT em programas de prevenção e segurança do trabalho (OIT, 2005). As mortes decorrentes de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho totalizam 2,2 milhões, uma morte para cada grupo de 1289 trabalhadores.

No ano de 2006 foram registrados no Brasil 512.232 acidentes de trabalho, entretanto, o Ministério da Previdência Social calcula que esse número chegue a 1,5 milhão/ano considerando todas as ocorrências que deveriam ser cadastradas e não são (BRASIL/MPAS, 2003; CUT, 2004; OIT, 2005). Entre os acidentes ocorridos 414.785 eram acidentes de trabalho típicos, 78.564 eram acidentes de trajeto e 20.786 eram doenças do trabalho, destes 8.504 resultaram em incapacidade permanente e 2.804 resultaram em óbito colocando o Brasil em quarto lugar em relação ao número de mortes no trabalho (BRASIL/MPS, 2008).

Do final da década de 70 até o ano 2000 houve uma diminuição do registro de acidentes de trabalho que pode estar relacionada às modificações ocorridas no mundo do trabalho com o aumento tecnológico da área industrial que implicou numa redução da força de trabalho neste ramo produtivo, aumento do desemprego e ampliação da força de trabalho inserida no setor terciário, bem como às mudanças realizadas na legislação dos benefícios do INSS que estimularam a subnotificação dos acidentes. A partir de 2002 o registro de acidentes de trabalho voltou a aumentar embora os acidentes fatais de trabalho apresentem uma redução de 16,5% entre 2000 e 2003 (SANTANA, NOBRE, WALDVOGEL, 2005; INSS, 2008). Em relação às doenças do trabalho, entre 1980 e 2000 o registro aumentou mais de 18 vezes, principalmente as custas do reconhecimento de LER/DORT como doença

ocupacional. Porém, estima-se que o sub-registro em diversas áreas do país atinge valores acima de 70% para acidentes fatais e 90% para não-fatais. Santana et al. (2006) A situação do subregistro em relação às doenças ocupacionais é ainda mais grave. Deste modo, as estatísticas disponíveis e suas respectivas tendências devem ser avaliadas com cautela.

Os acidentes e as doenças do trabalho afetam principalmente adultos jovens e economicamente ativos, assim trazem prejuízos não só para o trabalhador, como também para seus dependentes. Além disso, este tipo de morbidade tem importante impacto na sociedade, afetando a economia com aumento do custo da produção e onerando o Estado pela atenção à saúde (WÜNSCH FILHO, 2004). Apesar do enorme sub-registro, as estatísticas indicam que a saúde do trabalhador é um problema de saúde pública no Brasil.

A institucionalização e o fortalecimento da saúde do trabalhador no âmbito do SUS ocorreram em 2002 com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A RENAST é composta por 169 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e por uma rede de 500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL/MS, 2008). A rede regionalizada dos CERESTs é o eixo integrador da RENAST (BRASIL/RENAST, 2006), entretanto, os níveis de implantação dos CERESTs são bastante variáveis e grande parte deles não conta com um plano de ação desenvolvido a partir de uma base epidemiológica.

Alegrete está entre os 30 municípios gaúchos que possuem maior gasto com benefícios concedidos pela Previdência Social (INSS, 2007). É sétimo no RS em incidência de acidentes graves ou fatais e o maior em número de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) de acidentes graves ou fatais entre trabalhadores rurais do RS (Oliveira, 2008). A implantação do CEREST foi iniciada em 2000 e já deveria estar em funcionamento desde 2004, mas até o momento não foi inaugurado. Visando contribuir para a efetiva implantação do CEREST de Alegrete e para a adequação de seus serviços às necessidades da população, este estudo pretende avaliar seu nível de implantação identificando as dificuldades encontradas

e caracterizar a população-alvo e seus principais agravos relacionados com o trabalho.

## 1.1 Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: potencialidades e dificuldades

O movimento em prol da saúde do trabalhador no Brasil tem como marco o final dos anos 70, com ações em defesa do direito ao trabalho digno e saudável. Este movimento permitiu que a saúde do trabalhador fosse discutida e incorporada pela Constituição Federal de 1988. Com a regulamentação da Lei 8080/90, fica claramente definido em seu artigo 6º, que caberá ao SUS atuar na saúde do trabalhador, na assistência, vigilância e controle de agravos à saúde relacionados ao trabalho (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005). Com a publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) em 1998 houve a recomendação da criação de núcleos de referência nos municípios e estados. Estes núcleos de referência se inspiraram em experiências prévias realizadas principalmente em São Paulo como a do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte (MAENO, CARMO, 2005). Entretanto estes núcleos continuaram a trabalhar de forma fragmentada e a margem das políticas de saúde do SUS.

Assim em 2002, a partir de uma oportunidade política surgida no âmbito da Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, foi criada a RENAST que tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. Essa estratégia está sendo implementada através da rede regionalizada de CERESTs que desempenham o papel de suporte técnico e científico, de pólos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho no processo de produção social das doenças e, ainda, lócus de articulação inter e intra-setorial das ações de Saúde do Trabalhador no seu território de abrangência (BRASIL/RENAST, 2006).

As atividades dos CERESTs devem, necessariamente, estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e outros setores de governo que possuem interfaces com a Saúde do Trabalhador. Os mesmos devem orientar e fornecer retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada.

Este suporte deve se traduzir pela função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e formação de recursos humanos.

A RENAST se propõe a universalizar a atenção integral à saúde do trabalhador enfocando não somente os trabalhadores formais e sim todos os trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho. Está em fase de consolidação, com alguns centros em processo de implantação e outros funcionando parcialmente (BRASIL/MS/SAS, 2006).

Apesar dos grandes avanços muito ainda precisa ser feito para efetivamente realizar atenção integral à saúde do trabalhador. Entre as dificuldades a serem superadas identifica-se: a) a lógica do modelo da RENAST, centrado na atuação regionalizada dos CERESTs, que não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; b) a frágil articulação intra-setorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) a confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) a falta de clareza sobre como proceder a pactuação de assistência, vigilância e informação em saúde nas situações freqüentes em que as áreas de atuação dos CERESTs não coincidem com as Regionais de Saúde; e) o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e para definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; f) a fragilidade do controle social, que existe em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores no mercado de trabalho formal, que ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais; g) o desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; h) a precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância nas áreas de atuação da maior parte dos CERESTs, prejudicando a integralidade das ações; i) o caráter incipiente das ações intersetoriais (DIAS, HOEFEL, 2005).

## 1.2 Informação em Saúde do Trabalhador: contribuições para a ação

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores caracteriza-se pela coexistência de doenças profissionais, de doenças relacionadas ao trabalho e, doenças comuns ao conjunto da população (BRASIL/GI, 2004). Já o acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral que acarreta dano à saúde, provocando redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Abrange o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa, assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (BRASIL/MS/SAS, 2006).

No Brasil a principal fonte de informações sobre acidentes de trabalho é a CAT, emitida pela Previdência Social para fins de benefícios aos trabalhadores acidentados ou acometidos por doenças decorrentes do trabalho. Entretanto a sonegação da CAT é enraizada e demarcada por aspectos políticos, econômicos, jurídicos e sociais. A CAT sob o prisma do empregador funciona como confissão de culpa com conseqüências penais, cíveis, previdenciárias e trabalhistas (OLIVEIRA, 2005). Além da grande subnotificação, o registro é requerido aos trabalhadores formais com vínculo com a Previdência Social, cerca de um terço da população economicamente ativa (PEA), excluindo funcionários públicos, autônomos, pequenos comerciantes e grande parte dos trabalhadores rurais (BRASIL/GI, 2004).

O INSS, por intermédio dos médicos peritos, tem a incumbência de fazer o Nexo Técnico Previdenciário (NTP) diagnosticando se o problema de saúde é ocupacional e se há incapacidade (OLIVEIRA, 2005). Os benefícios por incapacidade são concedidos somente quando a doença relacionada ao trabalho acarreta incapacidade laborativa, ou redução da capacidade laborativa do segurado em relação à sua atividade profissional habitual, não bastando o diagnóstico de uma doença (INSS, 1991).

Para conseguir um benefício acidentário junto ao INSS, caso a empresa não emitisse CAT, o trabalhador, acidentado ou doente, tinha que provar que seu problema de saúde decorreu ou foi agravado pelo trabalho. A partir de 2006, com a instituição do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) o INSS passa a considerar para fins de concessão de benefício por incapacidade a componente epidemiológica, com uma visão coletivista. Assim, os acidentes e doenças de alto

risco para cada atividade econômica (CNAE) terão nexo epidemiológico presumido com o trabalho, levando a inversão do ônus da prova. Nestes casos, se a empresa considerar que o agravo não foi causado pelo trabalho, a empresa terá que provar isto. O NTEP tem resultado em um aumento expressivo dos registros, especialmente daqueles relativos às doenças ocupacionais. Entretanto, o NTEP não substitui a CAT e como o NTEP ainda está em fase de consolidação, a CAT, apesar das limitações, permite obter informações cruciais para a atenção à saúde do trabalhador.

Políticas e programas voltados para a saúde e segurança no trabalho, seja no âmbito da atenção individual, seja no campo da saúde pública, assentam-se no uso de informações (SANTANA; NOBRE, 2005). O Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) conforma uma grande contribuição para a redução significativa da subnotificação de acidentes e agravos de saúde no trabalho. A oferta de informação adequada sobre questões relativas ao trabalho e ocupação de forma que possam ter visibilidade nas análises da situação de saúde, significa aumentar as possibilidades de intervenção e as possibilidades de participação social e democratização de nossas práticas (FACCHINI *et al.*, 2005).

Com a implantação da RENAST tem se investido grande esforço para ampliar o SIST, tendo presente que a informação em Saúde do Trabalhador deve ser construída como parte do Sistema Nacional de Informação em Saúde e respeitando as diretrizes desta política. No âmbito da RENAST, até o momento, o SIST avançou na definição da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, na criação da biblioteca virtual em saúde do trabalhador e do observatório de saúde do trabalhador com a disponibilização de informações epidemiológicas e de gestão através da Internet e na instituição da concepção do nexo epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Entretanto, o SIST ainda precisa aprofundar a padronização dos conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à saúde e segurança dos trabalhadores relacionados aos processos de trabalho; a compatibilização dos Sistemas e Bases de Dados, a serem partilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde e a compatibilização dos instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações (BRASIL/RENAST, 2006).

Além dos sistemas nacionais, o Rio Grande do Sul estruturou um SIST estadual operacionalizado através de um conjunto de subsistemas:

- A Vigilância Epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho, atendidos na rede ambulatorial de saúde, utilizando RINA (Relatório Individual de Notificação de Agravo) e FIS (Ficha Individual de Suspeita) como instrumentos.
- A Vigilância Epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho, atendidos na rede de urgência e emergência, utilizando RINAV (Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências) como instrumento.
- A Vigilância de riscos nos locais de trabalho, utilizando ferramentas de georreferenciamento. (BRASIL/GI, 2004; RS, 2005).

No Rio Grande do Sul, em 2001 também foi criado o Observatório de Acidentes e Violências, utilizando a RINAV através de uma rede informatizada, para fazer a vigilância de agravos decorrentes de causas externas (inclusive acidentes de trabalho) unidades de urgência e emergência de 23 hospitais-sentinela do estado (LEWGOY et al., 2005).

Entretanto, estes subsistemas não estão funcionando plenamente. A Vigilância Epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho atendidos na rede ambulatorial de saúde está funcionando em alguns serviços, o Observatório de Acidentes e Violências chegou a funcionar razoavelmente em vários hospitais, mas nos últimos anos foi se desestruturando e o georeferenciamento ainda não foi implantado.

Assim ao avaliar os dados disponíveis no SIST para o município de Alegrete, espera-se identificar os problemas existentes contribuindo para a qualificação do sistema e visando gerar o perfil epidemiológico de saúde do trabalhador no município no objetivo de auxiliar o planejamento das ações do CEREST.

### 1.3 A Saúde do trabalhador em Alegrete

Alegrete possui uma população de 89.144 habitantes segundo estimativas do IBGE para 2007. O IDH de Alegrete em 2000 foi 0,793, considerado médio desenvolvimento humano, em situação intermediária em relação a outros municípios do Estado (PNUD, 2000). Segundo a Fundação de Economia e Estatística, a

expectativa de vida ao nascer foi de 70,2 anos em 2000 e o PIB de R$ 744.499 (FEE, 2005).

O município é reconhecido historicamente como um produtor de alimentos e por isto, possui raízes produtivas baseadas no campo. Este quadro permaneceu assim até a segunda metade do século XX, quando começou a acelerar-se o êxodo rural, com a migração de pequenos produtores rurais para a área urbana, aumentando a pobreza e dando início aos conflitos agrários envolvendo o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Atualmente predomina a monocultura e os latifúndios em orizicultura provocando o empobrecimento do solo e outras questões ambientais. O perfil ocupacional na cidade está se modificando gradativamente com a chegada de indústrias de celulose, cooperativas de beneficiamento de arroz, pecuária de corte e frigorífico, além da ampliação de outros ramos produtivos como serviços, comércio e o aumento do número de funcionários públicos, com grande representatividade do contingente militar.

