ELIETE DOMINGUEZ LOPEZ

**EXPECTATIVA DOS ESPECIALISTAS COM A INCLUSÃO DA
ODONTOLOGIA OCUPACIONAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR
SERVIDOR PÚBLICO - ESTATUTÁRIO**

São Paulo
2009

Eliete Dominguez Lopez

**Expectativa dos Especialistas com a Inclusão da Odontologia
Ocupacional na Saúde do Trabalhador Servidor Público- Estatutário**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Crosato

São Paulo
2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lopez ED. Expectativa dos especialistas com a inclusão da odontologia ocupacional na saúde do trabalhador servidor público-estatutário [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

São Paulo, ____/____/____

Banca Examinadora

1)Prof(a).Dr(a). _____

Titulação:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

2)Prof(a).Dr(a). _____

Titulação:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

3)Prof(a).Dr(a). _____

Titulação:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

Agradeço os professores do Departamento de Odontologia Social e Legal da USP-SP pelas orientações e estímulo.

Agradeço e divido este estudo com todos os trabalhadores, principalmente com os servidores públicos.

Ao professor orientador Dr. Edgard Crosato pelo apoio, amizade, compreensão, confiança e por compartilhar seus preciosos conhecimentos.

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Moacyr da Silva e Prof. Dr. Edgard Michel Crosato, pelo respeito, pelas oportunidades dadas a minha vida acadêmica, compreensão, paciência e principalmente pela amizade.

Aos meus pais Rufino e Eudósia (in memóriam) que me ensinaram o caminho do amor e a importância da educação e perseverança.

Ao meu irmão Rufino pelo exemplo de como se deve amar e respeitar a profissão que abraçamos

Ao meu marido Paulo e meu filho Rodrigo, que muitas vezes se viram privados da minha companhia e que tiveram que se adaptar aos meus horários de estudo, pelo amor e compreensão, o meu eterno reconhecimento.

A Maria Angélica Mendonça Lopes, amiga, companheira de caminhada.

Aos colegas do mestrado pela amizade e companheirismo.

A todos os funcionários do Departamento de Odontologia social, que com gentileza me auxiliaram nesta jornada.

A todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para o êxito deste trabalho, minha gratidão e respeito.

Lopez ED. Expectativa dos especialistas com a inclusão da odontologia ocupacional na saúde do trabalhador servidor público-estatutário [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

Objetivo: Este estudo descritivo com método qualitativo teve como objetivo verificar o impacto da inclusão da Odontologia do Trabalho na vida do servidor público sob a ótica do Cirurgião Dentista Especialista em Odontologia do Trabalho, pretendendo poder contribuir com a melhoria da Saúde do Trabalhador Estatutário como um direito; com a União reduzindo gastos com pagamento de benefícios pela Previdência Social e com Sociedade como um todo, visando analisar a percepção dos entrevistados em relação à inclusão da odontologia do trabalho no Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador Estatutário (Servidor Público). **Método:** O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada cujo roteiro básico incluiu questões referentes à saúde bucal dos trabalhadores. A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora. Por questões éticas optou-se pela não identificação dos entrevistados. Para análise dos discursos utilizou-se a metodologia do discurso do sujeito coletivo. **Resultados:** O servidor público estadual e municipal não possui ainda atenção integral à sua saúde, enquanto não inserir uma vez que a coordenação de odontologia ocupacional; espera-se que com a implantação do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal as demais instâncias de governo se sensibilizem e implantem uma coordenação de odontologia do trabalho nas instâncias estaduais e municipais. **Conclusões:** A partir dos resultados pudemos concluir que a odontologia do trabalho representou um positivo impacto na promoção da saúde integral dos trabalhadores do serviço público, tanto no âmbito municipal quanto estadual. A existência da coordenação de odontologia

ocupacional representa não só um aprimoramento do arcabouço legal, como também operacionaliza as ações periciais, preventivas e assistencialistas dos agravos ocupacionais dos servidores públicos;

Palavras-chave: saúde ocupacional; saúde do trabalhador; odontologia ocupacional; vigilância em saúde; saúde bucal

Lopez ED. Expectativa dos especialistas com a inclusão da odontologia ocupacional na saúde do trabalhador servidor público-estatutário [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

ABSTRACT

Objective: This I study descriptive with qualitative approach had like objective verify to the impact of the enclosure of the Dentistry of the Work in the life of the public servant under the point of view of the Specialist Dentist Surgeon in Dentistry of the Work, intending be able to contribute with the improvement of the Health of the Statutory Worker as a right; with the Union reducing expense with payment of benefits by the social security and of him they interviewed regarding the enclosure of the dentistry of the work in the Service of Security and Health of the Statutory Worker (Public Servant). **Method:** The instrument utilized was an interview is structured whose basic script included questions regarding the mouth health of the workers. The fact-gathering was carried out by the own researcher. By questions ethics opted by the not identification of him interviewed. For analysis of the talks utilized itself the methodology of the talk of the collective subject. **Results:** The state public servant and municipal did not I possess still integral attention to his health, while do not insert since the coordination of occupational dentistry; wait itself that with the implementation of the System Integrated of Attention to the Health of the Federal Public Servant the too instances of government itself sensitize and implant a coordination of dentistry of the work in the municipal and state instances. **Conclusions:** From the results we could conclude that the dentistry of the work represented a positive impact in the promotion of the integral health of the workers of

the so much, public service in the state as much as municipal scope. The existence of the coordination of occupational dentistry represents not alone an improvement of the lawful outline, as also operational the preventive, expert actions and assistance of the occupational appeals of the public servants.

Key-words: Occupational health; Worker health; Occupational dentistry; Health Surveillance; Oral health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
Clis ou Cims	Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
COGSS	Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Cris	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
EC-29	Emenda constitucional nº 29
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de saúde Pública

FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora
ONG	Organização Não Governamental
PAB	Piso de Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAIS	Relação Anual das Informações Sociais
RENAST	Rede Nacional da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
SI	Sistemas de Informação

SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIASS	Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SRH	Secretaria de Recursos Humanos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VISAT	Vigilância em saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Aspectos Legais da Saúde do Trabalhador	16
2.2 O Histórico do Sistema de Saúde Brasileira.....	19
3 PROPOSIÇÃO	66
3.1 Objetivo Geral.....	66
3.2 Objetivo Específico	66
3.3 Hipótese	66
4 MÉTODO.....	67
4.1 Tipo de Estudo	67
4.2 Sujeitos da Amostra.....	67
4.3 Coleta de Dados	67
4.4 Análise dos Dados	68
4.5 Considerações Éticas	69
4.6 Responsabilidades.....	69
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
6 CONCLUSÕES	97
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXO	112

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Ocupacional constitui um ramo da Medicina Preventiva que, no seu conceito mais amplo, tem os seguintes objetivos:

- 1 — Proteger os trabalhadores contra qualquer risco à sua saúde, que possa decorrer do seu trabalho ou das condições em que este é realizado.
- 2 — Contribuir para o ajustamento físico e mental do trabalhador, obtido especialmente pela adaptação do trabalho aos trabalhadores e pela colocação destes em atividades profissionais para as quais tenham aptidões.
- 3 — Contribuir para o estabelecimento e a manutenção do mais alto grau possível de bem estar físico e mental dos trabalhadores (NOGUEIRA, 1972).

De acordo com Mendes (1980) a abordagem das relações trabalho e saúde-doença parte da idéia cartesiana do corpo como máquina, o qual expõe-se a agentes/fatores de risco. Assim, as conseqüências do trabalho para a saúde são resultado da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho, que mantêm uma relação de externalidade aos trabalhadores. O trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas. Aqui os "limites de tolerância" e "limites biológicos de exposição", emprestados da higiene industrial e toxicologia, balizam a intervenção na realidade laboral, buscando "adaptar" ambiente e condições de trabalho a parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à suscetibilidade individual aos agentes/fatores. Em conseqüência dessa compreensão, o controle da saúde preconizado pela Saúde Ocupacional resume-se à estratégia de adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho. Assim deriva a importância dos exames admissionais e periódicos, realizados pelos Serviços Especializados de Medicina do Trabalho (SEMT) das empresas, na busca para selecionar os mais hígidos, excluindo aqueles que apresentem algum "desvio" da normalidade (LACAZ, 1996).

Este programa tão extenso de atividades não poderia, evidentemente, ser executado por um único especialista. Por essa razão, a Saúde Ocupacional só poderá ser bem sucedida se a sua aplicação for feita por uma equipe de

especialistas, cada um deles se dedicando exclusivamente a um aspecto do grande problema geral. Parametrizando, a equipe de Saúde Ocupacional atualmente é composta pelo Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho (SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO, 1978).

Pesquisadores da década de 70 preconizavam que dentre os especialistas que devem colaborar com a equipe no grande campo da Saúde Ocupacional, merece especial atenção o trabalho do Cirurgião Dentista (NOGUEIRA, 1972); pautado atualmente na Resolução nº 22 de 27 de dezembro de 2001 seção X do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2001) onde a Odontologia do Trabalho é reconhecida como uma Especialidade. Dada a situação altamente vulnerável da cavidade oral, pela sua comunicação quase permanente com o meio externo, são muitas as lesões dos dentes e demais estruturas daquela cavidade pela ação de agentes mecânicos, físicos e principalmente químicos (NOGUEIRA, 1972). Sendo este um pressuposto dos dias de hoje firmado pelo Conselho Federal de Odontologia; estabelecendo as áreas de competência para a atuação do especialista em Odontologia do Trabalho as quais encontram-se descritas no art. 3º da mencionada Resolução CFO nº 25 de 28 de maio de 2002 (CFO, 2002).

A Constituição Federal em seu art. 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). A Constituição Federal de 1988 define dentre os direitos sociais a saúde, o trabalho e o meio ambiente, neste último compreendido o do trabalho (art.6º); em seu artigo 7º (inciso XXII) legisla sobre a questão de que entre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais está a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de edição de normas de saúde, higiene e segurança; e no seu artigo 198 cria o Sistema Único de Saúde – SUS, definindo como uma de suas diretrizes a priorização de ações preventivas nesta área (BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS deu-se pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a, 1990b), que define a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; inserindo a Saúde do Trabalhador como campo de ação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Com a instituição, pela Constituição Federal de 1988, do regime jurídico único para os servidores públicos da administração direta, autarquias e fundações, esses passaram a ser contratados através de concursos públicos e regidos por estatuto próprio (BRASIL, 1990a; 1990 b).

Embora tanto a Constituição Federal quanto a Lei Orgânica da Saúde garantam o direito à saúde no trabalho de forma universal e igualitária, o que vemos, é esse direito do servidor público (trabalhador estatutário) ser menosprezado, pela precariedade de políticas públicas que viabilizem ações preventivas no que diz respeito à saúde e segurança deste trabalhador.

Com o intuito de poder contribuir com a Saúde do Trabalhador, este estudo pretende visualizar as expectativas dos Especialistas em Odontologia do Trabalho no tangente a criação de uma política suprimindo a necessidade da inclusão da especialidade no Serviço de Segurança e Saúde dos Trabalhadores Estatutários.

Portanto, assim que se efetivou o nosso envolvimento com a Odontologia Ocupacional em Segurança e Saúde do Trabalhador, emergiu também o nosso anseio por identificar mudanças na realidade com a qual lidamos, logo; em que pesem as suas limitações, este trabalho prima por trazer informações, particularmente sobre a real magnitude dos agravos à saúde geral e dos acidentes de trabalho oriundos da cavidade bucal; de grande relevância para a saúde dos trabalhadores funcionários públicos e às pessoas envolvidas com as políticas e gestão de programas de saúde e segurança do trabalhador.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos Legais Da Saúde Do Trabalhador

Estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de políticas que visem à saúde do trabalhador, entendidas como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. O campo das ações que envolvem a saúde do trabalhador abrange a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; da normatização, fiscalização e controle de atividades produtivas que apresentem riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto que novas tecnologias possam provocar à saúde (BRASIL, 1990b).

No seu aspecto propriamente preventivo, desde a implantação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador; a Saúde Ocupacional dedica especial atenção àquelas doenças que o trabalhador pode adquirir no seu ambiente de trabalho, devidas a um largo número de causas (BRASIL, 2004a). Além deste combate às moléstias profissionais cabe ainda à Saúde Ocupacional um grande número de outras atividades preventivas dentro do campo de Higiene e Saúde Pública, a luta contra os acidentes de trabalho no sentido mais estrito; a prevenção de moléstias gerais na população trabalhadora através de vacinações, saneamento geral, educação sanitária adequada dos operários; etc. No seu aspecto construtivo cabe à higiene do trabalho favorecer de todas as formas possíveis um melhor estado de saúde do trabalhador, através da melhoria dos locais de trabalho, da adaptação perfeita da máquina ao homem (nunca do homem à máquina), da seleção e orientação profissional, da reabilitação dos operários sub-normais, do

estabelecimento de programas adequados de saúde mental no meio operário, etc. (NOGUEIRA, 1972).

Para fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, foi instituída pelo Ministério da Saúde – MS a Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, através da Portaria nº 3.120/1998; onde a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) deve ser compreendida como o eixo fundamental capaz de consolidar as práticas de saúde do trabalhador no SUS, na perspectiva da prevenção dos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho e da promoção da saúde (BRASIL, 1998b). É por intermédio das ações compreendidas no campo da vigilância que se terá a capacidade de interromper o ciclo processo/ambiente de trabalho-doença-morte, corrente no Brasil. Cabendo-lhe ainda informar tanto ao trabalhador quanto à sua entidade sindical e às empresas sobre riscos existentes no trabalho e os resultados disponíveis de fiscalizações e, por último, participar na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições (PEREIRA, 2003).

Nesse contexto, a VISAT pode ser compreendida como “uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológicos, social e epidemiológico, com a finalidade de planejar e avaliar as intervenções sobre os mesmos, de forma a eliminá-los” (PINHEIRO, 1996). Por outro lado, a VISAT também é entendida como um conjunto de ações que visa conhecer a magnitude dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, identificar os fatores de riscos ocupacionais, estabelecer medidas de controle e prevenção e avaliar os serviços de saúde de forma permanente, visando à transformação das condições de trabalho e a garantia da qualidade da assistência à saúde do trabalhador (BRASIL, 1996c).

As intervenções devem ter abordagem multidisciplinar sobre o problema, contemplando saberes técnicos de diversas áreas do conhecimento e, principalmente, o saber prático dos trabalhadores, propondo mudanças inclusive dos processos de trabalho, a partir de análise tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental, podendo usar parâmetros que superem a própria legislação em vigor. As atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios constam da

Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST (SUS) aprovada pela Portaria nº 3.908/1998 (BRASIL, 1998c).

O Estado de Santa Catarina na apresentação do “Plano Estadual de Saúde do Trabalhador”, assume que a “organização de ações e serviços na área de saúde do trabalhador vem se dando, no âmbito do SUS, de forma lenta e descoordenada” e que “a ausência de uma política e uma coordenação efetiva do Gestor Estadual deixou um vazio que foi assumido por poucos municípios” (BRASIL, 2007a).

Entre as estratégias para a efetivação da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, destaca-se a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005c), cujo objetivo é integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, além da notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho em rede de serviços sentinela. Com o intuito de atender os trabalhadores com suspeita de agravos à saúde relacionados ao trabalho, incluindo os procedimentos compreendidos entre o primeiro atendimento até a notificação, encontramos recomendações e parâmetros para seu diagnóstico, tratamento e prevenção. Trata-se, pois, de dotar o profissional do SUS de mais um instrumento para o cumprimento de seu dever enquanto agente de Estado, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e, por conseguinte, para a garantia de seu direito à saúde. Um dos aspectos amplamente discutidos é a inexistência de Sistemas de Informação (SI) que permita estimar e acompanhar o real impacto do trabalho sobre a saúde da população brasileira. A identificação de fatores associados ao sucesso ou insucesso dessas iniciativas em termos de registros desses eventos parece ser da maior importância para o aperfeiçoamento de propostas de desenvolvimento de sistemas de informação de agravos ou eventos adversos relacionados ao trabalho (SRH, 2008).

O sistema de informações sobre acidentes do trabalho, a ser inicialmente implantado em rede de serviços sentinela da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), trata da constituição de “um conjunto de procedimentos organizados que, quando totalmente executados, provêem informação de suporte à organização” de serviços de saúde (BRASIL, 2005c). Já em 1998, autores referenciavam a necessidade de um efetivo sistema de informações sobre acidentes de trabalho (CARVALHO; EDUARDO, 1998).

Acompanhando a evolução deste processo, o movimento pela Reforma Sanitária contribuiu para formular o projeto do SUS, conforme prescreveu a VIII

Conferência Nacional de Saúde, de 1986, cujo relatório final aponta que o trabalho em condições dignas, o conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho, é um pré-requisito central para o pleno exercício do acesso à saúde (BRASIL, 1986). A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador incorpora a proposta do SUS, que deve englobar ações e órgãos de Saúde do Trabalhador, na perspectiva da saúde como direito, conforme tendência internacional de universalização do direito (BRASIL, 1996a). Efetivamente foi com a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2005 b), onde foram propostas diretrizes nacionais para a implementação de políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde como forma de ampliar a participação e a co-responsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução desta política, fortalecendo o compromisso social nesse campo; subsidiada pelos documentos aprovados na 11ª Conferência Nacional de Saúde dos Princípios e Diretrizes para Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS - NOB/RH-SUS (BRASIL, 2000a).

A apresentação deste arcabouço legal relativo à Saúde do Servidor/Trabalhador não pretende esgotar toda a legislação, principalmente a do SUS, que é dinâmica e permite a sua adaptação às mudanças que ocorrem num mundo globalizado, com reflexos no mundo do trabalho e na sociedade.

2.2 O Histórico Do Sistema De Saúde Brasileiro

2.2.1 Antecedentes do SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (MENDES, 1993).

Na área de assistência à saúde, o Ministério da Saúde atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade (NUNES, 1998).

Segundo relatos de sanitaristas do INAMPS a grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (SOUZA, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente.

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das

Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nessas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte (SOUZA, 2002).

Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber:

- Os que podiam pagar pelos serviços
- Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e
- Os que não tinham nenhum direito.

Como resultado dessa conjuntura, a distribuição percentual dos recursos gastos pelo INAMPS no ano de 1986, em comparação com a distribuição percentual da população, segundo região pode-se verificar que proporcionalmente a Região Sudeste, mais rica, foi a que recebeu mais recursos e que as Regiões Norte e Nordeste, mais pobres, foram a que menos receberam. Esses recursos eram utilizados para o custeio das unidades próprias do INAMPS (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada (CARNEIRO, 2008).

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela. Também, nessa época, o INAMPS passa a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar (CARNEIRO, 2008).

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos

estaduais (SOUZA, 2001). Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS. Isso foi motivado, por um lado pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíram o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país (SOUZA, 2002).

2.2.2 A configuração institucional do SUS

A primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi em 1988, a definição na Constituição Federal (BRASIL, 1988) relativa ao setor saúde.

O Art. 196 da CF conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Já o parágrafo único do Art. 198 determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável. Um dos fatores determinantes deste entendimento foi, provavelmente, o papel do INAMPS no início do SUS, como veremos mais adiante.

Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Esse fato, portanto, foi anterior à promulgação da Lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano (CARNEIRO, 2008).

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União.

A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isso se constituiu numa grande alteração da situação até então vigente (BRASIL, 1990b).

O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal. Assim como a previsão constitucional de promover a saúde dos trabalhadores já que é direito dos servidores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, conforme o disposto no inciso XXII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

No âmbito nacional, a assistência médica, odontológica, psicológica, farmacêutica e fisioterápica é prevista na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 em seu art. 230. A lei prevê que a assistência à saúde do servidor, ativo e inativo, e de sua família e pensionista, terá como diretriz básica, o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento (BRASIL, 1990a).

2.2.3 O processo de INAMPS para do SUS

Inicialmente, é importante destacar que, como descrito anteriormente, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários.

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que a partir de 1990 passou a integrar a estrutura do Ministério da Saúde e que já vinha, nos anos anteriores, participando de modo significativo do seu financiamento. Considerando-se essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este foi inicialmente preservado e se constituiu no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população (MENDES, 1993).