O CEREST Alegrete deveria estar em funcionamento desde março de 2004, de acordo com o Plano Estadual do CERESTs do Rio Grande do Sul (portaria 1679/2002), sendo um centro de referência para região oeste, estaria atendendo os municípios da 10ª CRS, Manoel Viana, Santana do Livramento, Quaraí, São Borja, São Gabriel, Rosário do Sul e Uruguaiana (CPAIST-SES/RS, 2002). Após a habilitação do CEREST o Serviço Municipal de Fisioterapia de Alegrete, por ser um setor de referência em reabilitação no Estado, absorvendo toda demanda de fisioterapia em saúde pública municipal, foi escolhido como unidade de referência em saúde do trabalhador do município (Lei municipal nº 2.981/2000). Porém o CEREST não foi inaugurado. Este estudo contribuirá na identificação das dificuldades enfrentadas na implantação do CEREST e das lacunas existentes contribuindo para a elaboração de políticas públicas que viabilizem a atenção integral à saúde do trabalhador no município.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

O projeto visa avaliar o processo de implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Alegrete – RS. Além disso, será caracterizado o perfil ocupacional e o perfil epidemiológico de saúde do trabalhador. Com isto, o estudo contribuirá para viabilizar a plena implantação do CEREST, com a definição de um plano de ação em sintonia com as necessidades em saúde da população trabalhadora.

### 2.2 Objetivos Específicos

**2.2.1** Verificar o nível de implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Alegrete, identificando as lacunas na implantação e as dificuldades encontradas.

**2.2.2** Caracterizar a População Economicamente Ativa deste município.

**2.2.3** Identificar os serviços que prestam atendimento à saúde do trabalhador em Alegrete.

**2.2.4** Avaliar as CATs emitidas em Alegrete no período de um ano identificando as características demográficas, ocupacionais e das lesões dos acidentes ocorridos.

**2.2.5** Avaliar as RINAs emitidas pelo CEREST de Alegrete no período de um ano identificando as características demográficas, ocupacionais e dos agravos registrados.

# 3 Métodos e Estratégias de Ação

## 3.1 Avaliação da implantação do CEREST – Alegrete

### 3.1.1 Delineamento

Estudo transversal qualitativo.

### 3.1.2 Instrumentos

Confecção de um *Check-List* baseado no:

- Manual de gestão e gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do trabalhador;
- Plano Estadual de Saúde do Trabalhador;
- Plano Municipal para implantação do CEREST – Alegrete.

Entrevista com informantes-chaves envolvidos com o CEREST (apêndice 2).

### 3.1.3 Principais variáveis a serem coletadas

- Infra-estrutura: construção do prédio, aquisição do veículo e dos equipamentos;
- Recursos humanos: Formação da equipe mínima para o CEREST regional, formação da CIST e Conselho Gestor;
- Alimentação do SIST: Coleta da FIS, do RINA, e do RINAV;
- Educação permanente: Promoção de capacitações para profissionais envolvidos e também em projetos de ensino e pesquisa;
- Orientação das ações em ST, pactuação entre gestores do SUS, padronização de procedimentos (ex.: NOST);

### 3.1.4 Análise dos dados

Será realizada uma comparação entre os itens requeridos para implantação do CEREST e aqueles realmente alcançados e/ou executados.

## 3.2 Caracterização da PEA de Alegrete

### 3.2.1 Delineamento

Estudo transversal quantitativo.

### 3.2.2 População-alvo

População economicamente ativa de Alegrete segundo IBGE.

### 3.2.3 Fontes de informações

- Banco de dados secundários do IBGE, MTE;
- Dados fornecidos em sindicatos, sobre número de trabalhadores, empresas.

### 3.2.4 Principais variáveis a serem coletadas

- IBGE: População total, população por faixa etária, população por sexo, número de pessoas ocupadas em empresas e indústrias, salário das pessoas ocupadas em empresas e indústrias (valor total em R$), PIB municipal total e per capita (R$), número de pessoas ocupadas com mais de 10 anos de idade por grande grupo de trabalho, número de pessoas ocupadas com mais de 10 anos de idade por condição de emprego;
- MTE: Freqüência de admissões por categorias de trabalho (CBO), freqüência de desligamentos por categorias de trabalho, salário médio por categoria;
- Sindicatos: número de trabalhadores e empresas filiados aos sindicatos.

### 3.2.5 Análise dos dados

Análise descritiva com cálculo de proporções para variáveis qualitativas e de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas. Análises das variáveis ocupacionais e de saúde estratificadas por sexo e faixa etária com as variáveis ocupacionais.

Análise de tendência da PEA em Alegrete de 2000 a 2008 quanto a idade, sexo e ocupação. Esta análise possibilitará projetar modificações no perfil da PEA de forma a permitir o planejamento das atividades do CEREST tendo em conta a forma como a PEA estará constituída nos próximos anos.

## 3.3 Caracterização dos serviços privados de Saúde Ocupacional

### 3.3.1 Delineamento

Estudo transversal qualitativo.

### 3.3.2 População-alvo

Trabalhadores que utilizam serviços de saúde privados em Alegrete.

### 3.3.3 Fontes de informações

- Informações de Sindicatos quanto Serviços de saúde;
- Entrevista com os Serviços Privados de Saúde Ocupacional (apêndice 3).

### 3.3.4 Principais variáveis a serem coletadas

- Sindicatos: Tipo de serviços de saúde que as empresas de seus ramos produtivos utilizam, número de trabalhadores da área, empresas que representam;
- Serviços privados de saúde: Profissionais, exames complementares, intervenções, número de consultas relacionadas à saúde do trabalhador, morbidades mais comuns, número de encaminhamentos ao Serviço Municipal de Fisioterapia.

### 3.3.5 Análise dos dados

Análise descritiva quali-quantitativa.

## 3.4 Análise de Benefícios concedidos pelo INSS em 2007

### 3.4.1 Delineamento

Estudo transversal quantitativo.

### 3.4.2 População-alvo

Trabalhadores com registro no INSS de Alegrete.

### 3.4.3 Fontes de informações

Verificação de benefícios (auxílio-doença por acidente de trabalho - B91) concedidos pelo INSS em 2007, sendo que este tipo de benefício inclui afastamento por doença ocupacional (Brasil, 2007).

### 3.4.4 Principais variáveis a serem coletadas

Benefícios (auxílio-doença por acidente de trabalho – B91): Sexo, faixa etária, diagnóstico (CID), tempo de concessão, faixa salarial, clientela, ramo de atividade, tipo de filiação.

### 3.4.5 Análise dos dados

Análise descritiva com cálculo de proporções para variáveis qualitativas e de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas. Análises das variáveis ocupacionais e de saúde estratificadas por sexo e faixa etária com as variáveis ocupacionais.

### 3.5 Análise dos RINAs coletadas de julho de 2008 a junho de 2009

#### 3.5.1 Delineamento

Estudo transversal quantitativo.

#### 3.5.2 População-alvo

Trabalhadores encaminhados no Serviço Municipal de Fisioterapia de Alegrete, Unidade de Referência em ST.

#### 3.5.3 Fontes de informações

RINA coletadas no período de julho de 2008 a junho de 2009.

#### 3.5.4 Principais variáveis a serem coletadas

RINA: Sexo, faixa etária, raça, estado civil, grau de instrução, relação de trabalho, ocupação atual, tempo na ocupação, tipo de empregador, ramo de atividade, tipo de atendimento de saúde, fez FIS, tipo de serviço de saúde, diagnóstico, tipo de acometimento, agente ou modo que ocorreu o agravo, evolução da doença, esta em laudo, fez CAT.

#### 3.5.5 Análise dos dados

Análise descritiva com cálculo de proporções para variáveis qualitativas e de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas. Análises das variáveis ocupacionais e de saúde estratificadas por sexo e faixa etária com as variáveis ocupacionais.

## 4 Resultados e Impactos Esperados

Os programas voltados para a atenção à saúde do trabalhador no Brasil estão sofrendo um arrefecimento nos últimos anos, devido à descentralização lenta com ações frágeis no interior do Estado.

No município de Alegrete, observa-se o atraso na inauguração do CEREST. Houve um movimento inicial com uma Unidade de Referência no Serviço de Fisioterapia visando concretizar o plano de CEREST regional.

Com este estudo pretende-se identificar as barreiras enfrentadas na implantação do CEREST, bem como, identificar o perfil ocupacional e epidemiológico que subsidie a definição de um plano de ação em saúde do trabalhador. Para efetuar esta pesquisa será necessário utilizar o sistema de informações, e neste processo, será possível identificar limitações existentes nos bancos de dados contribuindo para a sua qualificação.

Como resultado deste trabalho pretende-se elaborar uma proposta de plano de ação em saúde do trabalhador para Alegrete, bem como um artigo científico sobre a Atenção à Saúde do Trabalhador no município. O projeto também possibilitará a formação em nível de Mestrado de uma Fisioterapeuta (autora do Projeto) da Unidade de Referência do CEREST de Alegrete no Serviço de Fisioterapia qualificando-a para contribuir na formulação de políticas de saúde do trabalhador no referido município.

## 5 Riscos e Dificuldades

Neste estudo é necessário ponderar possíveis dificuldades, tais como:

- Dificuldade de acesso aos bancos de dados, como o DATAPREV/INSS (CAT, Benefícios);
- Dados incompletos ou mal preenchidos, nas CATs e RINAs;
- Viés de informação em dados coletados com os sindicatos e serviços privados em saúde ocupacional;
- Dificuldade para aplicar os resultados do estudo na elaboração de políticas e programas de Saúde do Trabalhador.

## 6 Cronograma

| Atividades/Períodos | 2008 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Revisão da Literatura | X | X | X | X | X | | | |
| Elaboração do Projeto | | | X | X | X | X | | |
| Revisão do Projeto | | | | | | | X | X |

| Atividades/Períodos | 2009 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | J | F | M | A | M | J | J | A | S |
| Coleta de Dados Secundários | | | X | X | X | X | | | |
| Coleta de Dados Sindicatos | | | X | X | | | | | |
| Entrevista Serviços Privados | | | | X | X | | | | |
| Avaliação do CEREST | | | X | X | X | | | | |
| Análise dos Dados Secundários | | | | X | X | X | X | X | |
| Análise dos Dados Sindicatos e Serviços | | | | | X | X | X | | |
| Redação do Artigo | | | | | X | X | X | X | X |
| Entrega/Defesa da Dissertação | | | | | | | | X | X |

## 7 Aspectos Éticos

O Projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade (UFPel) e ao órgão responsável por esta função dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete, assegurando o comprometimento com as normas éticas estabelecidas por estes.

Serão utilizados dados secundários, respeitando sua confidencialidade. Será entregue a cada órgão detentor dos bancos de dados um Termo de Compromisso para o Uso de Dados.

## 8 Orçamento

| Item | Custo (R$) |
|---|---|
| **Material permanente** | |
| Computador | 1800,00 |
| Impressora | 329,00 |
| *Scanner* | 499,00 |
| Mesa para computador | 320,00 |
| Cadeira para mesa | 90,00 |
| 5 Pranchetas acrílicas | 12,50 |
| SUB-TOTAL 1: | 3050,50 |
| **Material de consume** | |
| 1 cx com 10 CDs | 20,00 |
| 10 pacotes de papel tipo A4 | 299,00 |
| 10 cartuchos de tinta para impressora | 320,00 |
| Serviços de gráfica | 280,00 |
| 1 cx com 20 canetas | 18,50 |
| 200 l Gasolina | 520,00 |
| SUB-TOTAL 2: | 1457,50 |
| TOTAL GERAL | 4508,00 |

**Referências Bibliográficas**


BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho**. Brasília: 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Grupo Interministerial MTE, MS, MPS, Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Notificação de Acidentes do Trabalho**: Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes. Brasília: 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Ações em Saúde do Trabalhador**. Brasília: 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, RENAST. **Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.** São Paulo: 2006.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. Número de Notificações cresce com a aplicação do NTEP. **Previdência em questão**. Informativo eletrônico do Ministério da Previdência Social. Brasília, n 10, p. 1-2, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Saúde do Trabalhador**: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Site do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928> Acesso em dezembro de 2008.

CPAIST-SES/RS. Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador. **Plano Estadual de Saúde do Trabalhador**. Porto Alegre: 2002.

CUT (Central Única dos Trabalhadores). **Informativo do Coletivo de Saúde.** Brasília: 2004.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p 817 – 827, 2005.

FACCHINI, Luiz Augusto; NOBRE, Letícia Coelho da Costa; FARIA, Neice Muller Xavier; FASSA, Anaclaudia Gastal; THUMÉ, Elaine; TOMASI; Elaine, SANTANA,

Vilma. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: Desafios e Perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 10, n. 4, p. 857- 67, 2005.

FEE (Fundação de Economia e Estatística). Centro de Informações Estatísticas Anuário Estatístico do Brasil. Resumo estatístico do RS: FEE; 2005. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Alegrete> Acesso em: maio 2008.

HOEFEL, Maria da Graça; DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Jandira Maciel. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST)**. Brasília: 2005, 7 p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Anuário Estatístico do Brasil: IBGE. Disponível em: <http:/www.ibge.gov.br> Acesso em: maio 2008.

INSS (Instituto Nacional do Seguro Social). **Normas Técnicas para a Perícia Médica do INSS***;* 1991.

INSS (Instituto Nacional do Seguro Social). **DATAPREV Síntese**. Brasília: 2007.

INSS (Instituto Nacional do Seguro Social). **Boletim Estatístico de Acidentes de Trabalho**: Série histórica de 1970 a 2006. Brasília: 2008.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; MIRANDA, Ana Luiza Trois; WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa; GROSSI, Patrícia Krieger. Observatórios de Acidentes e Violência: a Capacitação dos Profissionais da Saúde para a Implantação de Sistema de Vigilância. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 4, n.4, p. 1-9, 2005.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos. **Saúde do Trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2005, 314 p.

OIT (Organização Internacional do Trabalho). **World Day for Safety and Health at Work 2005:** A background paper, 2005.

Oliveira PAB. Acidentes de Trabalho Graves e Fatais. *Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Torres-RS: INSS 2004 2008.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Atlas do Desenvolvimento Humano: PNUD; 2000. Disponível em: <http:/www.pnud.org.br/atlas/> Acesso em: julho de 2008.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Traçando o Perfil dos Acidentes de Trabalho Típicos notificados em Hospitais-Sentinela no Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico**, v.7, n.1, p. 1-2, 2005.