O INAMPS somente foi extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS (BRASIL, 1993). No parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que extinguiu o INAMPS estabelecia que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990”. Ao se preservar o INAMPS, preservou-se também a sua lógica de financiamento e da alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela limitada da população. Uma das conseqüências desta “preservação” foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas na lógica do INAMPS, que garantiria a manutenção da situação até então vigente. Ou seja, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. Essa medida, sem dúvidas, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos (INAMPS, 1987).

A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, na condição de gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na situação deixada pelo INAMPS, como resultado da capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal. Porém, a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que, a partir de maio de 1993 e, portanto, pouco antes da sua extinção (BRASIL, 1993), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar para o Ministério da Saúde recursos da Previdência Social criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária (KRISCHKE, 1995).

Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela falta de uma fonte de financiamento que garantisse recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

2.2.4 Dados Gerais sobre o SUS

Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde em 2002 sobre o Sistema Público de Saúde Brasileiro relatam que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (BRASIL, 2002).

Dados do Ministério da Saúde mostram que a Rede Ambulatorial do SUS em 2002 era constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade. No ano de 2001 foram realizadas aproximadamente 250 milhões de consultas, sendo 165 milhões em atenção básica (consultas de pré-natal, puericultura, etc.) e 85 milhões de consultas especializadas.

Nesse mesmo ano foram realizados 200 milhões de exames laboratoriais, 6 milhões de exames ultrassonográficos, 79 milhões de atendimentos de alta complexidade, tais como: tomografias, exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de hemodiálise, de quimioterapia e radioterapia. Sendo 6.493 hospitais, públicos, filantrópicos e privados, com um total de 487.058 leitos, onde são realizadas em média pouco mais de 1 milhão de internações por mês, perfazendo um total de 12,5 milhões de internações por ano (BRASIL, 2002).

As internações realizadas vão da menor complexidade, tais como internações de crianças com diarreia, até as mais complexas, como a realização de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras que envolvem alta tecnologia e custo. Esta área, organizada num Sistema implantado em 1990, denominado Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), constitui-se na maior casuística hospitalar existente no mundo paga por um mesmo financiador. Para exemplificar, foram realizadas no ano 2.000; 2,4 milhões de partos, 72 mil cirurgias cardíacas, 420 mil internações psiquiátricas, 90 mil atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência emergência, 7.234 transplantes de órgãos, sendo que 2.549 de rim, 385 de fígado e 104 de coração. Sendo dispendidos pelo Ministério da Saúde recursos da ordem de R\$ 10,5 bilhões por

ano para custeio dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e hospitalares, além de R\$ 3 bilhões para a Atenção Básica (BRASIL, 2003a).

Em 1995, o SUS realizou 13,2 milhões de internações hospitalares e, em 2001, 12,2 milhões, uma redução de 7,9%. Os gastos, mesmo com a redução ocorrida no período, passaram de R\$ 3,5 bilhões em 1995 para R\$ 5,1 bilhões em 2001, um crescimento de 43,1%. No entanto, vale ressaltar que a redução no número de internações não ocorreu em todas as Regiões. Enquanto no Sudeste ocorreu uma redução de 14,8% (mais de 800 mil internações por ano), no Centro-Oeste ocorreu um crescimento de 8,2% e no Norte um crescimento de 7,4%. Este crescimento decorreu, muito provavelmente, de ampliação do acesso aos serviços hospitalares, como resultado do aumento significativo de recursos federais alocados nos estados dessas regiões nos últimos anos. A redução da frequência de internações hospitalares nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste têm motivos diversos; de um modo geral, a evolução da medicina tem levado a que muitos procedimentos que requeriam a internação do paciente passassem a ser realizados em regime ambulatorial. No Nordeste, especificamente, a redução se deve, provavelmente, aos avanços obtidos com a Atenção Básica, em particular com a presença de um grande número de Agentes Comunitários de Saúde, e dos investimentos realizados em saneamento básico (BRASIL, 2003b).

2.2.5 Financiamento

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que determinou a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema (BRASIL, 2000b, 2002).

Os recursos federais que correspondem, a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994 (BRASIL, 1994).

A intensa habilitação de municípios e estados em modalidades avançadas de

gestão gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, fazendo com que, em dezembro de 2001, a maior parte dos recursos da assistência já fosse transferida nessa modalidade, em contraposição à prestadores de serviços.

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual (BRASIL, 2002). O nível federal ainda é o responsável pela maior parcela do financiamento do SUS, embora a participação dos municípios venha crescendo ao longo dos últimos dez anos e haja a perspectiva de que a parcela dos recursos estaduais no financiamento do sistema aumente significativamente em decorrência da aprovação da EC-29 (BRASIL, 2002).

O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável por sua gestão. Independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os serviços ambulatoriais – o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outro para os serviços hospitalares – o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado para o nível de governo responsável por sua gestão, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo sistema público de saúde é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão do Ministério da Saúde. Do mesmo modo, todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, definida pelo Ministério da Saúde, para o pagamento aos prestadores de serviços (BRASIL, 2003a).

A tendência é que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema. A norma em vigor (BRASIL, a) define duas condições de gestão municipal:

- (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e

(b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Cabe esclarecer que o financiamento por base per capita não dispensa o gestor de alimentar o sistema de informações ambulatoriais, cuja produção servirá como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros.

Apesar do incremento das habilitações de estados e municípios, e do consequente aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é empregado em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde. Tal situação decorre do processo de contratação e pagamento centralizado que vigorou durante o período do INAMPS que antecedeu a implementação do SUS e, em certa medida, ainda não foi plenamente substituído pelo processo de descentralização, dado o caráter não compulsório e progressivo deste último (BRASIL, 2002).

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios, o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a edição da Portaria nº 2.121/GM que implantou o Piso da Atenção Básica (PAB) e separou os recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Media e Alta Complexidade Ambulatorial (BRASIL, 1998a).

O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor per capita é transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em função do compromisso do município assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção. Vale destacar que enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor per capita, o valor do PAB variável depende da adesão do município aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como: os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária (SOUZA, 2002).

O Manual da Atenção Básica, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998d), define a Atenção Básica como “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. E frisa, ainda, que “essas ações não se

limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”.

Com a Portaria GM/MS nº 2.121, o Ministério da Saúde concretizou um primeiro e significativo passo para a construção de um sistema de saúde que não se reduzia a apenas a um componente de assistência médica e para a redução das desigualdades regionais na distribuição dos recursos (BRASIL, 1998a).

A partir da Portaria GM Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 que regulamentou a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e definiu a sistemática de financiamento, no ano 2000 o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde, começou a implementar o processo de descentralização dessa área (BRASIL, 2003b).

Assim, a partir de junho de 2001, o volume de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para os estados e municípios para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde passou a ser subdividido em (BRASIL, 2003a):

- Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável)
- Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Recursos para a Assistência de Média Complexidade
- Recursos para a Assistência de Alta Complexidade

2.2.6 O Processo de Implantação do SUS

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, entre as quais destaca-se o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal. Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas Normas

definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2002).

As Normas Operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde (SOUZA, 2002).

Embora o instrumento formal seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto foram criadas instâncias de negociação, sendo uma a nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT – com representação do Ministério da saúde, do CONASS e do CONASEMS) e, em cada estado, uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (BRASIL, 2002).

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991, 1993 e em 1996.). No ano 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS), atualmente em vigor (BRASIL, 2001a).

2.2.7 A Descentralização no Sistema de Saúde Brasileiro

Fundamentos jurídicos e normativos:

- ✓ Constituição Federal de 1988
- ✓ Lei Orgânica da Saúde nº 08080/90
- ✓ Lei nº 8.142/90
- ✓ Normas Operacionais Básicas – NOB – publicadas em 1991, 1993 e 1996
- ✓ Emenda Constitucional nº 29/2000
- ✓ Norma Operacional da Assistência à Saúde –NOAS – publicada em 2001

A NOAS SUS 01/2001 estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas específicas (BRASIL, 2001a).

Esse processo de regionalização requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (SOUZA, 2002).

Uma das dimensões relevantes desse processo diz respeito a tentativa de definição do papel de cada esfera de governo no SUS, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a marcante heterogeneidade política, econômica e social no país, as características do federalismo brasileiro e as intensas transformações por que o Estado brasileiro vem passando nas diversas áreas da política, entre outras questões (SOUZA, 2002).

2.2.7.1 avanços e dificuldades do processo recente de descentralização

O período de implementação da NOB SUS 01/96, compreendido entre os anos 1998 a 2000 (as habilitações na referida norma no ano 2001 foram residuais), foi marcado por uma série de importantes avanços do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Entre esses avanços cabe destacar:

1. no âmbito do financiamento

- a) a implementação do Piso da Atenção Básica para o financiamento das ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios, representando a introdução de uma lógica de financiamento per capita pela primeira vez no SUS, o que é um avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós-pagamento;

- b) a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas, e o aumento expressivo de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Fundos Municipais de Saúde;

2. no âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços

- a) a expansão da estratégia de Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
- b) a implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local e avanços, tanto na organização da atenção básica como na organização de redes de referência em vários municípios e estados;

3. no âmbito da gestão

- a) milhares de municípios foram habilitados de acordo com as condições de gestão da NOB SUS 01/96, integrando-se de forma voluntária e assumindo responsabilidades no Sistema Público de Saúde;
- b) houve uma intensa transferência negociada de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados;

Ao final do período de vigência da NOB SUS 01/96, mais de 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados a uma das condições de gestão da referida norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,1% em Gestão Plena do Sistema Municipal. A maior parte dessas habilitações ocorreu ainda em 1998, no primeiro ano de implantação da NOB/96. Entretanto, o percentual de municípios habilitados em cada uma dessas condições de gestão é bastante variável entre os estados, sugerindo a existência de diferentes ritmos e modelos de descentralização.

Cabe lembrar que o processo de habilitação depende da iniciativa dos gestores subnacionais. Conforme já mencionado, os estados e municípios voluntariamente se submetem ao processo de habilitação, assumindo responsabilidades e fazendo jus ao repasse de recursos e responsabilidades a partir do cumprimento dos requisitos definidos nas Normas Operacionais (BRASIL, 2002).

Já o processo de habilitação dos estados foi mais lento e irregular. Em dezembro de 2001, cinco estados estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete estados na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual. Entretanto, os próprios avanços da descentralização no período levantam novas questões críticas para a implementação do SUS (SOUZA, 2002). No final da década de 90, acentua-se o debate sobre alguns problemas e desafios até então não equacionados:

a) Divisão de responsabilidades entre estados e municípios

Parcela significativa dos pactos de gestão sobre os prestadores de serviços de saúde entre estados e municípios foi estabelecida segundo critérios pouco adequados a organização funcional do sistema e ao comando efetivamente público do sistema, tais como partilhas de gestão por natureza jurídica dos prestadores de serviços (públicos vs. privados). Em alguns estados, ainda há unidades básicas de saúde sob gestão estadual e/ou conflitos relacionados à persistência de hospitais estaduais que não estão sob gestão de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

b) Processo de habilitação

Em muitos casos a habilitação ocorreu de forma cartorial. O processo de habilitação dos estados nem sempre apresentou uma relação direta com a capacidade efetiva da Secretaria de Estado da Saúde de exercer todas as suas funções gestoras.

A maciça habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica representou um avanço do ponto de vista da responsabilização de milhares de gestores municipais e aumento da equidade na alocação de recursos por meio da implantação do PAB, mas não assegurou a qualidade e efetividade da atenção básica em todos esses municípios, nem foi suficiente para garantir o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção.

A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, por sua vez, representou um avanço para centenas de municípios que passaram a dispor de maior autonomia de gestão; por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua

inserção no Sistema Estadual de Saúde e seu papel na garantia do atendimento às populações referidas de outros municípios com menor capacidade assistencial.

c) Financiamento do sistema

A alocação dos recursos financeiros permanecia, em parte, vinculada à lógica da oferta, à capacidade instalada existente e às necessidades de receita dos prestadores de serviços de saúde, o que mantinha a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com as necessidades da população.

No âmbito dos estados, os critérios adotados para a distribuição de recursos entre os municípios eram, em geral, pouco explícitos.

d) Planejamento e organização funcional do sistema

Embora muitos estados tenham conduzido os processos de Programação Pactuada e Integrada (PPI) com seus municípios, sua implementação foi efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal. As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde aumentavam o risco de atomização dos sistemas municipais, da incorporação tecnológica irracional e da adoção de barreiras de acesso entre municípios.

A prática de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas, sem a prévia análise da adequação do perfil da oferta existente às necessidades da população, dificultava a estruturação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades. Por outro lado, a expansão de serviços nas décadas precedentes produziu um conjunto de unidades com oferta desordenada e relações frágeis entre os serviços, dificultando a reorientação do modelo de atenção e a conformação de redes regionalizadas e resolutive.

e) Resolutividade e acesso aos serviços

A configuração do elenco de procedimentos incluídos na atenção básica (Piso de Atenção Básica fixo – PAB fixo) era restrita, apresentando baixa

capacidade de resolução dos problemas mais freqüentes dos usuários. Simultaneamente, ocorriam dificuldades de acesso à assistência de média e alta complexidade, relacionadas à concentração desses serviços em poucos municípios ou mesmo à inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

O instrumental utilizado para as referências intermunicipais e interestaduais tem sido insuficiente para garantir o acesso, carecendo de mecanismos efetivos de relação entre gestores e entre serviços.

f) Monitoramento e avaliação contínua de desempenho

Em geral não existia avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nos Planos de Saúde e processos de programação. O controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e do consequente faturamento apresentavam fragilidades e descontinuidades. Em síntese, tanto o Ministério da Saúde quanto a maior parte dos estados não dispunham de diagnósticos precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento adequado de estratégias de cooperação técnica e decisões de investimento.

g) Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo

O processo de habilitação dos municípios atingiu seu ápice, sendo residual o número de municípios que ainda não se encontra em uma das condições de gestão previstas na NOB 96.

A taxa de crescimento do volume de recursos transferidos fundo a fundo, bastante significativa no primeiro ano de vigência da referida Norma, apresentou uma desaceleração no período de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a necessidade do desenvolvimento de novos mecanismos para ampliar a descentralização dos recursos financeiros e buscar a superação progressiva do financiamento pela compra de serviços para mecanismos de repasse de recursos entre gestores por produção de serviços (SOUZA, 2002).

Face aos avanços e problemas descritos, ainda durante a fase de implementação da NOB SUS 01/96, os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir as estratégias necessárias para enfrentar os grandes desafios colocados para as políticas de descentralização na saúde. Desse processo resultou a publicação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (BRASIL, 2001a).

2.2.8 Negociação, elaboração e implementação da NOAS-SUS 01/01

Ao longo de todo o ano 2000, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com outras secretarias do Ministério (Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva), coordenou um intenso processo de debate e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS) de saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), acerca do aperfeiçoamento e consolidação do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001a).

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS SUS 01/01 em janeiro de 2001 é fruto desse longo processo de negociação (BRASIL, 2001a). O objetivo geral da referida norma é: “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Para atingir esse objetivo, a NOAS adotou a regionalização como macro-estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS, e propôs três grupos de estratégias articuladas, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

1. Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

2. Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.
3. Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Um dos pontos mais importantes da NOAS SUS 01/01 diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios (BRASIL, 2001a). Esse Plano deve conter minimamente:

- a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade;
- b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;
- c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam o primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica;
- d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- e) a organização de redes assistenciais específicas;
- f) o Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas de acordo com as prioridades de intervenção.

No que diz respeito à organização da assistência, se enfatiza a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e

eliminação da hanseníase). Complementarmente, os gestores estaduais e municipais podem definir outras áreas estratégicas, de acordo com as especificidades locais (BRASIL, 2001a).

Além das ações mínimas de atenção básica a serem asseguradas em todos os municípios brasileiros, a NOAS SUS 01/01 propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam no âmbito microrregional o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde freqüentemente necessárias para atender os problemas mais comuns, que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios pelo seu pequeno porte populacional. A proposta de qualificação de regiões/microrregiões na assistência à saúde apresentada na referida Norma se fundamenta, portanto, na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, considerando critérios de qualidade e economia de escala (BRASIL, 2001a).

Ainda no que tange à assistência à saúde, a NOAS SUS 01/01 estabelecediretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégias específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras). Esse tipo de regionalização, incentivado pela NOAS SUS 01/01, requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deve dar-se através da programação pactuada e integrada (PPI). Além disso, é necessário o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercer as funções de regulação, controle e avaliação do sistema, em uma nova perspectiva (SOUZA, 2002).

Do ponto de vista do financiamento, a NOAS SUS 01/01 pressupõe um aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base per capita, ao propor uma ampliação do Piso de Atenção Básica - fixo e que o financiamento das ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial passe a também a se dar com base em um valor per capita nacional.

Esse aspecto é importante por assinalar uma tendência de superação da lógica anterior de financiamento, fortemente orientada pela oferta pré-existente de serviços, a partir da expansão dos mecanismos de pré-pagamento, que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com as necessidades da população e prioridades identificadas (SOUZA, 2001).

Uma vez publicada a NOAS em janeiro de 2001, ao longo do ano a Secretaria de Assistência à Saúde acompanhou e apoiou sistematicamente os processos de regionalização nos estados, considerando as especificidades de cada um, bem como buscou desenvolver estratégias e instrumentos de gestão e de organização da assistência de apoio aos estados e municípios no processo de regionalização.

Ao longo do ano 2001, observou-se um grande dinamismo nos estados no que diz respeito aos processos de articulação entre gestores estaduais e municipais para a elaboração dos planos diretores de regionalização, de investimentos e da programação pactuada e integrada. Todos os estados já elaboraram esboços desses planos e, e a maior parte está adotando medidas significativas de organização da rede de serviços voltadas à melhoria do acesso (SOUZA, 2002).

2.2.9 Outras ações importantes no âmbito da implantação do SUS

2.2.9.1 vigilância sanitária

Na área da Vigilância Sanitária um fato importante foi o surgimento da ANVISA, criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999). A ANVISA é uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. O novo órgão incorporou as competências da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, adicionadas a novas missões: coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; monitoramento de preços de medicamentos e de produtos para a saúde; atribuições relativas à regulamentação, controle e fiscalização da produção de fumígenos; suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) e controle da propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária.

A finalidade institucional da Agência é promover a proteção da saúde da População por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Além disso, a Agência exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária (BRASIL, 2002).

2.2.10 As atribuições e as funções gestoras de cada nível de governo no SUS

Conforme mencionado anteriormente, o Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

A participação da comunidade se concretiza por meio de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são realizadas com periodicidade quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. Essas Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde. Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros dos mesmos. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de Saúde em cada estado e um Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000a).

A implementação desse sistema, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é condicionada por e deve considerar o enfrentamento de ao menos três questões gerais, já abordadas: as acentuadas desigualdades existentes no país; as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde; as características do federalismo brasileiro. Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde nos anos 90 um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja através das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema, seja através criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade. Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante tentar conceituar quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são as funções gestoras no SUS (BRASIL, 2000a).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Esses gestores devem atuar em dois âmbitos, bastante imbricados: o âmbito político e o âmbito técnico. No âmbito político, o principal compromisso do gestor do SUS deve ser com a população, através da busca da concretização da saúde como direito de cidadania mediante o seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados (BRASIL, 2000a).

A atuação política do gestor do SUS, norteadada pela concepção da saúde como direito e pelo interesse público, também se consubstancia na permanente interação e relacionamento com outros atores do jogo democrático, tais como: o chefe eleito do executivo respectivo que o designou (Presidente, Governador, Prefeito); outros Ministros/ Secretários (de Fazenda, de Planejamento); o Ministério Público; representantes do Poder Legislativo (Deputados Federais ou Estaduais, Vereadores); do Poder Judiciário; prestadores de serviços; servidores públicos do setor saúde; profissionais de saúde; cidadãos usuários do SUS; representantes de entidades corporativas; representantes da sociedade em geral; gestores do SUS de outros níveis de governo e de outras unidades da federação (estados e municípios).

Nesse sentido, merecem destaque os conselhos nacionais de representação dos gestores estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS), os canais institucionais formais de relação entre esferas de governo (comissões intergestores tripartite e bipartite) e os colegiados de participação da sociedade (conselhos de saúde permanentes e deliberativos), que integram a estrutura decisória no SUS.

A atuação técnica do gestor do SUS – como já se assinalou permanentemente permeada por variáveis políticas – se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (BRASIL, 2000a).