SANTANA, Vilma; NOBRE, Letícia; WALDVOGEL, Bernadette Cunha. Acidentes de Trabalho no Brasil entre 1994 a 2004: uma revisão. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

SANTANA, Vilma; ARAÚJO-FILHO, José Bouzas; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, Paulo Rogério, BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidentes de Trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista Saúde Pública,** v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006.

WÜNSCH FILHO, Victor. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho,** v. 2, n. 2, p. 103-117, 2004.

# APÊNDICES

**Apêndice 1**

## TERMO DE COMPROMISSO PARA O USO DE DADOS

O pesquisador compromete-se com a privacidade dos dados disponibilizados voluntariamente para a pesquisa “A Saúde do Trabalhador no município de Alegrete – Uma análise de dados secundários”.

Os objetivos do estudo são caracterizar a população economicamente ativa (PEA) do município de Alegrete e conhecer o perfil dos acidentes e doenças ocupacionais. Além de verificar o nível de implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Alegrete.

Os dados serão trabalhados de forma anônima e a análise terá uma abordagem populacional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar dúvidas sobre o projeto, agora ou a qualquer momento.

_____

Paula Lamb Quilião

Serviço Municipal de Fisioterapia
Telefone: 39611043
Praça Alexandre Lisboa, 1679 CEP 97541-140

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e como responsável pelo banco de dados, autorizo transformá-lo em informações pertinentes ao estudo.

_____

Responsável

**Apêndice 2**

## ROTEIRO DA ENTREVISTA SOBRE IMPLANTAÇÃO DO CEREST – ALEGRETE

1. Nome do entrevistado:

2. Local de trabalho e cargo (relacionado com o CEREST):

3. Qual era a previsão de implantação completa do CEREST?

4. Qual era o objetivo do Programa?

5. Em relação da infra-estrutura, qual a previsão de tempo e local de construção?

6. Em relação ao veículo destinado para este programa, ele foi adquirido? Se sim, está sendo utilizado?

7. Em relação aos equipamentos destinados ao programa, quais foram adquiridos? Estão sendo utilizados?

8. Quais os profissionais deveriam trabalhar no CEREST? Quando deveria ter sido criada a equipe? Qual seria a relação de trabalho? Carga horária?

9. A CIST foi criada? Quem são seus integrantes?

10. Ainda sobre a CIST. Em suas reuniões foram realizadas ATAS? A CIST teve alguma participação em reuniões regionais ou estaduais?

11. Sobre vigilância em ST, tem sido notificados casos de doença ou acidente relacionado ao trabalho (FIS, RINA, RINAV)?

12. Você conhece o Observatório de Acidentes e Violências que deveria contar com informações coletadas pelo RINAV no Hospital Santa Casa?

13. Você participou de alguma capacitação referente a ST? E alguma conferência?

14. Foi exigido alguma formação relacionada a ST para equipe do CEREST? E para os profissionais responsáveis pela coleta do SIST?

15. Você observou alguma discordância de conversa entre gestores (municipal e estadual)? Na sua visão, quais foram os “nós”?

**Apêndice 3**

## ROTEIRO DA ENTREVISTA AOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE OCUPACIONAL

1. Nome do Serviço:

2. Nome do entrevistado e função:

3. Quais as especialidades técnicas prestadas pelo serviço?

4. Quais exames complementares disponibilizados?

5. Qual o número de consultas relacionadas à saúde do trabalhador no ano de 2007?

6. Quais as morbidades mais comuns relacionadas à saúde do trabalhador?

7. Qual é o número de encaminhamentos ao Serviço Municipal de Fisioterapia?

# ARTIGO COM OS PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA

**Este artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.**

As normas para publicação estão detalhadas no anexo A.

# PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM CEREST REGIONAL NO RIO GRANDE DO SUL

**Título em inglês:** *Implantation Process of a Regional Reference Center in Worker's Health in Rio Grande do Sul.*

**Título corrido:** Processo de implantação dos CERESTs.

**Paula Lamb Quilião**[1]
**Anaclaudia Gastal Fassa**[2]
**María Clara Restrepo**[3]

[1] Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.
[2] Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.
[3] Doutorado em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

**Endereço para correspondência:**
Paula Lamb Quilião
Rua Marechal Deodoro 1160
96020-220 – Pelotas – RS
e-mail: sst@alegrete.rs.gov.br

**RESUMO**

O estudo avalia a implantação do CEREST-Oeste, e o perfil ocupacional e de saúde do trabalhador em Alegrete propondo estratégias para viabilizar este processo e subsidiando o planejamento. O nível de implantação foi avaliado através de um formulário estruturado baseado no planejamento em saúde do trabalhador. Compilou-se também dados de bancos censitários, previdenciários e de saúde. Verificou-se que a principal barreira na implantação foi a falta de articulação entre as diferentes esferas de gestão. Isto dificultou a definição de responsabilidades que dessem conta do caráter regional do Centro e implicou em problemas de infra-estrutura e recursos humanos. A definição precoce da equipe e o envolvimento do controle social desde a fase de projeto podem auxiliar no enfrentamento das dificuldades. Faz-se necessário também, ampliar as informações de saúde do trabalhador e facilitar o acesso a elas de forma a instrumentalizar o planejamento das ações do CEREST.

**Palavras-chave:** Avaliação de Serviços de Saúde, Programas de Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT**

This study assesses the implementation of a Brazilian occupational health reference center (*CEREST-Oeste*) and the occupational and health profile in Alegrete proposing strategies to enable this process and to subsidize planning. The implementation level was evaluated through a check-list based on the worker's health planning. It was also compiled census data, workers compensation claims, health notifications and data from private services of occupational health. It was observed that the main difficulty in its implementation was the lack of articulation among the different administration levels. This brought difficulties to establish responsibilities reflecting the regional characteristics of the Center and lead to infrastructure and human resources problems. The early definition of staff and the involvement of the social control since the project phase could help to cope with these difficulties. It is also needed to enhance the information about the worker's health and to facilitate access to it in order to subsidize the action plan for the CEREST.

**Key words:** Health Services Evaluation, Occupational Health Program, Occupational Health, Brazilian Health System.

## Introdução

O movimento em prol da saúde do trabalhador no Brasil tem como marco o final dos anos 70, com ações em defesa do direito ao trabalho digno e saudável. Este movimento permitiu que a saúde do trabalhador fosse discutida e incorporada pela Constituição Federal de 1988. Com a regulamentação da Lei 8080/90, ficou definido, que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) atuar na assistência, vigilância e controle de agravos à saúde relacionados ao trabalho[1].

Entre as estratégias para a efetivação da atenção integral à saúde do trabalhador, destaca-se a implementação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) em 2002[2]. Sua gestão vem se fortalecendo através dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CERESTs), que desempenham funções de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores. Os CERESTs devem estar intimamente articulados com os outros níveis de atenção como parte de uma rede regionalizada, hierarquizada e resolutiva de atenção à saúde.

A RENAST faz parte das reformulações pelas quais vem passando a saúde do trabalhador no SUS, que busca superar o campo restrito da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança, entendendo a centralidade do trabalho enquanto organizador da vida social[3,4]. A saúde do trabalhador propõe que as causas das doenças relacionadas com o trabalho extrapolam a exposição a um grupo de fatores de risco ocupacionais, e enfoca o processo de trabalho em um dado contexto histórico e social como determinante do processo saúde-doença. O trabalho determina espaços de dominação e de submissão do trabalhador pelo capital e também de resistência. E é neste espaço social de intenso conflito de interesses que são determinadas a implementação ou não de serviços de atenção à saúde do trabalhador[5].

No Rio Grande do Sul (RS), de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.437 de 2005 que dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da RENAST, deveriam ser implantados 12 CERESTs, e até o momento, dez foram habilitados[6]. O CEREST–Oeste deveria estar em pleno funcionamento desde o primeiro trimestre de 2004, porém passados cinco anos, ainda está em processo de habilitação. Sua sede foi

estabelecida no município de Alegrete devido sua representatividade e posição territorial.

Seguindo as características do oeste do Estado, a principal atividade econômica de Alegrete é a produção de alimentos, tendo em especial a agroindústria arrozeira e a bovinocultura de corte[7]. Alegrete é o município do estado que apresenta maior número de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) graves (acidentes que levam a um afastamento do trabalho por período de 30 dias ou incapacidade permanente) ou fatais entre trabalhadores rurais[8]. Para enfrentar os graves problemas de saúde do trabalhador na região, é importante que o CEREST–Oeste, seja implantado.

Perante esta situação, o presente artigo descreve as barreiras existentes no processo de implantação do CEREST-Oeste e o perfil ocupacional e de saúde dos trabalhadores de Alegrete, apontando como este diagnóstico pode contribuir neste processo. Além disso, propõe uma metodologia para avaliar o nível de implantação de um CEREST e estabelece recomendações em relação às ações do CEREST com base nos dados populacionais e epidemiológicos analisados.

## Metodologia: articulando diferentes bases de dados para apoiar a implantação do CEREST

Para avaliar o nível de implantação do CEREST–Oeste elaborou-se um formulário estruturado baseado na normatização do planejamento da atenção à saúde do trabalhador nas três esferas de governo: o Manual da RENAST[9], o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador[10] e o Convênio firmado entre o município e o Estado para este fim[11]. O formulário estruturado incluiu itens como infra-estrutura, recursos humanos, alimentação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST), educação permanente, gestão e planejamento das ações em saúde do trabalhador. Para completar o formulário estruturado foram utilizados outros documentos correlatos como atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e entrevistas com informantes-chave da Secretaria Municipal de Saúde e da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). O resultado foi analisado através de uma

comparação entre os itens requeridos para implantação do CEREST e aqueles realmente alcançados e/ou executados de acordo com o formulário estruturado.

Um perfil ocupacional do município foi traçado utilizando dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) através do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) da População Economicamente Ativa (PEA) de Alegrete. A análise descritiva permitiu estimar o número de trabalhadores e sua distribuição por tipo de ocupação. Os dados de flutuação do emprego do CAGED possibilitaram observar a tendência da PEA em Alegrete de 2003 a 2008. O IBGE não possui estes dados com referência a municípios de pequeno porte além do censo de 2000.

Para caracterizar aspectos relacionados à saúde do trabalhador, buscou-se bancos de dados disponíveis sobre acidentes de trabalho, morbidades profissionais e morbidades relacionadas com o trabalho. Neste caso, a principal fonte de informações no Brasil provém do Ministério Previdência Social/Instituto Nacional do Seguro Social (MPS/INSS) através da CAT. Este registro é utilizado na concessão de benefícios para acidentes ou doenças decorrentes do trabalho, assim, estas informações apresentam reconhecida subnotificação e restringem-se aos trabalhadores contribuintes[12], ou seja, apenas 65,8% da população ocupada brasileira[13]. Deste modo, ficam excluídos funcionários públicos, autônomos, pequenos comerciantes e os trabalhadores informais[14,15]. Para este estudo a Agência do MPS/INSS de Alegrete disponibilizou o banco de dados dos benefícios auxílio-doença por acidente de trabalho concedidos em 2007. Este benefício constitui no pagamento de renda mensal ao acidentado urbano ou rural, que sofreu acidente do trabalho ou doença das condições de trabalho, como está previsto no Art. 59 da Lei 8.213/91[16]. Os dados disponibilizados foram: sexo, faixa etária, diagnóstico conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10), tempo de concessão, faixa salarial, zona de trabalho e filiação ao MPS/INSS. Foi realizada uma análise descritiva com cálculo de proporções, além de análise destas variáveis estratificadas por sexo utilizando o programa Epi Info 6 (CDC).

Para ampliar a abrangência da análise de acidentes e agravos em saúde do trabalhador, utilizou-se dados do SIST, atingindo mesmo aqueles a margem das estatísticas previdenciárias, uma vez que este não apresenta restrição segundo o tipo de vínculo empregatício[2]. O Relatório Individual de Notificação de Agravos

(RINA) é parte desse sistema e desde 2000 é de notificação compulsória no RS (Decreto Estadual nº 40.222)[17]. O RINA é gerado pelas unidades de notificação e analisado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Em Alegrete o Serviço Municipal de Fisioterapia é a unidade de referência (Lei Municipal nº 2.981/2000), o qual gerou um banco de dados para análise dos RINAs do período de julho de 2008 a junho de 2009. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, relação de trabalho, ocupação de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), tempo na ocupação, ramo de atividade conforme a Código Nacional da Atividade Econômica (CNAE), diagnóstico (CID-10), tipo de acometimento (acidente ou doença), modo como ocorreu o agravo, se foi afastado do trabalho e se obteve a CAT. Foi realizada uma análise descritiva com cálculo de proporções para variáveis qualitativas e de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas, além de análise das variáveis ocupacionais e de saúde estratificadas por sexo e faixa etária utilizando o programa Stata 10 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Além disso, tendo em conta que nem todos os trabalhadores freqüentam o sistema de saúde pública, identificaram-se os serviços privados de saúde ocupacional, avaliando, através de entrevistas, as lacunas na notificação dos agravos à saúde do trabalhador por parte destes estabelecimentos.

## Resultados

Qual a realidade do CEREST-Oeste?

Na Tabela 1, observamos o formulário estruturado preenchido de acordo com as metas alcançadas, se foram totalmente ou parcialmente atingidas e o ano que ocorreram. A Figura 1 sintetiza a cronologia de ocorrência dos eventos.

Conforme o Plano Estadual/RS (portaria 1679/02)[10], o CEREST–Oeste iniciou seu processo de implantação em 2000, através do convênio com o Estado para construção do prédio, aquisição de automóvel e de equipamentos. Entretanto, houve um impasse na construção, com atraso na confecção da planta e na localização do prédio. Assim, embora o Centro devesse estar funcionando desde março de 2004, a obra iniciou somente em 2006 e foi concluída em 2007. Foram enviados

equipamentos de reabilitação em outubro de 2002 e estão até o momento em posse do Estado em um depósito da 10ª CRS. No Plano de Trabalho da Secretaria de Saúde de Alegrete para o exercício de 2006, além da construção do prédio, estava prevista a constituição da equipe do CEREST incluindo 16 profissionais, 10 de nível superior e 6 de nível médio. Desde a fase inicial, em 2000, a equipe era constituída por um médico ortopedista (coordenador do programa), um médico neurologista, um psicólogo e quatro fisioterapeutas lotados para a unidade de referência, até o CEREST ser habilitado. Entretanto, a equipe progressivamente foi sendo desfeita, restando apenas o médico coordenador e os fisioterapeutas até 2006, e ao final deste ano, o médico coordenador solicitou transferência para outra unidade de saúde. Em entrevista, o coordenador relatou ser vencido pela conotação política dos obstáculos impostos para a implantação do CEREST. Por sua vez, a Secretaria Municipal de Saúde alegou que a manutenção dos recursos humanos do CEREST, tendo em vista seu caráter regional, depende de repasse estadual de verbas para este fim.

A alimentação do SIST contava com um hospital-sentinela, Hospital Santa Casa de Caridade de Alegrete, para notificação de acidentes e violências, através do RINAV (Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências), que foi coletada apenas no período de 2004 a 2005. A falta de supervisão e pouca cobrança deixaram os responsáveis pela coleta do RINAV à vontade para desistir de alimentar o sistema. O RINA foi coletado regularmente de 2002 a 2005, pela unidade de referência. Com a desagregação da equipe, a notificação do RINA foi praticamente esquecida, com situação regularizada em 2008, quando a notificação passou a ser feita através do sistema de notificação *on line* (www.sist.saude.rs.gov.br). Recentemente, vem sendo realizada uma campanha por parte do Estado e suas coordenadorias para efetivar a notificação, cobrando das Unidades de Referência indicadores baseados na notificação em saúde do trabalhador (Indicador RS 13)[18].

A Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) não chegou a ser criada. O Conselho Gestor foi criado pelo CMS em setembro de 2004, teve seu regimento elaborado em janeiro de 2005, mas não apresentou atuação relevante. De acordo com o vice-presidente do CMS, faltou ao Conselho Gestor apoio financeiro para que a representação regional pudesse se deslocar às reuniões. O controle

social foi representado em todas as Conferências em Saúde do Trabalhador do ano de 2005, através de conselheiros de saúde.

Desde 2008 o processo de implantação do CEREST foi retomado culminando na elaboração do Projeto de Habilitação para ser submetido ao Ministério da Saúde em 2009. Este projeto ainda deverá ser aprovado pela CIST e passar pela aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RS). O vice-presidente do CMS, em entrevista, considerou importante estabelecer uma gestão compartilhada com os outros municípios da região. Em plenária do CMS, observou (ATA do CMS 548/2007): "Se não houver articulação com os municípios vizinhos não valerá a pena abrir o CEREST".

Perfil ocupacional de Alegrete:

De acordo com informações do IBGE para 2007, Alegrete possui 78.188 habitantes, a terceira maior população entre os municípios da região. A taxa de analfabetismo foi de 7% entre a PEA, observando uma taxa maior no sexo masculino[19].

Em 2000, a PEA foi de 39.391 habitantes, aproximadamente a metade da população total. A PEA ocupada - pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência - foi de 32.358 indivíduos, dos quais 63% eram homens. Para a categoria de emprego, 68% eram empregados, 24% eram trabalhadores por conta-própria, 4% eram empregadores, 3% eram não remunerados em ajuda a membro do domicílio e 1% eram trabalhadores na produção para o próprio consumo. Entre os empregados, 48% tinham carteira de trabalho assinada, 33% não tinham carteira de trabalho assinada e 19% eram militares e funcionários públicos estatutários. Observa-se na Figura 2 que os cinco grandes grupos de ocupação (CBO), foram os trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio em lojas e mercados (33%), seguidos dos trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (18%), agropecuários, florestais, de caça e pesca (16%), serviços administrativos (7%) e forças armadas, policiais e bombeiros militares (6%).

Para avaliar a tendência atual do mercado de trabalho no município, utilizaram-se informações geradas pelo CAGED referentes à flutuação de emprego no período de 2003 a 2008. Na análise sobre os setores produtivos que mais admitiram, a agropecuária e a indústria de alimentação mostraram grande número de empregos

abertos no período. Entretanto, a indústria de alimentação apresentou queda no ano de 2007 devido a escassez de gado para o abate nos frigoríficos gaúchos[20].

Perfil de Saúde do trabalhador em Alegrete:

Dos 139 benefícios emitidos em 2007 por acidente de trabalho, 135 deles tiveram um tempo de concessão menor que 30 dias, 138 eram referentes a trabalhadores urbanos e 79,1% eram homens.

A maioria dos benefícios foi relacionada a acidentes do trabalho (50%) decorrente de lesões, envenenamentos e outras causas externas e traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo, 35% foram para doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 2% outros diagnósticos e 12% de diagnósticos não definidos.

No sexo masculino, os diagnósticos mais freqüentes foram dor lombar (7,3%), dorsalgia (4,5%) e cervicalgia (3,6%). Em relação à distribuição por faixa etária, 31% tinha entre 30 a 39 anos, 26,4% entre 40 a 49 anos, 24,5% entre 20 a 29 anos. Quanto à renda, 61,8% recebiam um salário-mínimo e apenas um indivíduo recebia salário entre sete a oito salários-mínimos.

No sexo feminino, 17,2% dos diagnósticos foram sinovites e tenossinovites, enquanto cervicalgia teve 6,9% dos diagnósticos. As faixas etárias entre 40 e 49 anos e entre 30 e 39 anos concentravam cada uma 38% dos trabalhadores em benefício acidentário, enquanto a faixa entre 20 e 29 anos, 24%. Quanto à renda, 58,6% das mulheres recebiam um salário-mínimo, sendo que as que recebiam maior salário ganhavam quatro a cinco salários-mínimos.

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise dos RINAs coletados no período de julho de 2008 a junho de 2009 pela unidade de referência em saúde do trabalhador. Dos 77 trabalhadores notificados, 65% eram do sexo masculino, 70% da raça branca, 63% casados e 52% estudaram até o ensino fundamental incompleto. A idade média foi de 42,2 anos (DP ± 9,8 anos), com maior número de acometidos acima dos 30 anos de idade. Grande parte dos trabalhadores era da zona urbana (75,3%) e 58,4% tinham carteira assinada. Quanto à ocupação, categorizada por grandes grupos de CBO, 35% trabalhava no setor industrial, com predomínio dos trabalhadores da construção civil (ajudante de obras) e da indústria de alimentação (magarefe). Na analise por ocupação, a maior parte das RINAs de

saúde do trabalhador referia-se aos trabalhadores agropecuários em geral (18%). Observando a morbidade, verificou-se que 54,5% dos diagnósticos eram devidos a lesões, envenenamentos e outras causas externas e 45,5% devidos a doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, sendo que a síndrome do supra-espinhoso/manguito rotador foi o diagnóstico mais freqüente. A situação geradora do agravo, em sua grande maioria foi decorrente de quedas ou de exposição a fatores ambientais artificiais, tais como, impacto com objetos ou esmagamento. Dentre os agravos, 72,4% ficaram afastados do trabalho por laudo médico, mas apenas 37,3% preencheram CAT.

Na análise das informações derivadas do RINA, observou-se uma associação significativa entre o tipo de diagnóstico e o sexo dos trabalhadores. O principal diagnóstico de agravo no sexo masculino foi devido a traumatismos, envenenamentos e outras causas externas, enquanto o principal diagnóstico no sexo feminino foi devido a doenças do sistema osteomuscular (Tabela 3).

Entre os serviços privados de saúde de Alegrete notou-se que grande parte dos planos de saúde servia ao setor bancário: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do RS (CABERGS), Saúde Caixa, Saúde Bradesco e UNIMED. O Instituto de Previdência do Estado do RS (IPERGS) vincula-se aos funcionários públicos estaduais e municipais (Alegrete), o Fundo de Saúde do Exército (FUSEX) serve aos militares, a Instituição Beneficente Coronel Massot (IBCM) aos bombeiros e brigada militar. A UNIMED e ERGOMED mantém convênio com empresas de setores variados. O Sistema de Administração de Saúde da Cooperativa Agroindustrial de Alegrete (SAS), plano da empresa Pilecco e do Frigorífico MERCOSUL prestam serviços de Departamento de Saúde Ocupacional. Os serviços de saúde que apresentam tratamento fisioterápico para os conveniados são: FUSEX, CABERGS, CASSI, IBCM, Saúde Caixa e Saúde Bradesco.

**Discussão:**

O CEREST-Oeste está entre os Centros em processo lento de implantação, já que muitas das metas não foram completamente alcançadas, impossibilitando o seu

funcionamento adequado. As principais dificuldades foram a articulação entre os gestores das diferentes esferas governamentais e o entendimento aprofundado do controle social sobre o programa. A Portaria 2.437/05 estabelece a responsabilidade de cada esfera governamental, cabendo ao município a execução das ações de referência técnica em âmbito local e regional; ao Estado, a organização dos CERESTs e, à União, a gestão nacional da RENAST[6]. Entretanto, ela não define claramente pontos estruturais e operacionais como a manutenção da infra-estrutura e a formação de uma equipe profissional. Uma das perspectivas para 2010 pela Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CSAT/MS) é o aprimoramento da gestão em saúde do trabalhador para todas as esferas do governo[21].

Em relação à infra-estrutura, alguns Centros não receberam financiamento estadual para a construção do prédio ou, no caso de Alegrete que recebeu este recurso, ocorreram desencontros entre o Estado e o município[22]. O Estado atrasou a confecção da planta fazendo com que o repasse para a realização da obra fosse desvalorizado e o município alterou sua localização. Estes fatores atrasaram a obra em três anos. Por falta de prestação de contas no prazo estabelecido pelo convênio (DOE 28/12/2000)[11] constituiu-se um processo de dívida ativa para o município e não há confirmação de acordo, o que deixa indefinida a situação de propriedade do prédio construído.

Em Alegrete a formação da equipe foi informal e com dedicação parcial à saúde do trabalhador, insuficiente para as necessidades do CEREST. Não há clareza sobre quem é o responsável pela contratação de recursos humanos, a portaria 2.437/05 exige uma equipe mínima de 10 profissionais para Centros Regionais, gerando uma sobrecarga aos orçamentos municipais em cidades como Alegrete, que apresenta um déficit de profissionais especializados em sua rede de saúde. No Estado, em vista deste problema, foi criada a portaria 70/2003 (SES/RS) que estabelece um repasse do Fundo Estadual para os CERESTs para dar suporte ao custeio da equipe. Porém, até o momento esta portaria não foi atualizada e não garante o repasse para os Centros que ainda não foram habilitados. A carência de recursos humanos e a falta de apoio para o custeio da equipe tem sido um dos pontos deficitários em vários CERESTs no Estado e no Brasil[22,23].

Desde o início do processo de implantação o CEREST–Oeste teve como meta realizar notificação pelo SIST como forma de apoiar as atividades de planejamento e vigilância. Desde 2002, Alegrete conta com a coleta do RINA e da Ficha Individual de Suspeita (FIS), entretanto, a coleta acontece apenas na Unidade de Referência. O RINAV foi coletado por um setor de emergência nos anos de 2004 e 2005. A coleta tanto do RINA quanto do RINAV foi paulatinamente desmobilizada em função da demora na implantação do CEREST. Além do SIST, outros sistemas de informação deverão ser alimentados e servirão de auxílio no monitoramento da morbimortalidade ocupacional, como Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) buscando o esclarecimento dos acidentes fatais, que já está sendo feito por CERESTs habilitados, e o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), com a verificação da intoxicação ocupacional, principalmente por agrotóxicos que não tem sido realizada nesta região[6].

Outro impasse é o apoio limitado do CMS à abertura do CEREST-Oeste. O Conselho considera que o Estado não está alocando recursos para manutenção do programa, portanto, como órgão fiscalizador, sente-se na obrigação de evitar que o município seja sobrecarregado pelas demandas regionais sem a devida contrapartida do estado e dos outros municípios. Além disso, o CMS considera que as dificuldades nas negociações do financiamento do CEREST podem causar implantação deficiente, interrupções na prestação do serviço ou fechamento do mesmo o que implicaria em prejuízos para os cofres públicos municipais, bem como para a comunidade. Pode-se constatar que a resistência, papel do controle social, está enfraquecida, uma vez que não existe a CIST e o CMS, mesmo em tempos de Pacto pela saúde. Segundo a Portaria GM 2.669 de 2009, uma das prioridades do Pacto pela Saúde no biênio 2010-2011 é a Saúde do Trabalhador[24]. O Pacto pretende promover a gestão de serviços de saúde regionais de forma compartilhada entre o estado e outros municípios[25]. Entretanto, no caso do CEREST-Oeste o pacto pela saúde ainda não viabilizou a pactuação entre gestores.

Em relação às características de saúde do trabalhador, a agência do INSS não forneceu os dados dos casos individualizados nem mesmo todas as análises solicitadas. As análises fornecidas não continham nenhum dado ocupacional e 12% dos diagnósticos eram não definidos. Observou-se somente um registro de benefício relativo a trabalhador de zona rural, porém deveria se esperar um maior número de

casos pelo potencial agropecuário da região. Uma das metas da RENAST é construir uma relação intersetorial entre a saúde e a previdência visando articular e conduzir a padronização dos bancos de dados[2].

Os serviços privados de saúde que apresentam tratamento fisioterápico para os conveniados apenas abrangem por completo os bancários, deixando descobertos parte dos comerciários e, totalmente, os empregados em indústrias da alimentação e funcionários públicos. Estes profissionais, somados aos trabalhadores domésticos, rurais e informais, caso busquem tratamento fisioterápico no SUS, serão atendidos pelo Serviço Municipal de Fisioterapia.