Didaticamente, pode-se identificar quatro grandes grupos de funções ou “macrofunções” gestoras na saúde:

- Formulação de políticas/ planejamento;
- Financiamento;
- Coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados); e
- Prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macro-funções compreende, por sua vez, uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Por exemplo, dentro da macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras. Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo, portanto, significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros (BRASIL, 2000a).

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas nos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas, conforme será tratado adiante, especificamente em relação ao campo da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

2.2.10.1 papel dos três níveis de governo na assistência

A Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – Nacional, Estadual e Municipal –, é feito pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (BRASIL, 1990b).

A LOS estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação. Os artigos 16 a 19 procuram definir as competências de cada gestor do SUS e os artigos 20 a 26 também são relevantes ao tratarem da participação do setor privado no SUS. Os itens da LOS que abordam as questões referentes ao financiamento e participação social no SUS foram muito prejudicados pelos numerosos vetos presidenciais, sendo esse problema parcialmente contornado pela promulgação da Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a).

2.2.11 Ministério da Saúde

Em geral, cabem ao Ministério da Saúde atividades estratégicas no âmbito Nacional seja, no campo do planejamento, controle, avaliação e auditoria, como na promoção da descentralização. No que diz respeito às redes assistenciais, há um destaque no papel do Ministério da Saúde em relação à definição e coordenação nacional de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados (SOUZA, 2002).

Outro destaque é dado ao papel do MS na regulação do setor privado, abrangendo a elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados de assistência e também o estabelecimento de critérios e valores para remuneração de serviços e de parâmetros assistenciais de cobertura, sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde. É também apontada como de competência da direção nacional do SUS a identificação de serviços estaduais e

municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde.

De forma mais específica, cabe ao Ministério da Saúde:

1. Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
2. No que diz respeito à regionalização da assistência, o MS é responsável por:
 - Definir as normas e instrumentos técnicos de implementação da NOAS (inclusive os que regulam as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde);
 - Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados para a elaboração dos instrumentos de planejamento (PDR, PPI, PDI) e para a implementação de sistemas de monitoramento e controle do sistema estadual (regulação);
 - Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
 - Gerenciar o sistema de referências interestaduais;
 - Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.
3. Definir, normatizar, coordenar e oferecer cooperação técnica nacionalmente para os seguintes sistemas:
 - a) Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
 - b) Sistema de Laboratórios de Saúde Pública;
 - c) Redes integradas de assistência de alta complexidade
4. Realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades/ iniquidades no território nacional.
5. Exercer o papel de gerente e executor de serviços em caráter de exceção e/ou temporário, no caso de unidades complexas de referência nacional que ainda não tiverem sido transferidas a estados ou municípios (BRASIL, 2002).

2.2.11.1 Secretarias de Estado de Saúde

No que concerne à função de planejamento, há uma referência indireta ao papel da direção estadual do SUS de planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, quando se fala que cabe aos municípios “participar” desse processo, “em articulação com sua direção estadual”. Quanto ao controle e avaliação, há um destaque mais explícito para o papel do estado de acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS. Em relação às redes assistenciais específicas, destaca-se o papel do gestor estadual na coordenação de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de hemocentros (somente nesses últimos dois casos, incluindo “gerir unidades que permaneçam em sua organização administrativa”). Não há referência a competências específicas do gestor estadual no e serviços, a não ser em caráter suplementar. Também em relação aos serviços privados contratados pelo SUS, não há menção de nenhuma competência específica do gestor estadual, seja na normatização, na contratação, no controle e avaliação (BRASIL, 2002).

Em relação ao sistema regionalizado de serviços de saúde o estado é responsável por:

- 1- Articulação e consolidação do Plano Diretor de Regionalização, Programação Pactuada Integrada e Plano Diretor de Investimentos;
- 2- Implantação e gestão do sistema de regulação no âmbito estadual e pela gestão das centrais de regulação;
- 3- Gestão e acompanhamento do sistema de referências intermunicipais;
- 4- Coordenação da rede estadual de alta complexidade;
- 5- Coordenação das redes estaduais de hemocentros e de laboratórios de saúde pública;

6- Relações com o Ministério da Saúde para viabilizar a assistência de alta complexidade não disponível no estado (BRASIL, 2002).

2.2.11.2 no que diz respeito às ações gerais de coordenação e regulamentação do sistema estadual, o gestor desse nível de governo

- Realiza ações de cooperação técnica e financeira aos municípios;
- Estabelece normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- Realiza investimentos voltados para a redução das desigualdades/ iniquidades no território estadual;
- É gerente e executor supletivo de ações e serviços de saúde, só atuando na prestação direta de serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas.

Além disso, o gestor estadual participa na formulação das políticas de saúde nacionais através da presença de representantes estaduais na CIT (BRASIL, 2002).

2.2.12 Secretarias Municipais de Saúde

No modelo do SUS é dado forte destaque ao papel da direção municipal do SUS de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde. Também em relação aos serviços privados, enfatiza-se o papel do gestor municipal na celebração de contratos e convênios com respectivo controle, avaliação e fiscalização de prestadores privados. Portanto, as diversas competências de relação direta com prestadores públicos e privados são atribuídas aos gestores municipais do SUS. Em relação a redes assistenciais específicas, menciona-se o papel do gestor municipal de “gerir laboratórios públicos de saúde” e de “gerir hemocentros” (BRASIL, 2002).

2.2.12.1 o gestor do sistema municipal tem as atribuições de:

- 1- Analisar as necessidades de serviços;
- 2- Realizar o planejamento e a programação operacional dos serviços de saúde em seu território (próprios, públicos e contratados);
- 3- Executar ações de controle e avaliação dos serviços públicos e contratados;
- 4- Contratar os serviços privados, em base ao disposto pelo Governo federal, quando o setor público for insuficiente para satisfazer as necessidades de serviços;
- 5- Gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde, para o atendimento à própria população e para aquela referenciada ao sistema municipal na base de acordos específicos definidos no PDR e PPI.
- 6- Sendo o nível mais próximo ao cidadão, o nível municipal é também responsável pelas ações de orientação aos usuários sobre o acesso e o uso dos serviços.
- 7- Realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades/ iniquidades no território municipal;
- 8- Participar do planejamento regional/estadual:
 - Contribuindo na elaboração do Plano Diretor de Regionalização, PPI e Plano de Investimentos;
 - Recebendo informações sobre os serviços realizados para a população do próprio município por outros serviços localizados fora do território municipal, conforme ao desenho regionalizado da rede;
- 9- Participar da formulação das políticas de saúde estaduais e nacionais através da presença de representantes municipais na CIB e CIT dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2002).

2.2.13 Funções Gestoras no SUS

Formulação de Políticas e Planejamento- Federal, Estadual e Municipal:

- 1- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional;
- 2- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual;
- 3- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal;
- 4- Papel estratégico e normativo;
- 5- Promoção da regionalização;
- 6- Planejamento de ações e serviços necessários;
- 7- Manter unicidade, respeitando a diversidade;
- 8- Estímulo à programação integrada;
- 9- Organização da oferta de serviços públicos e contratação de privados (caso seja necessário);
- 10- Busca da equidade;
- 11- Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das SMS;
- 12- Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão (BRASIL, 2002).

O sistema de saúde brasileiro, cujo arcabouço jurídico-institucional foi definido na Constituição Federal de 1988, encontra-se em pleno processo de consolidação, orientado pela efetiva implementação de seus princípios e diretrizes. A descentralização de recursos e responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, constitui-se em um dos mais importantes elementos desse processo. Contudo, dadas as características do país e de seu modelo federativo, torna-se imprescindível a articulação entre os diversos níveis de governo de modo a garantir que toda a população tenha acesso ao sistema, em todos os seus níveis de atenção com qualidade, independente do local de residência (SOUZA, 2002).

A NOB SUS 01/96, na tentativa de clarear o papel de cada um dos gestores e induzir divisões de responsabilidades que facilitassem a organização do SUS, definiu que o gestor do sistema municipal seria o responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados no seu município. Com relação aos estados, a NOB SUS 01/96 definiu como uma das responsabilidades nucleares do poder público estadual a mediação das relações entre os sistemas municipais. Embora a NOB SUS 01/96 tenha definido as responsabilidades de gestão para estados e municípios, a referida Norma atribuiu às Comissões Intergestores Bipartites estaduais a prerrogativa de, excepcionalmente definir outra divisão de responsabilidades entre os gestores estaduais e municipais (SOUZA, 2002).

A possibilidade de ocorrência de pactos de gestão variados nos estados brasileiros é identificada atualmente como um problema para a organização do SUS no Brasil. Em alguns casos, os pactos são “desorganizativos”, ocasionando conflitos permanentes entre os gestores estadual e municipal, e levam ao rompimento do princípio do comando único sobre o sistema em cada nível de governo. Nesse sentido, a melhor definição das responsabilidades de cada nível de governo, no contexto da implementação do processo de regionalização desencadeado pela publicação da NOASSUS 01/01, é fundamental para a consolidação do SUS. Para o êxito da estratégia da regionalização, cada nível de governo deverá desempenhar suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa.

Dessa forma, será possível avançar na superação dos desafios enfrentados na construção do SUS e garantir à população brasileira uma atenção à saúde de qualidade (SOUZA, 2002).

2.2.14 Saúde do Trabalhador

2.2.14.1 o papel das organizações governamentais

No Brasil a saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador por meio do

desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001b).

Na concepção do Ministério da Saúde do Brasil trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou seus dependentes qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia (BRASIL, 2001c).

Ainda segundo o Ministério da Saúde entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais: físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles determinantes da organização laboral presentes no processo de trabalho. Assim as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde – trabalho em toda sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001c).

Lembrando que a execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), prescritas no artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentadas pela LOS - Lei Orgânica de Saúde (LOS) (BRASIL, 1990b). O artigo 6º da LOS confere à direção nacional do SUS a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador.

Segundo o parágrafo 2º do artigo 6º da LOS a saúde do trabalhador é definida como “um conjunto de atividades que se destina, por meio de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de agravos advindos das condições de trabalho”. Esse conjunto de atividades está detalhado nos incisos de I a VIII do referido parágrafo abrangendo:

- _ a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doenças profissional e do trabalho;
- _ a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle das condições de produção, extração, armazenamento e transporte, distribuição e manuseio de

substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

_ a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde do trabalhador;

_ a informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódico, troca de função e demissão, respeitados os preceitos de ética profissional;

_ a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

_ a revisão periódica da listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho;

_ a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição e máquina, do setor, do serviço ou de todo o ambiente de trabalho quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador (BRASIL, 1990b).