Desde 2008, o governo federal tem estimulado a habilitação e criação de novos CERESTs ampliando e fortalecendo a RENAST. Em pesquisa ao Portal da Saúde (www.saude.gov.br) estão cadastrados 173 centros, entre os quais não está incluído o CEREST-Oeste[26]. Segundo dados do Ministério da Saúde, até 2005 apenas 110 dos 200 centros a serem abertos foram habilitados e os que já foram habilitados apresentam pontos deficientes[27,28]. Observa-se que um ponto crítico dos Centros Regionais é a dificuldade da gestão municipal contar com o apoio do governo estadual e envolver os outros municípios da área de abrangência na implantação dos Centros, já que estes se sentem destituídos de qualquer responsabilidade. Segundo a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96), existe a necessidade de articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento da função reguladora das secretarias estaduais, para assegurar a organização das redes assistenciais regionalizadas e que sejam resolutivas na atenção à saúde[29]. Estudos como este permitem identificar as fragilidades existentes para superá-las contribuindo para a efetivação da política proposta. Além disso, seria interessante avaliar os processos de implantação dos centros já habilitados examinando como foram superadas as dificuldades que estão sendo identificadas.

## Conclusão

Este estudo apontou que a principal dificuldade na implantação foi a falta de articulação entre as diferentes esferas de gestão no sentido de definir responsabilidades que dessem conta do caráter regional do Centro. As dificuldades

político-administrativas perpetuam o atraso no processo de implantação, agravada pelo controle social precário. Ao avaliar o perfil ocupacional e de saúde do trabalhador no município, observa-se falhas na cobertura de alguns setores de trabalho, em especial aos trabalhadores rurais, fundamentais para o mercado de trabalho desta cidade.

Os gestores, profissionais da saúde envolvidos e o controle social precisam de um conhecimento aprofundado sobre a RENAST e devem trabalhar de forma articulada para viabilizar a implantação e o pleno funcionamento dos Centros. O controle social deve estar envolvido desde a decisão do gestor municipal de implantar o CEREST até o desenvolvimento do plano de ação. Para que exista um processo qualificado de planejamento, baseado na descentralização e na regionalização, os municípios, apoiados pelo Estado e União e junto com o controle social, devem se empenhar para que ele seja organizado levando em conta as características regionais[25].

A atuação do governo federal é de fundamental importância para acelerar a articulação intersetorial entre saúde e previdência agilizando a padronização dos bancos de dados em saúde do trabalhador, bem como, a sua utilização pública como já acontece com outras bases de dados do setor saúde. Esta abertura propicia a realização de pesquisas que podem orientar as ações prioritárias em saúde do trabalhador. O SIST em Alegrete ainda precisa melhorar a representatividade de seu banco de dados principalmente através da ampliação das unidades de coleta.

Constata-se então, a importância da avaliação de serviços de saúde, neste caso, no campo da saúde do trabalhador para evitar que outros CERESTs passem pelas mesmas dificuldades no seu processo de implantação. A RENAST ainda sofre com dificuldades na implantação dos CERESTs, por esta razão[30], faz-se necessária a realização de avaliações pontuais que diagnostiquem e orientem sua implementação. Conforme o Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores para o período de 2008 a 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera importante realizar medidas que visem melhorar o funcionamento dos serviços de saúde ocupacional e o acesso a estes serviços[31]. Este é o desafio imposto a RENAST, ampliar e fortalecer os serviços de saúde do trabalhador com qualidade.

## COLABORADORES

P. L. Quilião foi responsável pela elaboração do projeto; obtenção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. A. G. Fassa foi responsável pela elaboração do projeto; análise e interpretação dos dados e redação do artigo. e M. C. Restrepo participou da análise e interpretação dos dados e realizou a revisão critica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final.


## AGRADECIMENTOS

Financiamento CNPQ através de Bolsa de Produtividade em Pesquisa de Anaclaudia Gastal Fassa.


## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST). Brasília; 2005.
2. Facchini LA, Nobre LCdC, Faria NMX, Fassa AG, Thumé E, Tomasi E, et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: Desafios e perspectivas para o SUS

Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(4):857-67.

3. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista de Saúde Pública. 1991;25(5):341-9.
4. Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. Investigação epidemiológica e intervenção Sanitária em Saúde do Trabalhador: O planejamento segundo bases operacionais. Cad Saúde Pública. 1997;13(2):269-75.
5. Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: O modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. . In: Rocha LE, Rigotto RM, Buschinelli JTP, eds. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis-SP: Vozes; 1993. p. 178-86.
6. Portaria GM/MS Nº 2.437. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005; 7 dez.
7. Alende CRM. Estudo dos sistemas de produção dos agricultores familiares da fronteira oeste do Rio Grande do Sul [Dissertação de Mestrado]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2006.

8. Oliveira PAB. Acidentes de trabalho graves e fatais, segundo dados do INSS de 2004. Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Torres-RS: 2008.
9. Ministério da Saúde. Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Brasília; 2006.
10. Secretaria Estadual da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual. Coordenadoria de Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Plano Estadual de Saúde do Trabalhador (RENAST). Porto Alegre-RS; 2002.
11. Secretaria Estadual da Saúde - Divisão de Convênios e Contratos. Convênio entre o Estado do Rio Grande do Sul por intermédio da Secretaria da Saúde e o Município de Alegrete objetivando a implementação do Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador. Rio Grande do Sul; 2000.
12. Wünsch Filho V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: Monteiro CA, ed. Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 289-330.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. IBGE; 2003.
14. Wünsch Filho V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 2004; 2(2):103-17.
15. Correa PRL, Assunção AÁ. A subnotificação de mortes por acidente de trabalho: estudo de três bancos de dados. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2003; 12(4):203-12.
16. Ministério da Previdência Social. Benefícios de 2009. http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/beneficios_06_01.asp (acessado em 20/ago/2009).
17. Decreto n. 40.222, de 02 de agosto de 2000. Institui o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado RS 2000; 02 ago.
18. Secretaria Estadual da Saúde. Indicadores RS 2008 (Pacto pela Saúde). RS 13-Número de casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho notificados. Rio Grande do Sul; 2008.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2000. IBGE; 2000.
20. FEDERASUL (Federação das Associações Comerciais e de Serviços do Rio Grande do Sul). "Frigorífico gaúcho já demite por falta de boi". Valor Online 2007:1.
21. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Ata do encontro dos CERESTs do Rio Grande do Sul. Porto Alegre- RS; 2009.
22. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Relatório da reunião dos CERESTs gaúchos. Porto Alegre- RS; 2009.
23. Frias Jr CAS. Algumas experiências de programas de saúde do trabalhador no Brasil. In: Frias Jr CAS, ed. A saúde do trabalhador no Maranhão: Uma visão atual e proposta de atuação [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
24. Portaria GM/MS Nº 2.669. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, para o biênio 2010 - 2011. Diário Oficial da União 2009; 3 nov.
25. Portaria GM/MS Nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União 2006; 22 fev.

26. Portal da Saúde. Ações e Programas do SUS: Distribuição dos CERESTs estaduais e regionais por unidades federativas. http://www.saude.gov.br (acessado em 28/ago/2009).
27. Agência de Notícias. Centros de Saúde do Trabalhador encontram apoio para resolver dificuldades. http://www.al.rs.gov.br/Ag/noticias (acessado em 26/jun/2008).
28. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST. http://www.idisa.org.br (acessado em 17/ago/2009).
29. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2001;6(2):451-5.
30. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: A estratégia da RENAST. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(4):817-28.
31. OMS (Organizacion Mundial de la Salud). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60ª Asamblea Mundial de la Salud; 2007.

# LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:**

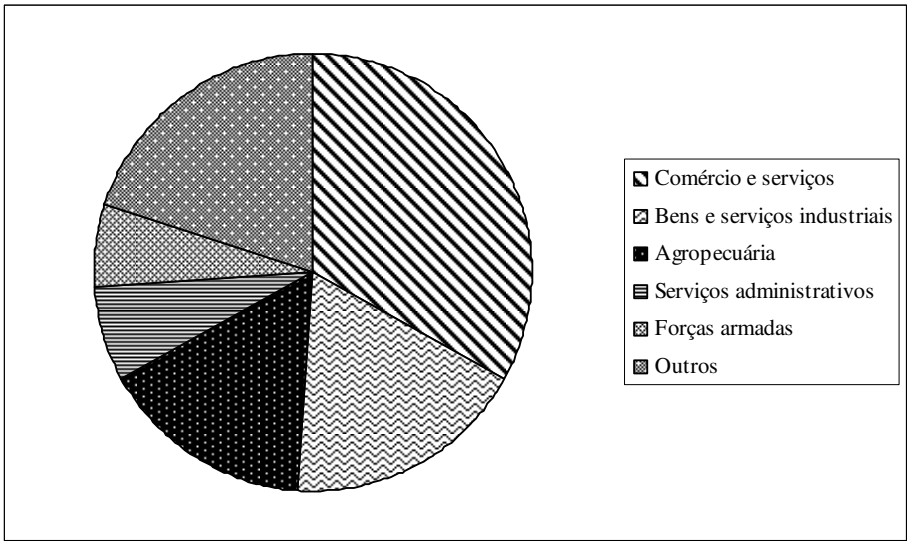
Síntese cronológica do Processo de implantação do CEREST-Oeste, Alegrete, Brasil, 2000 a 2009

| | |
|---|---|
| 2000 | Convênio Estado – Alegrete: sede do CEREST<br>Unidade de Referência: Serviço Municipal de Fisioterapia |
| 2002 | Envio de equipamentos para 10ª CRS<br>Coleta RINA, FIS pela Unidade de Referência |
| 2004 | Coleta RINAV pelo hospital-sentinela (Santa Casa Caridade)<br>Formação do Conselho Gestor (Regimento em 2005) |
| 2005 | RINA e RINAV deixaram de ser notificadas<br>Conferências em ST (participação do controle social) |
| 2007 | Término da construção do prédio (previsto para 2004) |
| 2008 | Retorno da coleta do RINA (on line: www.sist.saúde.rs.gov.br)<br>Participação em capacitações e reuniões (DVST/SES) |
| 2009 | Elaboração do Projeto de Habilitação (Ministério da Saúde) |

**Tabela 1**

| **Check-list do processo de implantação do CEREST–Oeste. Alegrete, Rio Grande do Sul, 2008/2009** | | | |
|---|---|---|---|
| **Item requerido** | **Meta alcançada** | | |
| | **Totalmente** | **Parcialmente** | **Não** |
| **Infra-estrutura** | | | |
| Construção do prédio | 2006-2007 | | |
| Aquisição do veículo | | | X |
| Aquisição dos equipamentos | | 2002 | |
| **Recursos humanos** | | | |
| Formação da equipe mínima | | 2000 | |
| **SIST** | | | |
| Coleta da FIS | | 2002-2003 | |
| Coleta do RINA | 2008 | 2002-2005 | |
| Coleta do RINAV | | 2004-2005 | |
| Investigação de acidente fatal | | | X |
| Produção de informativos | | | X |
| **Educação permanente** | | | |
| Capacitações da equipe CEREST | 2002/2008 | | |
| Treinamento de profissionais da rede | | | X |
| Educação comunitária | | | X |
| **Planejamento e gestão** | | | |
| Pactuação dos gestores Estadual e Municipal | | 2000/2008 | |
| Formação do Conselho Gestor | | 2004-2005 | X |
| Elaboração do Projeto de Habilitação | 2009 | | |
| Aprovação da CIB | | | X |
| Participação em reuniões CERESTs | | 2008 | |
| **Controle Social** | | | |
| Formação da CIST | | | X |
| Participação em Conferências | 2005 | | |

**Figura 2**
**Distribuição da População Economicamente Ativa Ocupada por grandes grupos de ocupação. (n=32.358) Alegrete, Rio Grande do Sul, 2000**




**Fonte: IBGE, Censo de 2000**

**Tabela 2**

**Caracterização dos RINAs (n=77) notificados pela Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador. Alegrete, Brasil, julho de 2008 a junho de 2009**

| **Variável** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Sexo | | |
| Masculino | 50 | 64,9 |
| Feminino | 27 | 35,1 |
| | | |
| Idade (em anos completos) | | |
| <30 | 10 | 13,0 |
| 30-39 | 20 | 26,0 |
| 40-49 | 27 | 35,1 |
| 50 ou mais | 20 | 26,0 |
| | | |
| Escolaridade | | |
| Não alfabetizado | 1 | 1,3 |
| Fundamental incompleto | 40 | 52,0 |
| Fundamental completo | 8 | 10,4 |
| Médio incompleto | 8 | 10,4 |
| Médio completo | 10 | 13,0 |
| Superior incompleto | 4 | 5,2 |
| Superior completo | 6 | 7,8 |
| | | |
| Ocupação (por grandes grupos de CBO) | | |
| Bens e serviços industriais (inclusive construção civil) | 27 | 35 |
| Comércio e serviços | 21 | 27,3 |
| Agropecuária | 15 | 19,5 |
| Profissionais das ciências e em artes | 4 | 5,2 |
| Técnicos de nível médio | 4 | 5,2 |
| Forças armadas | 4 | 5,2 |
| Poder público e dirigentes | 1 | 1,3 |
| Serviços administrativos | 1 | 1,3 |
| | | |
| Área de trabalho | | |
| Urbana | 58 | 75,3 |
| Rural | 19 | 24,7 |
| | | |
| Relação de trabalho | | |
| Assalariado em CLT | 45 | 58,4 |
| Autônomo | 12 | 15,6 |
| Trabalhador informal | 11 | 14,3 |
| Funcionário público | 8 | 10,4 |
| Empregador | 1 | 1,3 |
| | | |
| Diagnóstico do agravo (grupo de CID) | | |
| Lesões, envenenamentos e outras causas externas | 42 | 54,5 |
| Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo | 35 | 45,5 |
| | | |
| Situação geradora do agravo (grupo de agentes) | | |
| Quedas ou exposição a fatores ambientais artificiais | 37 | 48,1 |
| Condições relacionadas ao trabalho e modo de vida | 21 | 27,3 |
| Exposição a substâncias biológicas ou eventos naturais | 12 | 15,6 |
| Acidentes de transporte | 7 | 9,1 |
| | | |
| Afastamento do trabalho (atestado médico e perícia) | | |
| Sim | 55 | 72,4 |
| Não | 21 | 27,6 |
| | | |
| Preenchimento da CAT | | |
| Sim | 28 | 37,3 |
| Não | 47 | 62,7 |

**Tabela 3:**

**Associação entre grupo de diagnóstico (CID) e Sexo dos 77 RINAs notificados pela Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador. Alegrete, Brasil, julho de 2008 a junho de 2009**

| **Diagnóstico** | **Masculino*** | **Feminino*** | **Total** |
|---|---|---|---|
| Doenças do sistema osteomuscular | 14 (28%) | 21 (77,8%) | 35 (45,45%) |
| Lesões, envenenamentos e outras causas externas | 36 (72%) | 6 (22,2%) | 42 (54,55%) |
| **Total** | 50 (100%) | 27 (100%) | 77 (100%) |

*** Teste de Qui-quadrado (p <0,001).**

# PROJETO DE HABILITAÇÃO DO CEREST-OESTE

# PROJETO DO CEREST REGIÃO OESTE – Sede: Alegrete

## 1 Informações Gerais

| | | |
|---|---|---|
| Município: Alegrete | UF: RS | |
| Nome do CEREST: CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - OESTE | | |
| Modalidade: | (  ) E – Estadual | |
| | (X) R – com gestão Municipal | (  ) R – com gestão Estadual |
| Endereço: Rua Marechal Floriano s/n | | |
| Bairro: cidade alta | CEP: 97542-430 | |
| Telefones:0XX 55 39611032 | | |
| Endereço eletrônico: sst@alegrete.rs.gov.br | | |
| Coordenador: Paula Lamb Quilião | | |
| Telefone: 39611043 | | |
| Cadastro do CEREST no CNES: | | |

## 2 Municípios favorecidos com a habilitação do CEREST

Municípios da área de abrangência da 10ª CRS: Alegrete, Manoel Viana, Santana do Livramento, Quarai, São Borja, São Gabriel, Rosário do Sul, Uruguaiana, Vila Nova do Sul, Santa Margarida do Sul, Itaqui, Barra do Quarai, Maçambará.

## 3 Estrutura Física – Instalações

| | | |
|---|---|---|
| Imóvel: 383 m² | Térreo: 383 m² | Prédio: nº de pavimentos (1) |
| Alugado ( ) | Próprio (X) | Cedido ( ) |
| Reformado ( ) | Em Reforma ( ) | Em construção ( ) |

3.1 Características do Imóvel

- Salas: 06
- Banheiros: 04
- Auditório: 01
- Recepção: 01
- Copa: 01
- Outras dependências: lavanderia 01

3.2 Condições da mobília

Boa/Nova ( ) Boa/Usada( ) (X) Ruim ( ) Em licitação

3.3 Equipamentos específicos do serviço*

| Equipamento | Qtde | Equipamento | Qtde |
|---|---|---|---|
| Aparelho televisor | | Aparelho de DVD | |
| Aparelho de vídeo-cassete | | Projetor de computador (“Data show”) | |
| Projetor de slides | | Retroprojetor | |
| Computador de mesa | | Impressora | 01 |
| Computador portátil (“Notebook”) | | Aparelho de Fac-símile (“fax”) | |
| Máquina Fotográfica | | Veículo próprio | |

* Após a habilitação do CEREST serão adquiridos os equipamentos necessários para o seu funcionamento.

Outros:

| Material de Escritório | Qtde |
|---|---|
| Mesa para microcomputador | 01 |
| Mesa auxiliar | 06 |
| Cadeira giratória ajustável s/ braços | 01 |
| Cadeira giratória ajustável c/ braços | 01 |

**4 Recursos diagnósticos / exames complementares***

| Recursos diagnósticos / exames complementares disponibilizados | Qtde | Recursos / equipamentos de avaliação ambiental disponibilizados | Qtde |
|---|---|---|---|
| Audiometria | 10/mês | Dosímetro de exposição a ruído | |
| Impedanciometria | 05/mês | Mensurador de IBUTG | |
| BERA | | Central de avaliação de micro clima | |
| Ultrassonografia diagnóstica | 30/mês | Mensurador de pressão sonora (“decibelímetro”) | |
| Eletroneuromiografia | | | |
| Exames Toxicológicos | 30/mês | | |
| Exames de análises clínicas básicos | 200/mês | | |
| Provas de função respiratórias | 10/mês | | |
| Testes epicutâneos (“patch tests”)<br>Dinamômetro de mão<br>Mesa ferro para exame clínico c/ colchonete | 10/mês<br>01<br>07 | | |

* Serão disponibilizados de acordo com os recursos disponíveis dos municípios da região, seguindo a rede SUS. Após abertura do CEREST e com a elaboração de um diagnóstico em ST, serão progressivamente adquiridos recursos viáveis.

Outros:

| Equipamentos de Fisioterapia | Qtde |
|---|---|
| Aparelho de ultra som | 01 |
| Aparelho de ondas curtas | 02 |
| Aparelho de correntes interferenciais | 01 |
| Aparelho de laserterapia | 01 |
| Espaldar madeira | 01 |
| Bastão s/ carga plástico | 05 |
| Bastão c/ carga plástico | 05 |
| Caneleira | 10 |
| Halteres de ferro 1kg | 02 |
| Halteres revestidos 5kg | 04 |
| Halteres revestidos 3kg | 02 |
| Halteres revestidos kg | 02 |
| Bolsa de gel térmica p/ crioterapia | 10 |

## 5 Recursos Humanos

- Profissionais de nível superior:

| Qtde | Formação/Cargo | Título | Vínculo |
|---|---|---|---|
| 01 | Médico | Generalista ou Medicina do Trabalho | Concursado ou contratado |
| 01 | Médico | Generalista ou Medicina do Trabalho | Concursado ou contratado |
| 01 | Enfermeiro | Especialização em ST ou experiência em saúde pública | Concursado ou contratado |
| 01 | Fisioterapeuta ou Terapeuta ocupacional | Especialização em ST ou experiência em saúde pública | Concursado ou contratado |
| 01 | Fonoaudiólogo | Especialização em Audiometria | Concursado ou contratado |
| 01 | Psicólogo ou Assistente social | Especialização em ST ou experiência em saúde pública | Concursado ou contratado |

- Profissionais de nível médio:

| Qtde | Formação/Cargo | Título | Vínculo |
|---|---|---|---|
| 02 | Técnico em enfermagem | Técnico em enfermagem | Concursado ou contratado |
| 01 | Agente administrativo | Experiência em informática e secretariado | Concursado ou contratado |
| 01 | Técnico em segurança do trabalho | Técnico em segurança do trabalho | Concursado ou contratado |

## 6 Processos de Trabalho

6.1 Ações assistenciais individuais, como atendimento, acolhimento do usuário, consultas, exames e orientações

- Realizar consultas individuais para estabelecer o diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, de modo articulado com os serviços disponibilizados pelo SUS municipal e regional;
- Coleta sistemática da História Ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho, para elaboração de laudos e avaliar nexo causal;
- Organizar a Referência e Contra-referência para níveis mais complexos de cuidado de modo articulado com os serviços disponibilizados pelo SUS municipal e regional, para diagnóstico, incluindo exames complementares, tratamento e reabilitação;
- Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes;
- Acolhimento ao usuário de maneira humanizada, organizando o agendamento de consultas e exames, para evitar atraso no atendimento.

6.2 Informação, comunicação e educação popular em saúde

- Realizar cursos para movimentos sociais, sindicais e controle social pela região;
- Veicular em meios de comunicação, eventos do CEREST, informações importantes de prevenção e de alerta à população;
- Elaborar e distribuir informativo trimestral sobre as ações realizadas pelo CEREST na região;
- Elaborar e distribuir folders e informativos em eventos e datas alusivas ao trabalho;
- Promover eventos de combate ao trabalho infantil, exploração e trabalho escravo de populações carentes;

- Promover conferências municipais e regionais para debate de políticas públicas em saúde do trabalhador envolvendo a todos os interessados.

6.3 Educação e capacitação contínua para profissionais do SUS

- Realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde, mediante organização e planejamento de ações em saúde do trabalhador em nível local e regional;
- Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção;
- Participar da elaboração de práticas e de treinamento regional para a utilização dos Protocolos em Saúde do Trabalhador, visando à consolidação dos CEREST como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho;
- Promover eventos de sensibilização de gestores da área de abrangência para que estes estimulem as ações nesta área em seus municípios;
- Promover Aperfeiçoamento das equipes do CEREST e das Unidades de Referência em Saúde do Trabalhador dos municípios da região;
- Promover atividades educativas dos profissionais da atenção básica e do PSF para práticas em Saúde do Trabalhador;
- Participar de reuniões do Conselho Gestor, da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e Conselhos de Saúde;
- Freqüentar as oficinas da RENAST, de encontros de integração entre CERESTs do RS e Conferências em Saúde do Trabalhador.

6.4 Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador

- Divulgar o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) realizando treinamento e cursos para os profissionais do SUS;
- Notificar os agravos relacionados ao trabalho identificados pela rede no SIST;

- Realizar busca ativa de casos suspeitos de doença relacionada ao trabalho;
- Realizar a investigação de acidentes de trabalho fatais na região quando identificados;
- Realizar investigação epidemiológica, analisar dados, elaborar e divulgar informes epidemiológicos semestrais;
- Realizar vigilância das condições e dos ambientes de trabalho, principalmente em denúncias;
- Promover eventos de sensibilização das equipes de vigilância em saúde nos municípios da área de abrangência;
- Dispor de delegação formal da vigilância sanitária nos casos em que a saúde do trabalhador não estiver na estrutura da vigilância em saúde ou da vigilância sanitária;
- Prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência;
- Elaborar mapeamento de risco das atividades produtivas no município e atualizá-lo anualmente;
- Alimentar outros Sistemas de Informação importantes, como SINAN.

6.5 Parcerias e articulações inter-institucionais (MTE, MPS, universidades, entre outros)

- Propor e assessorar a realização de convênios de cooperação técnica com os órgãos de ensino, pesquisa e instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, de defesa do consumidor e do meio ambientes;
- Realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos CEREST para que estes se tornem agentes multiplicadores;
- Facilitar o desenvolvimento de estágios, trabalho e pesquisa com as universidades locais, as escolas e os sindicatos, entre outros;
- Contribuir nos projetos das demais assessorias técnicas municipais;

- Fomentar as relações interinstitucionais, para organizar um sistema cooperativo intersetorial com MTE, MPS, entre outros.

6.6 Organização da rede local de assistência

- Organizar e a estruturar a assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004:

a) acidente de trabalho fatal;

b) acidentes de trabalho com mutilações;

c) acidente com exposição à material biológico;

d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;

e) dermatoses ocupacionais;

f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;

g) lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);

h) pneumoconioses;

i) perda auditiva induzida por ruído (PAIR);

j) transtornos mentais relacionados ao trabalho; e

l) câncer relacionado ao trabalho.

6.7 Regulação da assistência

O controle da assistência será realizado mediante implantação de uma central de regulação, a partir de planilhas de metas a serem desenvolvidas mediante negociação entre os gestores do município da área de abrangência, com acompanhamento da SES/RS e 10ª CRS.

6.8 Cooperação técnica e de supervisão das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços do SUS

- Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar e, quando necessário, em conjunto com técnicos do CEREST estadual;
- Fornecer subsídios para a pactuação das ações em Saúde do Trabalhador nas agendas municipais de saúde em sua área de cobertura, assim como na Programação Pactuada e Integrada - PPI, em conjunto com o setor de planejamento, controle e avaliação;
- Prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS em todos os níveis de atenção;

6.9 Acompanhamento da implantação e suporte técnico das ações de saúde do trabalhador nos níveis de atenção básica, especializado, e hospitalar

- Atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetorial de Saúde do Trabalhador;
- Estimular, prover subsídios e participar da pactuação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador na região de sua abrangência;
- Efetuar o registro, a notificação e os relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes, visando às ações de vigilância e proteção à saúde;
- Acompanhar através do SIH/SUS e SIA/SUS a produtividade e o nível de ação do CEREST na rede.

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

7.1 Riscos no trabalho

- Físicos: ruído (trabalhador da indústria, cozinheira), temperatura (magarefe, cozinheira, padeiro), umidade (trabalhador rural).
- Químicos: fumaça (motorista de cargas), poeiras (profissional da limpeza, da agroindústria), gases (trabalhador rural).
- Biossanitários: lixo (coletor de lixo, profissional da limpeza), microorganismos patológicos (técnico de enfermagem), contaminação com instrumentos de trabalho (coletor de lixo).
- Psicológicos: estresse (bilheteiro, professor), depressão (trabalhador rural, do lar), assédio moral (trabalhador do comércio, bancário, técnico em enfermagem).
- Ergonômicos: postura incômoda (mecânico, eletricista, dentista), mobília desajustada (bancário, trabalhador da indústria), movimento repetitivo (bancário, cozinheira), carga excessiva (trabalhador rural, repositor de mercadoria).
- Segurança: contato com substâncias lesivas (profissional da limpeza, farmacêutico), instrumentos pérfuro-cortantes (médico, cozinheira, costureiro), máquinas perigosas (eletricista, trabalhador da indústria), profissão de risco (forças armadas, construção civil).
- Sociais: condições de vida, renda baixa, escolaridade e gênero interferem no vínculo empregatício, desvalorização do trabalho chegando a extremos como trabalho escravo, assédio moral e sexual.
- Ambientais: processo produtivo exaustivo (construção civil, trabalhador da indústria), trabalho desorganizado (cozinheira).