Além Constituição Federal e da Lei Orgânica de Saúde outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento de ações nesse campo; no âmbito do setor de saúde entre os quais se destacam a Portaria/MS nº 3.120/1998 (BRASIL, 1998a) e a Portaria/MS nº 3.908/1998 (BRASIL, 1998c), que tratam respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e da prestação de serviços nessa área. A operacionalização das atividades deve ocorrer nos planos nacional, estadual e municipal, aos quais são atribuídos diferentes responsabilidades e papéis.

Nota-se pelas datas apresentadas que estas normatizações relacionadas ao papel das instituições governamentais na proteção e promoção da saúde do trabalhador são recentes. No entanto a legislação trabalhista é bem anterior e a mesma assegura o direito à saúde do trabalhador na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de 1º de maio de 1943 e através da portaria nº 3.214 do Ministério do Trabalho do Brasil de 8 de junho de 1978 (BRASIL, 2001b).

Entretanto a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador preconiza que os fundamentos de uma política devem ser desenvolvidos de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito

humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental (BRASIL, 2004b).

Assim a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador foi publicada em 29 de dezembro de 2004 e atribui as responsabilidades institucionais do Ministério do Trabalho, Fundacentro, Ministério da Saúde, enquanto gestor Nacional do SUS e Ministério da Previdência Social relacionadas à promoção e manutenção da segurança e saúde do trabalhador. Esta tentativa de definir papéis e de estabelecer a necessidade de cooperação mútua entre os diversos setores responsáveis é um passo importante para a cooperação e integração necessária (BRASIL, 2004b).

No entanto em 06 de Julho de 2005 o Ministério da Saúde publicou a portaria n.º1.125 que define os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS; no artigo 2º desta política estão apresentadas as diretrizes das ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas pelo SUS (BRASIL, 2005b). Novamente observa-se muita regulamentação e falta de definição clara das ações e mecanismos para alcançar a promoção e manutenção da saúde do trabalhador. Os mecanismos não são especificados nem em relação à assistência à saúde que é atribuição única do SUS. E observa-se ainda ações que poderiam facilmente ser atribuídas aos outros órgãos, e o são por definição da PNSS, como a vigilância dos ambientes de trabalho e o desenvolvimento de estudos e pesquisas. Seria necessária uma definição de prioridades e metas em relação à estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador e ao fortalecimento e incremento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-Renast. Tais ações beneficiariam enormemente os trabalhadores saudáveis e doentes (BRASIL, 2005c). Inversamente ao que se deveria esperar não observamos efetivamente a integração dos agentes responsáveis e sim uma disputa por poder e financiamento que as ações de promoção de segurança e saúde do trabalhador promovem. Neste ponto fica evidente a importância da sociedade como reguladora das ações em saúde e segurança do trabalhador. Papel este que já foi em parte das instituições sindicais, mas devido às intensas modificações no mercado de trabalho brasileiro encontra-se enfraquecido na atualidade (POCHMANN, 2002).

A oportunidade de participação da sociedade no processo ocorreu com a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2005, tendo como mérito, destaque com o trabalho em saúde e os trabalhadores do SUS como cidadãos ativos na mudança das práticas de saúde, na qualificação da gestão setorial, na renovação da formação e na mais ampla valorização do controle social em saúde. Cabendo a cada um de nós cidadãos, assumir nosso papel na implantação de políticas justas em que visem a promoção da segurança e saúde do trabalhador (BRASIL, 2005a).

Por sua vez o Ministério do Trabalho e Emprego reconhece de maneira legal que um trabalhador com carteira profissional possa atuar registrado, pelo regime celetista ou pelo regime estatutário. Através da consulta acessada na Relação Anual das Informações Sociais RAIS (BRASIL, 2005e) fornecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego/Anuário do Trabalhadores, consta que o no Brasil no ano de 2005 haviam 33.238.617 de trabalhadores registrados; sendo deste total; 26.169.651 de trabalhadores das empresas privadas em Regime Celetista (CLT), e 7.068.966 de trabalhadores do serviço público em Regime Estatutário.

No campo da Saúde do trabalhador sua configuração constitui-se por três vetores: a produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública e; o movimento dos trabalhadores, particularmente a partir dos 1980; no contexto da transição democrática, com uma nova visão sobre o processo saúde-doença diante do desvelamento circunscrito, porém inquestionável, um adoecer e morrer dos trabalhadores, caracterizado por verdadeiras "epidemias" tanto de doenças profissionais clássicas (intoxicação por chumbo, mercúrio, benzeno, e a silicose), quanto de "novas" doenças relacionadas ao trabalho, como a LER (lesões por esforços repetitivos), por exemplo; culminando com denúncias sobre as políticas públicas e o sistema de saúde, incapazes de dar respostas às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores em especial; emergindo desta maneira novas práticas sindicais em saúde, traduzidas em reivindicações de melhores condições de trabalho (LACAZ, 2007).

Consubstanciando-se, assim, um campo em construção, que se identifica por referência à Saúde Ocupacional, abordagem esta que incorpora práticas e conhecimentos da clínica, medicina preventiva e epidemiologia clássica, mediante a história natural da doença para a análise das doenças e acidentes do trabalho mediante a tríade "agente-hospedeiro-ambiente".

O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais que se refletem sobre a organização e provimento de ações de saúde para este seguimento da população, na rede de serviços de saúde. Nessa perspectiva, o estabelecimento da relação causal ou nexos entre um determinado evento de saúde – dano ou doença individual ou coletivo, potencial ou instalado, em uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para implementação das ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde. De modo esquemático, este processo pode iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho e, ou a partir do diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo dos trabalhadores (BRASIL, 2001b).

2.2.14.2 automedicação

Outro problema relevante na Saúde do trabalhador refere-se à automedicação. De acordo com Zanine, "a automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas". A automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, um problema a ser prevenido. É evidente que o risco dessa prática está correlacionado com o grau de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos, bem como com a acessibilidade dos mesmos ao sistema de saúde (ZANINE, 1988).

Na mesma linha de entendimento outro estudo analisando das condições de trabalho e saúde – física e mental – de profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) que atendem a população de Pelotas. Os resultados encontrados mostram que a idade média foi de 41 anos; entre os que referiram problemas de saúde 67% faziam uso de medicação regularmente e os medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (34%)

e os antilinfamatórios (12%). Independentemente de terem problema de saúde 47% dos profissionais de saúde referiram uso de medicamentos nos últimos 15 dias, com destaque de (27%) para os analgésicos (TOMASI et al., 2007).

2.2.14.3 absenteísmo

Ampliando a visão sobre a saúde do trabalhador, torna-se relevante o estudo sobre a existência do absenteísmo. O absenteísmo não pode ser visto como um problema individual, nem como um fenômeno médico; mas como um problema “social”. Para investigar o absenteísmo é necessário uma equipe multidisciplinar envolvendo especialistas de diversas áreas profissionais (METS,1988). Assim sendo, outro autor conclui que o absenteísmo por motivos de saúde traz prejuízos sociais e econômicos ao trabalhador (custos emocionais e financeiros de um tratamento), às empresas (pagamento de benefícios, absenteísmo, remanejamento estrutural para substituição de mão-de-obra, queda e atrasos na produção), ao governo (pagamento de benefícios pela previdência social) e à sociedade (aumento da demanda nos serviços públicos de saúde). A importância das ações preventivas de acidentes e doenças devem procurar impedir danos à saúde dos trabalhadores no exercício de suas atividades funcionais. Apesar dos esforços empreendidos na prevenção, as mudanças tecnológicas, bem como o envelhecimento da população de trabalhadores, entre outros fatores, exigem uma reflexão sobre o próprio conceito do que é saúde, bem como sobre as condições de trabalho, prevenção dos riscos e agravos da atividade laboral (CASTEJON, 2002).

2.2.14.4 afastamento e acidentes de trabalho

Para mencionar sobre tal tema, inicialmente há que se destacar as consequências que nas últimas décadas tem sido crescente a abordagem dos impactos socioambientais de eventos adversos em geral, aí incluídos os acidentes, em especial, em casos classificados como acidentes maiores ou ampliados,

destacando-se aqueles que provocam contaminações de coleções hídricas, devastando áreas de proteção ambiental, comprometendo a qualidade do ar e ameaçando a sobrevivência e a qualidade de vida de populações de trabalhadores e/ou moradores das vizinhanças.

No Brasil os acidentes e a crescente violência geram agravos que por seu expressivo impacto de morbi-mortalidade da população constitui importante problema de saúde pública, sendo, portanto objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde, que, em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, deve continuar a buscar formas efetivas para o seu enfrentamento (BRASIL, 2006e).

Os acidentes de trabalho são uma das principais causas ocupacionais de morte em todo o mundo. Em um estudo recente, estimou-se em 350 mil o número de mortes por acidentes de trabalho típicos no mundo (SANTANA et al., 2007).

O impacto do trabalho sobre a saúde tem sido investigado com regularidade em diversas categorias profissionais, como exemplo tem-se a abordagem em uma pesquisa demonstrando que a ocorrência de acidentes de trabalho envolvendo exposição a sangue e secreções corporais são comuns, particularmente entre trabalhadores de estabelecimentos hospitalares (SCHEIDT; ROSA; LIMA, 2006).

Muitas doenças, relacionadas ou não ao trabalho, exigem, pela sua gravidade, o imediato afastamento do trabalho, como parte do tratamento (repouso obrigatório) e/ou pela necessidade de interromper a exposição aos fatores de risco presentes nas condições e/ou nos ambientes de trabalho. Outras doenças por serem de menor monta, não implicam, necessariamente, no afastamento do trabalho.

Em outro estudo, descrevendo os afastamentos do trabalho entre trabalhadores de enfermagem de um hospital geral de ensino, apresentou 662 episódios de afastamentos do trabalho, envolvendo 333 trabalhadores de enfermagem, principalmente mulheres (81,4%) na categoria de auxiliar de enfermagem, com idade entre 21 à 40 anos. Sendo que 88,4% foram ocasionados por agravos à saúde - licença por motivo de saúde (BARBOZA; SOLER, 2003).

Corroborando com este raciocínio, outro estudo objetivando a análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos no município de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 – 2000, obteve seus resultados apontando que a maior prevalência foi do sexo

feminino (97,6%), o tempo médio de afastamento foi de 5,4 dias e os transtornos das ATMs representaram o maior impacto no total de dias de afastamento (MAZZILLI; CROSATO, 2005).

Seguindo esse escopo outra pesquisa analisando índices de absenteísmo entre profissionais de enfermagem em 2007, concluiu que em hospitais entre todas as causas, os agravos à saúde foram os maiores causadores de afastamentos do trabalho, sendo que; o absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem pode estar relacionado às cargas psíquicas enfrentadas no ambiente de trabalho, tanto em hospitais quanto na rede básica; onde a periculosidade e a insalubridade do trabalho de enfermagem são caracterizadas pela exposição a microrganismos patogênicos (risco biológico), a radiações (risco físico) e a substâncias tóxicas (risco químico), entre outros agentes. Nesse contexto, o ambiente de trabalho na enfermagem pode ser um agente catalisador do processo de desgaste do trabalhador, culminando em doenças (GEHRING JUNIOR et al., 2007).

Pesquisa feita por Teixeira (2005) analisando Acidentes e doenças do trabalho de profissionais do setor transporte com motoristas no Estado de São Paulo, de 1997 a 1999; concluiu que os acidentes de trânsito ocorreram após uma a três horas e depois de sete horas de trabalho. O grupo “motorista em geral” representou 33,9% dos acidentes do trabalho, os de “caminhão” 32,4%, os de “ônibus” 12,0%, os “motociclistas” 11,0%, os de “caminhão pesado” 7,3% e “outros” 3,3%. Os acidentes-tipo e a incapacidade temporária representaram a maioria dos eventos. As causas de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho que atingiram a maioria dos motoristas foram: os choques/colisões, o mal-súbito e a perda auditiva. Mesmo que a automedicação e perda de concentração não tenham sido escopo da pesquisa, esses resultados nos levam a uma reflexão sobre tais possibilidades, visto ser sabido que existe interferência da concentração do ser humano, dependendo do seu estado de dor ou de analgesia oriunda de automedicação.

2.2.14.5 subnotificação dos acidentes

A implementação de políticas de prevenção de acidentes do trabalho tem sido dificultada pela subnotificação dos eventos que ocorrem entre trabalhadores formais, bem como pela grande desinformação sobre os trabalhadores da economia informal.

Dados colhidos no Ministério da Previdência Social, Base de Dados Históricos o Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL, 2006d) demonstram que o número total de Acidentes do Trabalho registrados foi de 503.890; e os classificados segundo a parte do corpo atingida abrangendo o sistema estomatognático; (Boca, inclusive Lábios, Dentes, Língua, Garganta...) foi de 2.349, declinando o pensamento sobre o quanto estes registros da parte odontológica possam estar sub-notificados. Coaduna com este pensamento o estudo de Cordeiro em 2002, analisando acidentes de trabalho na cidade de Botucatu; o qual obteve como resultado de sua pesquisa que a subnotificação estimada foi em 79,5%.

Da mesma maneira os acidentes de trabalho Notificados no Município de São Paulo por Lesão segundo as Lesões no período de 2002 a 2007 foram de 69.615; sendo que os notificados segundo a lesão Trauma de Cabeça e Pescoço foi de 5.608, englobando neste universo o sistema estomatognático, visto não haver classificação própria. Também não foram encontrados registros de mortalidade referentes a área da odontologia ocupacional (SÃO PAULO, 2007). Embasando o questionamento sobre o quanto estes registros da parte odontológica possam estar subnotificados e a necessidade de avanços para o desenvolvimento de um banco de dados mais específico.

2.2.14.6 relação previdência e trabalhador

Para fins previdenciários, é valorizada a incapacidade laborativa ou a incapacidade para o trabalho, que foi definida pelo INSS como “a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou

acidente. (...)” Para a imensa maioria das situações, a Previdência trabalha apenas com a definição apresentada, entendendo impossibilidade como incapacidade para atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria da pessoa examinada. Na avaliação da incapacidade laborativa, é necessário ter sempre em mente que o ponto de referência e a base de comparação devem ser as condições daquele próprio examinado enquanto trabalhava e nunca os da média da coletividade operária (BRASIL, 2001c).

Em 2003, os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadorias especiais (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução no tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais (BRASIL, 2003a). Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho. Segundo Pastore (1999), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos etc. Esse cálculo eleva a um custo total para o país de aproximadamente 33 bilhões de reais por ano (BRASIL, 2004a).

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais (média de 22,9 milhões em 2002). O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores. A comparação deste coeficiente com o de outros países, tais como Finlândia 2,1 (2001); França de 4,4 (2000); Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003). No mesmo período mencionado, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido a acidentes do trabalho, ou seja, a média de 3.235 auxílios-doença e aposentadorias por invalidez por dia útil. E neste mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2004a).

Estimando-se que o tempo de trabalho perdido anualmente devido aos acidentes de trabalho seja de 106 milhões de dias, apenas no mercado formal, considerando-se os períodos de afastamento de cada trabalhador. Os prejuízos econômicos e sociais desses acidentes como, por exemplo, seus impactos na vida familiar das vítimas têm sido menos estudados, mas já estão parcialmente

revelados para a sociedade. Também são pouco estudadas as seqüelas crônicas e de instalação tardia de acidentes adequadamente reconhecidos como de trabalho e aquelas que só tardiamente são identificadas como relacionadas aos acidentes inicialmente não registrados como do trabalho (BRASIL, 2004a).

2.2.15 Trabalhador Estatutário (Servidor Público)

A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento analisou a questão da saúde dos servidores públicos; apresentando dados oficiais, os quais relatam que 24,7% do total de aposentadorias por invalidez de servidores públicos federais são resultantes de problemas de saúde que podem ser prevenidos ou tratados precocemente com boas chances de manter esses servidores na ativa.

Estas aposentadorias precoces resultantes de problemas de saúde, gerando prejuízos para o servidor, que recebe aposentadoria proporcional e para o Governo, que tem que investir em novas contratações ou concursos, além da sociedade como um todo (BRASIL, 2003a).

Diante de tal constatação, para atuar na segurança e saúde do trabalhador público; o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão elaborou o Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006, com a instituição do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP (BRASIL, 2006b). Com o SISOSP(Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público), o governo pretende implantar na administração pública federal, diretrizes e ações que já existem no Regime Geral de Previdência desde 1977, por meio das normas de saúde e segurança do trabalho; com o objetivo de garantir o direito à saúde ocupacional a todos os servidores federais. A Secretaria de Recursos humanos (SRH) vinha trabalhando na implantação e na adaptação do SISOSP junto aos órgãos da União. Iniciando com quatro projetos envolvendo a participação direta de 656 profissionais da área de saúde do serviço público, abrangendo Médicos, Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem, Cirurgiões Dentistas do Trabalho, Assistentes Social, Psicólogos, Engenheiros de Segurança, Agentes Administrativos, Técnicos de Segurança, Fisioterapeutas, apoiados pelos respectivos parceiros locais; no Rio a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a

Fiocruz; em Brasília a UnB; em Florianópolis o SUS Estadual e em Recife a GEAP e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura. O processamento do banco de dados estará sob responsabilidade do Ministério do Planejamento, como órgão coordenador, através de um sistema informatizado que fará o acompanhamento e a supervisão das ações do SISOSP. Iniciando estas ações com a avaliação das condições de trabalho dos servidores e posteriormente perícia em saúde, perícia médica, readaptação e reabilitação funcional e vigilância em saúde (BRASIL, 2006c).

O objetivo do SISOSP é fornecer a administração pública um retrato das questões do ambiente de trabalho de cada segmento de servidores; as áreas em que são mais afetados; quem está com problemas de saúde ocupacional; tornando mais eficiente o planejamento de ações de prevenção. Sendo que os principais benefícios esperados são: focar o ambiente de trabalho e não mais o servidor (exceto nas atividades de campo), obter laudos coletivos e não mais individual redução das aposentadorias por invalidez; do absenteísmo e dos afastamentos por doenças (BRASIL, 2006a). Entretanto em meados de 2007 houve mudança de coordenação. Importante esclarecer que tal coordenação promoveu uma série de debates, encontros, reuniões no transcorrer deste ano e tem trabalhado uma nova proposta que é o Sistema de Atenção à Saúde do Servidor Público - SIASS, cujo Decreto virá substituir o SISOSP.

No que concerne a proposta do SISOSP no âmbito da odontologia pouco mudou, continuou-se dentro do possível participando e implementando as mudanças necessárias.

A exemplo, intuiu-se a perícia odontológica para avaliação da capacidade laborativa no serviço público embasada na portaria 8.112/90 (BRASIL, 1990c), que já tramitou no Congresso (Câmara e Senado) sendo aprovada, seguiu para sanção presidencial e tornou-se Lei de nº 11.907 de 02 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009) instituindo também a obrigatoriedade dos exames periódicos para os servidores públicos federais através da implantação do SIASS.

Portanto, a perícia odontológica para avaliação da capacidade laborativa já tem força de Lei e trata-se de uma vitória não só desta Coordenação, mas de uma parceria importante que com as entidades representativas da classe odontológica no sentido de qualificarmos a atuação do cirurgião-dentista no âmbito da

administração pública federal e que estão em total consonância com a proposta argüida por todos.

Embora ela trate ainda do SISOSP, em sua essência ele transcende a nomenclatura dos sistemas e propõe uma odontologia consonante com a realidade imposta pelo cenário da saúde do servidor público em seu ambiente de trabalho.

A Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, em prosseguimento a implementação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS, esta coordenando o trabalho de revisão e adequação do Manual de Perícia Oficial dos Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Federais, com a colaboração de técnicos nas áreas de perícia médica, perícia odontológica e da equipe multidisciplinar. Fazem parte desse grupo representantes dos ministérios da Fazenda, Agricultura, Planejamento, Saúde, Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes, Agência Brasileira de Inteligência e Senado Federal (CARNEIRO, 2008).