## 7.2 Mapa de Doenças e Acidentes de Trabalho

De acordo com dados coletados pelo SIST, através do Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA) em Alegrete no ano de 2007, todos os trabalhadores rurais (cinco) tiveram acidentes de trabalho, funcionários da limpeza, como serventes e domésticas apresentaram mais dores musculares principalmente em coluna, seis dos sete trabalhadores de um frigorífico apresentaram LER/DORT.

"Projeto Alerta" foi uma pesquisa realizada pela parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Federação dos Trabalhadores nas Indústrias da Alimentação do RS e com cinco sindicatos associados. Realizado em 2007 com trabalhadores da indústria de alimentação, incluindo São Gabriel e Alegrete, constatou que o barulho foi a maior reclamação entre os entrevistados, 81% dos trabalhadores de Alegrete relataram a umidade como fator de doença do trabalho, contra 63% de São Gabriel.

O aumento da produção vai ser dado sempre pela intensificação do ritmo de trabalho, pois, pela ótica empresarial, existe uma limitação técnica e física ao aumento do número de trabalhadores: ampliações do quadro funcional exigem a instalação de novas linhas de produção, que exigem altos investimentos. Isso explica o elevado assédio moral e a variação na política de horas extras (Projeto Alerta, 2007).

## 7.3 Indicadores Sociais, Econômicos, de Desenvolvimento, Força de Trabalho e IDH

A estimativa da população da 10ª CRS em 2005 foi de 582.077 habitantes de acordo com IBGE, envolvendo os municípios de Alegrete, Manoel Viana, Santana do Livramento, Quarai, São Borja, São Gabriel, Rosário do Sul, Uruguaiana, Vila Nova do Sul, Santa Margarida do Sul, Itaqui, Barra do Quarai e Maçambará.

A esperança de vida ao nascer em Alegrete ficou em 2000, de 70,21 anos, o município com menor esperança de vida foi Maçambará, de 67,95 anos e o com maior esperança de vida foi Itaqui, de 76,34 anos. O IDH de Alegrete foi de 0,793, sendo o mais baixo da região oeste Maçambará com 0,743, e o mais alto Itaqui com 0,801 (PNUD, 2000). Índice de Gini da região ficou em torno de 0,59 em 2000, sendo próximo do índice do Rio Grande do Sul, que ficou em quinto lugar na listagem dos estados brasileiros.

O nível de urbanização da região, segundo FEE em 2003, foi de 90%. Apresentou em 2003 (FEE) um PIB per capita de R$ 8,93. Os municípios da região apresentaram um percentual da renda proveniente de rendimentos do trabalho em torno de 70%, Alegrete obteve 69,66%, o mais baixo foi Manoel Viana com 65,02% e o mais alto foi Barra do Quarai com 74,23% (PNUD, 2000). As maiores proporções de pobres do Rio Grande do Sul encontraram-se na 19ª CRS (37,4%), na 15ª CRS (36,2%), que apresentaram índices baixos de urbanização, e na 10ª CRS (30,6%), cujo índice de urbanização foi de 90% como visto anteriormente (PNUD, 2000). Aproximadamente 95% das pessoas da região oeste vivem em domicílios com energia elétrica e 93% vivem em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo. Em Maçambará, 72% da população vive em domicílios com banheiro e água encanada, o maior percentil da região foi Quarai, de 92% (PNUD, 2000).

As pessoas maiores de 25 anos estudaram em média 5 anos. A taxa de alfabetização em Alegrete foi de 91,68%, Maçambará foi o município com taxa mais baixa, de 87,69%, no outro extremo ficou Uruguaiana com uma taxa de 93,94% de alfabetização. Em relação aos índices de escolaridade foi calculada a proporção de pessoas com menos de 4 anos de estudo na população de 10 anos ou mais de idade. A 19ª CRS é a regional que apresenta o maior índice, 26,8%, seguida de perto pela 10ª CRS (26,4%). Fonte PNUD, 2000.

## 7.4 Perfil Populacional e da População Econômica Ativa

A Fronteira Oeste é identificada como uma região constituída, do ponto de vista agrário, apenas por grandes propriedades rurais, formadas pela distribuição das sesmarias que deram origem às estâncias ou fazendas. Esse enfoque historicamente referido à região, como somente dos tradicionais latifúndios com produção da pecuária extensiva, omitiu a presença da agricultura familiar nesse território. Segundo os dados do INCRA/FAO (1995/96), a categoria familiar no município de Alegrete corresponde a 61,3% dos estabelecimentos rurais e vem crescendo em toda região, chegando a um terço deles com renda baixa e quase sem renda.

O município de Alegrete é o maior em extensão territorial dos municípios que integram a Fronteira Oeste (sendo inclusive o de maior área do RS), abrangendo

7.808,8 $km^2$ (IBGE, 2000), tendo limites territoriais com vários municípios da Fronteira Oeste, com semelhanças históricas, culturais, sociais, econômicas e agroecossitêmicas, como Rosário do Sul, Manoel Viana, Itaqui, Quaraí, São Francisco de Assis, São Vicente, Cacequi e Uruguaiana caracterizando a sua importância regional para alocação de dados e referências importantes ao desenvolvimento. Segundo os dados do SIDRA/IBGE (2005), as características das produções agropecuárias na área rural do município de Alegrete podem ser consideradas as mesmas que predominam nos municípios da região da Fronteira Oeste.

A pecuária de corte é a principal atividade agropecuária do sistema agrário da região Campanha. Em Alegrete, entre os agricultores familiares, é amplamente hegemônico o sistema de produção da pecuária de corte explorado de forma extensiva.

Demonstrando a força da Fronteira Oeste no setor, em relação ao Valor Adicionado Bruto (VAB), Uruguaiana e Alegrete ficaram em primeiro e segundo lugar, respectivamente, no *ranking* em agropecuária no Rio Grande do Sul, no ano de 2004. Itaqui ficou em quinto lugar (FEE/Centro de Informações Estatísticas/Núcleo de Contabilidade Social, 2004/2005).

Analisando dados do IBGE, censo de 2000, observou-se que o mercado de trabalho da região oeste do Rio Grande do Sul se estrutura da seguinte forma:

- A população economicamente ativa representou menos de 50% da população total;
- Os trabalhadores do setor de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados representaram a maior parcela entre a maioria dos municípios, em torno de 30% de representatividade entre as ocupações. O VAB para região foi de aproximadamente 60% para o setor serviços, tendência do mercado atual (FEE, 2005). Apenas os municípios de Maçambará, Manoel Viana e Vila Nova do Sul apresentam maior contingente de trabalhadores agropecuários, florestais, de caça e pesca;
- Uruguaiana representa o município com a maior população trabalhadora praticamente para as categorias produtivas da região, perdendo apenas nos setores da agropecuária e forças armadas para Alegrete.

7.5 Perfil de morbimortalidade ocupacional da região

Os ajustamentos à nova economia global, particularmente em países como o Brasil, têm acontecido às custas de uma deterioração das condições sociais e de um hiato, cada vez maior entre os grupos, no perfil de distribuição de renda.

De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de doenças profissionais, de doenças relacionadas ao trabalho e, doenças comuns ao conjunto da população (Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, 2004). Já o acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral que acarreta dano à saúde, provocando redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Abrange o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa, assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (Notificação de Acidentes do Trabalho, 2006).

A 10ª CRS está entre as coordenadorias com coeficiente de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no grupo de 30 a 59 anos de idade mais altos, 52,8 mortes por mil habitantes (Fonte: SIM/NIS/SES/RS).

De acordo com as notificações realizadas pelo SIST através do Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências (RINAV) no período de 2004 a 2005, em uma análise do perfil de morbidade ocupacional mais aproximada da realidade de nossa região, observou-se:

- Foram registrados 462 acidentes típicos e 26 acidentes de trajeto;
- 238 acidentes típicos não apresentavam ocupação definida, 46 eram trabalhadores agropecuários ou assemelhados, 21 eram motoristas em geral. Outras profissões relevantes neste tipo de acidentes foram mecânicos, pedreiros, magarefes, soldadores e comerciantes;
- 9 acidentes de trajeto não apresentavam ocupação definida. Outras profissões relevantes neste tipo de acidente foram motoristas, costureiros, camareiros, trabalhadores agropecuários e da construção civil.

Podemos somar estas informações às coletadas pelo INSS (DATAPREV/CAT), foram ao total 750 acidentes típicos, 100 acidentes de trajeto e 33 doenças do trabalho registradas no ano de 2007. Em Alegrete 18% das CATs foram emitidas para trabalhadores da faixa etária de 30 a 34 anos e 79% eram homens, considerando então a maioria dos trabalhadores adoentados jovens ativos. Apenas um auxílio-doença por acidente de trabalho emitido para um trabalhador da zona rural em Alegrete em 2007, mostrando um alto subregistro para esta classe.

Na ponta desse processo o que aguarda o trabalhador são procedimentos mais agressivos e que reduzem a capacidade de trabalho, como os cirúrgicos e medicamentos analgésicos de uso contínuo, infiltrações intra-articulares. Também, se tornam dependentes da fisioterapia para amenizar a dor e limitações de movimentos, destino de muitos dos 85,5% dos entrevistados já se queixam de dores (Projeto Alerta, 2007).

Uma das considerações finais do Projeto Alerta:

> "É fundamental que os sindicatos pressionem o poder público a instalar e manter em funcionamento os Centros de Referência à Saúde do Trabalhador."

7.6 Informações sobre benefícios previdenciários concedidos

De acordo com IBGE, 2000, o 55,5% da PEA contribuiu para Previdência Social, dos municípios da região oeste do Rio Grande do Sul. Quanto a posição de ocupação, 46% dos empregados tinham carteira assinada, 4% eram considerados empregadores, 22,5% trabalhavam por conta própria, 4,5% eram militares ou estatutários e 5% não eram remunerados

Em 2007, o valor dos benefícios emitidos para região ficou em torno de quinhentos milhões de reais, sendo que o valor arrecadado no mesmo ano não chegou a um quarto deste valor, sendo um gasto relevante para o governo. Uruguaiana foi o que mais gastou com benefícios, já que foi o município que apresentou o maior número emitido no ano de 2007, cerca de cento e vinte milhões reais. Em toda região, apenas 18% dos benefícios foram gastos para trabalhadores

da zona rural, sendo que Vila Nova do Sul emitiu 69% de seus benefícios para estes trabalhadores, e Uruguaiana a menor parcela, 8% (SINTESE/DATAPREV, 2008).

No ano de 2006 foram notificados 1.008 acidentes de trabalho pela Previdência Social (DATAPREV, CAT) na região oeste do Rio Grande do Sul, que passou para 1.306 em 2007. Uruguaiana foi o que registrou maior número de acidentes, 380, e Vila Nova do Sul o menor, com apenas 4, em 2007. Neste ano, os acidentes típicos foram 84% do total de acidentes, muito distante disso, as doenças foram 4%. Foram notificados 6 acidentes de trabalho fatais em 2007, 2 em São Gabriel, 1 em Itaqui, 1 em São Borja, 1 em Santana do Livramento, 1 em Uruguaiana.

Alegrete é o primeiro do *ranking* dos municípios com maior número de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) para acidentes graves ou fatais entre trabalhadores rurais do RS (INSS, 2007).

## 7.7 Capacidade Instalada do SUS

No ano de 2005, o valor médio do gasto com saúde pelo SUS no Estado foi de R$ 195,95 por habitante. Considerando as dezenove regionais de saúde, constata-se que a 1ª CRS é responsável pela maior despesa, R$ 231,00 por habitante, 116% maior que o valor da 10ª regional, que teve o menor gasto per capita do Estado, de R$ 107,00 (MS/DATASUS - SIOPS).

Os municípios da 10ª CRS em 2005 tiveram disponibilizados por 1000 habitantes: 0,9 médicos, 0,6 odontólogos, 0,3 enfermeiros e 2,8 técnicos e auxiliares de enfermagem. No Estado esse indicador é de 1,9 médicos por 1.000 habitantes (CREMERS; CRORS; COREN/RS; CEVS/SES-RS). Pela 10ª CRS em 2005 foram realizadas 840.505 consultas médicas, sendo uma cobertura de 1,45 consultas por habitante (MS/DATASUS-SIA/SUS).

Em 2005, foram ao todo 1.331 leitos hospitalares e 1.033 leitos destinados para o SUS, gerando 1,79 leitos por 1.000 habitantes para a 10ª CRS - RS (DAHA/SES-RS). Em 2005, o coeficiente de leitos hospitalares vinculados ao SUS é de 2,1 leitos para cada 1.000 habitantes. Considerando o total de leitos existentes no Estado, este coeficiente aumenta para 2,8/1000 habitantes. A 10ª CRS está entre as

três regionais com menor número de internações hospitalares, foram realizadas 38.210 internações hospitalares, alcançando uma taxa de 6,61 internações por 100 habitantes (MS/DATASUS-SIH/SUS, 2005).

A 10ª CRS é representada por 6 hospitais com 56 leitos de UTI, foram 3.136 AIHs emitidas somando o valor de R$ 3.497.823,96 em 2006, com um percentual físico de 8% e financeiro 3,1% (CEVS/SES).

A situação da cobertura Saúde da Família pela 10ª CRS, em 2005 foi insatisfatória, sendo a segunda pior cobertura no estado do Rio Grande do Sul, menor que 20%, provavelmente devido à grande extensão de seus municípios apresentam maior dificuldade em expandir a Estratégia em Saúde da Família (SIAB/SES-RS).

7.8 Situação da PPI da região

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo instituído no âmbito do SUS, onde em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Está em processo de revisão para adequar as demandas de cada região, buscando qualificar o acesso dos usuários ao sistema.