O SIASS cria um novo padrão de relacionamento e envolvimento dos órgãos federais nos estados e no Distrito Federal para as questões relacionadas à saúde do servidor (MINISTÈRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

A Lei 11.907 de 02 de fevereiro de 2009 instituiu a obrigatoriedade dos exames periódicos para os servidores públicos federais. Essa ação possibilita políticas para a promoção da saúde dos servidores, e se constitui num marco da Política de Atenção à Saúde do Servidor. O exame periódico é um importante instrumento para avaliação dos agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho, melhorando sobre maneira a qualidade de vida dos servidores (MINISTÈRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

A organização das unidades do SIASS, através de termos de cooperação com equipes multiprofissionais para desenvolverem ações de perícia, promoção à saúde, vigilância dos ambientes de trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais e apoio assistencial para os casos de agravos instalados é um desafio da construção coletiva. Pretende-se assim constituir unidades com ações abrangentes e integradas, com otimização dos recursos humanos e com espaço físico adequado às normas sanitárias (MINISTÈRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

A Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor (COGSS) participou das Pré-conferências de Recursos Humanos levando para

debate e discussão o tema Saúde do Servidor. Dentro da política de construção coletiva, o coordenador da COGSS, apresentou a proposta do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento realizou em de 14 a 16 de abril de 2009, em Belém, a última pré-conferência na Região Norte; das seis pré-conferências que antecederam a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal. O evento reuniu representantes do Governo Federal (gestores de RH dos órgãos), de entidades sindicais e da sociedade civil organizada.

O evento, em Belém, contou com a participação de 200 pessoas dos Estados da região Norte e foi preparatório para a 1ª Conferência. As outras cinco pré-conferências aconteceram no Nordeste (Recife), duas na região Sudeste (Belo Horizonte e São Paulo) Sul (Florianópolis) e Centro-Oeste (Brasília). As conferências regionais tiveram por objetivo iniciar as discussões dos temas que serão tratados na 1ª Conferência Nacional. Além disso, os eventos promoveram um amplo debate sobre a atual política de Recursos Humanos implementada nos órgãos do governo federal que compõe o SIPEC, buscando o aprimoramento do sistema de gestão de Recursos Humanos (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

A Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor - COGSS tratou, nas pré-conferências, de promover o debate e a construção coletiva de uma nova política de Atenção à Saúde do Servidor. Para enfrentar o desafio proposto, nas dimensões e no ritmo que o cenário atual exige, a COGSS vem coordenando a implantação dessa política, sob a forma de um Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

No ano de 2008, iniciou-se um processo de implementação negociada entre as áreas de recursos humanos, os técnicos de saúde e entidades sindicais com foco na integralidade das ações e na racionalização dos recursos. Trata-se do desafio de uma política transversal entre os serviços dos diferentes órgãos da Administração Pública Federal que deverá acontecer com diretrizes centrais de natureza normatizadora e implementação desconcentrada e coletivizada (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

O SIASS cria um novo padrão de relacionamento e envolvimento dos órgãos federais nos estados e no Distrito Federal para as questões relacionadas à saúde do servidor.

A organização das unidades do SIASS, através de termos de cooperação com equipes multiprofissionais para desenvolverem ações de perícia, promoção à saúde, vigilância dos ambientes de trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais e apoio assistencial para os casos de agravos instalados é um desafio da construção coletiva. Pretende-se assim constituir unidades com ações abrangentes e integradas, com otimização dos recursos humanos e com espaço físico adequado às normas sanitárias (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2009).

As tabelas básicas dos módulos de Perícia, Exames Periódicos, Promoção e Vigilância, Assistência à Saúde e Saúde Complementar, do novo sistema integrado de informações Siape-Saúde, já se encontram em fase avançada de desenvolvimento. Algumas tabelas que integrarão o módulo de Perícia e que também servirão de base para outros módulos já estão em fase de validação tais como: Classificação Internacional de Doenças - CID, especialidade do profissional de saúde, formação profissional, cadastro de peritos e equipe interdisciplinar. O módulo de Perícia simples deverá estar vigorando a partir de abril.

O módulo de Exames Periódicos está em fase final de elaboração e o de Promoção e Vigilância ainda está sendo definido, dentro da política do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS, uma construção coletiva. O novo Siape-Saúde possibilitará armazenar informações de licenças médicas, de acidentes de trabalho, doenças profissionais, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais. O prontuário eletrônico conterá ainda, informações dos exames médicos periódicos, as avaliações de outros profissionais técnicos da área de saúde, dados dos ambientes de trabalho e informações assistenciais (CARNEIRO, 2008).

A organização das unidades do SIASS, através de convênios, com equipes multiprofissionais, para desenvolverem ações de perícia, promoção à saúde, vigilância dos ambientes de trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais e apoio assistencial é um desafio da construção coletiva (CARNEIRO, 2008).

O Coordenador Geral de Seguridade Social e Benefício do servidor, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Sérgio Carneiro disse que o novo subsistema SIAPE-SAÚDE deverá funcionar a partir de abril de 2009. O novo sistema consiste em um prontuário eletrônico que vai reunir toda a

informação referente à saúde do servidor. Além disso, será possível, por meio do SIAPE-SAÚDE, fazer diagnósticos referentes a problemas de ambientes de trabalho ou identificar doenças funcionais que incidem sobre uma categoria específica de servidores, possibilitando, assim, a prevenção (CARNEIRO, 2008).

O Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (SIASS) é um programa amplo de atenção à saúde do servidor, baseado em três grandes eixos: assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde; e tem como objetivo valorizar a saúde do servidor do Executivo Federal e padronizar os procedimentos que, hoje, são realizados com critérios definidos por cada órgão da União.

Além disso, o SIASS vai possibilitar a revisão das aposentadorias por invalidez; a regulamentação das licenças de curta duração; a adoção de novos critérios para a atuação de juntas médicas e de perícias odontológicas; a realização, por parte dos servidores, de exames médicos periódicos; mudanças na organização de ambientes de trabalho; além da promoção e vigilância à saúde e na prevenção de acidente e doenças ocupacionais (CARNEIRO, 2008).

Portanto, trata-se de uma política de atenção à saúde do servidor de implantação descentralizada e envolverá toda uma concepção baseada na relação de transdisciplinaridade que deverá permear a perícia, a promoção, a vigilância e a assistência prestada aos servidores públicos no âmbito do executivo civil federal.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo Geral

Este estudo objetiva identificar qualitativamente o impacto da inclusão da Odontologia do Trabalho na vida do servidor publico sob a ótica do Cirurgião Dentista Especialista em Odontologia do Trabalho, pretendendo poder contribuir com a melhoria da Saúde do Trabalhador Estatutário como um direito; com a União reduzindo gastos com pagamento de benefícios pela Previdência Social e com Sociedade como um todo.

3.2 Objetivo Específico

Analisar a percepção dos entrevistados em relação a inclusão da odontologia do trabalho no Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador Estatutário(Servidor Público).

3.3 Hipótese

Como estes entrevistados visualizam suas atitudes pró-ativas para que se crie uma Política suprimindo a necessidade da inclusão da especialidade no Serviço de Segurança e Saúde dos Trabalhadores Estatutários.

4 MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Qualitativo, descritivo e exploratório. Utilizando-se o discurso do sujeito coletivo sugerido por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000).

4.2 Sujeitos da amostra

Serão entrevistados 10 Cirurgiões Dentistas Especialistas em Odontologia do Trabalho.

4.3 Coleta dos dados

Para realização deste trabalho, será utilizado a técnica de entrevista semi-estruturada; os dados coletados serão utilizados exclusivamente para finalidade desta pesquisa, para se prospectar um panorama da evolução da melhoria da saúde dos trabalhadores estatutários com a inclusão da especialidade nos exames ocupacionais, bem como a ampliação do mercado de trabalho para o especialista.

Compreendendo questões referentes sobre a opinião do entrevistado frente ao impacto na vida do trabalhador público com a inclusão dos exames odontológicos ocupacionais.

Inicialmente foram expostos aos possíveis participantes os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e, em seguida, transcritas na íntegra pela pesquisadora .

Do roteiro da entrevista foram selecionadas algumas perguntas discursivas diretamente relacionadas à hipótese do estudo:

- 1) Existe diferenças no atendimento à saúde do trabalhador celetista e do estatutário
- 2) Enquanto Cirurgião Dentista como você analisa a inclusão da Odontologia Ocupacional na equipe de Segurança e Saúde dos Trabalhadores?
- 3) Qual sua expectativa com esta inclusão em relação à saúde do trabalhador estatutário?
- 4) Qual sua opinião sobre o SISOSP?
- 5) No seu modo de ver como nós especialistas poderíamos contribuir para a inclusão da Odontologia do Trabalho, contemplando os servidores públicos?

4.4 Análise dos dados

Trata-se de pesquisa qualitativa.

O objetivo das questões é extrair de cada resposta as "expressões-chave" e "idéias centrais" dos indivíduos. O Discurso do Sujeito Coletivo pode ter mais de uma idéia central ou vários indivíduos apresentarem a mesma idéia central. E um determinado pensamento expresso por um determinado indivíduo pode não espelhar suficientemente o mesmo pensamento de outros. Dessa forma, a resposta de um ajuda a entender, ou complementar, ou esclarecer, o pensamento de outro (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Os discursos serão construídos para cada um dos entrevistados (com experiência de trabalho e sem experiência de trabalho). Cada idéia central será representada por um item, visando captar as convergências e divergências do grupo entrevistado.

O conjunto de respostas obtidas, a partir dessas indagações, gerará um discurso ou um pensamento encadeado discursivamente sobre o tema e esse conjunto consistirá nas representações sociais do assunto pesquisado.

Foram utilizadas três figuras metodológicas para a organização dos relatos coletados (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000). Inicialmente, procedeu-se a identificação da idéia central (IC). Entendida como afirmação ou afirmações que “permita(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicativo pelos sujeitos

em seus depoimentos”. Em seguida foram destacadas as expressões-chave (EC) que, para cada participante constituiu as transcrições literais da parte dos depoimentos, em que o pesquisador resgatou o essencial do conteúdo discursivo dos segmentos que compuseram o depoimento para responder às questões de pesquisa. Assim obteve-se o produto final, o discurso do sujeito coletivo (DSC), que se propôs a “resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos” A partir da IC e da identificação das EC, formaram-se os discursos, que retrataram de modo unificado as experiências dos participantes