Objetivos da PPI no Estado (CEVS/SES):

Organizar a rede de serviços;

- Buscar equidade de acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência e definir os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade em todos os municípios;
- Fornecer subsídios para os processos de regulação de acesso;
- Contribuir na organização de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas;
- Possibilitar a transparência dos pactos intergestores a serem explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

As diretrizes do processo de programação devem ser coerentes com os Planos de Saúde, o Plano Diretor de Investimento, o Plano Diretor de Regionalização e com as metas e objetivos do Pacto pela Saúde.

A Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, deve: orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, processos de negociação, pactuação entre os gestores. A PPI define os fluxos de usuários no sistema de saúde e deve manter consonância com o processo de regionalização (redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços).

O objetivo da regional de saúde neste sentido é a realização da programação das referências seguindo lógica da regionalização e a participação no processo de acompanhamento e regulação das redes regionalizadas, incluindo o CEREST.

Com o novo pacto, uma série de reuniões estão sendo realizadas entre os gestores (estadual, municipais) e os prestadores de serviços de média e alta complexidade. Este processo visa estabelecer novos contratos, organizando os serviços de forma mais equânime e redefinindo fluxos de funcionamento, mediante a integração da rede, por meio de um sistema hierarquizado e regionalizado.

Um dos eixos norteadores do Ministério da Saúde para os Estados no sentido de orientar os gestores no planejamento, programação e priorização das ações foi a Saúde do Trabalhador.

Os Indicadores pactuados pelo Rio Grande do Sul em 2008 estão listados abaixo:

- RS 1 Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce;
- RS 2 Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer;
- RS 3 Proporção de Nascidos Vivos com muito Baixo Peso ao Nascer;
- Rs 4 Número de Imóveis Inspecionados para Identificação e Eliminação de Criadouros de Aedes Aegypt em Municípios Infestados;
- RS 5 Número de Visitas em Armadilhas e Pontos Estratégicos realizadas em Municípios Não Infestados pelo Aedes Aegypt;
- RS 6 Proporção de Menores de Três Anos de Idade Acompanhados pelo Programa Primeira Infância Melhor;

- RS 7 Taxa de Internação por IRA em Menores de 5 Anos;
- RS 8 Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) de 30 a 59 Anos;
- RS 9 Taxa de Internação por AVC na População de 60 Anos ou mais;
- RS 10 Proporção de Portadores de Hipertensão Arterial cadastrados no HIPERDIA;
- RS 11 Proporção de Portadores de Diabetes Mellitus cadastrados no HIPERDIA;
- RS 12 Taxa de Internação por Alcoolismo na População de 10 Anos ou mais;
- RS 13 Número de Casos de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho Notificados.

O parâmetro utilizado para cálculo do RS13 é o coeficiente estadual de notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no SIST-RS, de 12 casos por 10.000 habitantes, e a meta é o número de casos calculado aplicando-se o parâmetro à população do município. Segundo a pactuação este indicador permite a implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador, que contribuirá para dimensionar os riscos à saúde relacionados aos processos de trabalho em cada região, possibilitando o desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos mesmos.

Dos 12 municípios da região, 4 não pactuaram com Estado o indicador RS 13, Uruguaiana, Alegrete, Quarai e Rosário do Sul. Acredita-se que esta realidade mude a medida que o CEREST se estruture, com o incentivo às Unidades de Referência pela coleta de informações para o SIST.

## 7.9 Estrutura Regional do INSS e da Delegacia Regional do Trabalho

O Ministério do Trabalho e do Emprego estrutura a função antes realizada pelas Delegacias Regionais do Trabalho, agora por Gerências Regionais do Trabalho. Envolvendo os municípios da Fronteira Oeste, estão as Gerências Regionais do Trabalho de Santana do Livramento e de Uruguaiana.

Pela Gerência Regional de Santana do Livramento, são atendidas uma média de 120 pessoas por semana, sob a sua jurisdição estão mais sete muni-

cípios: Cacequi, Dom Pedrito, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, São Gabriel e Vila Nova do Sul.

Pela Gerência Regional do Trabalho de Uruguaiana estão os municípios de Alegrete, São Borja, Itaqui, Barra do Quaraí, Maçambará e Manoel Viana. Alegrete e São Borja possuem Agências Regionais subordinadas pela Gerência Regional de Uruguaiana.

A função da Gerência Regional do Trabalho e suas respectivas agências é fiscalizar as empresas, orientar e informar ao público sobre as questões trabalhistas. A fiscalização abrange duas áreas: a área trabalhista e a de segurança e saúde do trabalhador. A área trabalhista fiscaliza a parte relacionada com carteira do trabalho, fundo de garantia, horário de trabalho e trabalho do menor. A área de segurança e saúde do trabalhador fiscaliza as empresas e também atende ao público com relação ao cumprimento da legislação pertinente a esta área.

A Gerência Regional de Uruguaiana vem ampliando sua fiscalização a denúncias de trabalho infantil, trabalho perigoso sem proteção, e principalmente, vem aumentando a vigilância na zona rural na questão do uso de agrotóxicos e o uso obrigatório de equipamentos de proteção individual. A Gerência Regional do Trabalho Uruguaiana regularmente realiza mutirões para encaminhar do seguro-desemprego dos pescadores artesanais de Uruguaiana durante o defeso da Bacia do Rio Uruguai. Em 2008, no município de Quaraí foram encontrados sete trabalhadores em condições precárias, em uma madeireira.

## 7.10 Informações ambientais e do âmbito rural

A Fronteira Oeste é uma região com grande expressão no mercado agropecuário gaúcho, mesmo assim, pouco se preocupa com a saúde do trabalhador rural, a exemplo disso, não há dados referentes ao número de intoxicações por agrotóxicos no SINAN. Consideramos o tema AGROTÓXICO de grande relevância, por esta razão, o CEREST Oeste atuante poderia estabelecer a gravidade do problema e priorizar atividades técnico-educativas neste tema.

A orientação da EMBRAPA aos produtores que utilizam agrotóxicos para o cultivo de arroz irrigado, no sentido de evitar o comprometimento do Aqüífero

Guarani foi a de observar a capacidade do uso do solo, viabilidade econômica da cultura e seguir os programas de irrigação e fertilização.

A Associação das Revendas de Agroquímicos da Fronteira Oeste (ARAFO) administra a Central de Recebimento de Alegrete está inserida no Programa de Recolhimento de Embalagens de Agrotóxicos, desde 2004 dão destino às embalagens vazias, fazendo a lavagem, reciclagem ou incineração, dependendo do tipo de material da embalagem. Também promovem ações em escolas e eventos educativos relatando a necessidade da preservação do meio ambiente.

Em nossa região, a ação antropogênica sobre a natureza em função produtiva causa problemas que diretamente e indiretamente atingem o próprio homem:

- Uso indiscriminado de agroquímico e a falta de cuidado do trabalhador rural com o uso de EPIs, a fiscalização pelos órgãos competentes é feita, na maioria dos casos, através de denúncia;
- Áreas de preservação permanente de mata ciliar que têm sido desmatadas para o cultivo de lavouras e acesso do gado ao curso d'água. O desmatamento gera o assoreamento do rio que com as chuvas há um desgaste do solo desprotegido, deixando mais raso o rio;
- Grande incidência de espinilho, árvore nativa que gera dificuldade para passagem de gado, solicitação do descapoeiramento, corte raso do espinilho para entidade estadual (FEPAM/SEMA);
- Áreas de desertificação devido a superexploração agrícola e a pecuária extensiva geram alterações na composição do solo;
- Estudos realizados nas áreas do Aqüífero Guarani (EMBRAPA) com análise do lençol freático no período de 2003 a 2005 não indicaram presença de moléculas eficientes de agrotóxicos quanto ao potencial de degradação ambiental;
- Efluentes de indústrias de pequeno e médio porte, principalmente no setor alimentício liberados em córregos e rios;
- Agroindústria, principalmente do arroz, com a contaminação da sílica, atualmente sendo utilizada na produção de energia;

- Mineração para construção civil de cascalho, arenito, basalto e argila, gerando poeiras que podem causar doenças alérgicas em trabalhadores;
- No meio urbano, verifica-se uma grande quantidade de catadores de lixo, que estão sendo contaminados por resíduos tóxicos e biológicos, expostos a pérfuro-cortantes.

O Índice de Potencial Poluidor da Indústria (Inpp-I) vem sendo calculado para os municípios gaúchos e verifica o risco em termos do potencial poluidor e maior volume de produção industrial, levando em conta a dimensão econômica e ambiental. Em 2004 Uruguaiana apresentou um Inpp-I de 0,29, seguido de Alegrete Inpp-I de 0,21. Barra do Quarai, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí o Inpp-I foi praticamente zero. Todos apresentaram um baixo potencial poluidor já que possuem poucas indústrias situadas na região (FEE/CIE/NIS;NPE).

## 7.11 Informações dos Parceiros Estratégicos e dos Centros Colaboradores que podem atuar na área

O CEREST Oeste pretende estabelecer parcerias com outros órgãos públicos, agências regionais e municipais do Ministério do Trabalho e Emprego (Gerências Regionais do Trabalho de Uruguaiana e Santana do Livramento e Agências), da Previdência Social (Agências), Fundação Estadual de Proteção Ambiental (FEPAM Regional de Alegrete), Secretarias Municipais (Meio Ambiente, Assistência Social), Vigilância em Saúde das Secretarias Municipais de Saúde (Sanitária, Epidemiológica), Conselhos Municipais e Conselho Tutelar.

Parcerias com Instituições de Ensino, UNIPAMPA (com campus espalhados por municípios da região da campanha gaúcha), Universidades privadas (URCAMP, PUC), Institutos de ensino técnico e superior (Instituto Federal Farroupilha - EAFA), entre outras.

Entidades representativas profissionais, da comunidade local e beneficentes, entre outros. Presentes na maioria dos municípios: Sindicato dos trabalhadores rurais, Sindicato dos trabalhadores em educação, CPERGS - Centro dos Professores do Estado do RS, Sindicato dos empregados em estabelecimentos de serviço a saúde, Sindicato dos trabalhadores em indústrias de alimentação, Sindicato dos trabalhadores nas indústrias de energia elétrica do RS, Sindicato dos

empregados no comércio, SESC - Serviço Social do Comércio, Sindicato dos empregados em estabelecimentos bancários, Sindicato dos trabalhadores em construção mobiliária, Sindicato dos trabalhadores em transportes rodoviários, Sindicato dos municipários, SINDILOJAS, Cooperativas (CAAL – Cooperativa Agroindustrial de Alegrete), ONGs, Rotary Club entre outras entidades beneficentes, Grupos ecológicos e Associações de classe e bairros.

Data: 18/03/2009.

_____

**Paula Lamb Quilião**

**Coordenador do CEREST – Oeste**

Telefone: 55 39611043

e-mail: sst@alegrete.rs.gov.br

_____

**Maria do Horto Loureiro Salbego**

Secretária Municipal de Saúde

# NOTA PARA IMPRENSA

## A REGIÃO DE ALEGRETE PRECISA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)

OS CERESTs são unidades de saúde que devem dar suporte técnico e institucional para que o SUS desenvolva a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de forma hierarquizada. Alegrete é o primeiro município em número de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) graves ou fatais entre trabalhadores rurais no Estado. Os acidentes e as doenças do trabalho afetam principalmente adultos jovens ativos trazendo prejuízos para o trabalhador, para seus dependentes e também, para sociedade. O CEREST–Oeste deveria estar em funcionamento desde 2004. Assim, é preciso que a comunidade se mobilize para superar as barreiras existentes para a implantação do Centro, de forma a otimizar o enfrentamento dos graves problemas de saúde do trabalhador na região.

Com o objetivo de acelerar o processo de implantação e subsidiar o planejamento do CEREST-Oeste, foi realizado um estudo que avaliou o nível de implantação do centro, examinando as dificuldades existentes no processo e identificou as características ocupacionais e de saúde dos trabalhadores do município. Este estudo foi desenvolvido pela fisioterapeuta e responsável pela Unidade Municipal em Saúde do Trabalhador Paula Lamb Quilião, sob orientação da Profª Drª Anaclaudia Gastal Fassa como parte de sua dissertação de Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública Baseada em Evidências, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

O principal problema identificado na implantação do CEREST-Oeste foi a falta de articulação entre as diferentes esferas de governo. Uma grande responsabilidade acaba recaindo sobre o município sede, mas tendo em vista o caráter regional do centro, é preciso viabilizar acordos com o estado e com os outros municípios da região para compartilhar as responsabilidades. Esta falta de articulação acarretou atrasos na construção da área física; indefinição sobre a responsabilidade na manutenção do prédio e dos recursos humanos; estragos por desuso de equipamentos que não foram colocados em funcionamento; bem como, desmobilização das ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Desde 2008 um novo ânimo foi dado para continuidade da implantação culminando na elaboração do Projeto de habilitação junto ao Ministério da Saúde. Os gestores, os profissionais da saúde e o controle social precisam conhecer a atribuição de cada esfera governamental e devem trabalhar de forma articulada para viabilizar a implantação e o pleno funcionamento do Centro. Para isto, é importante o fortalecimento do controle social através da criação da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) e a formação imediata de uma equipe técnica inicial que dê suporte ao processo de implantação, faça o planejamento e desenvolva as atividades pertinentes ao CEREST-Oeste.

# ANEXOS

## ANEXO A

### Normas para publicação: Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);

1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);

1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000

palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

* Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

* ClinicalTrials.gov

* International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

* Nederlands Trial Register (NTR)

* UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

* WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do

conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## 7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

## 8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

## 9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, abstract e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: http://decs.bvs.br/.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, sendo aceito o máximo de cinco (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas). 12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos,

texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail

(cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Cadernos de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2009 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

# Livros Grátis

( http://www.livrosgratis.com.br )

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo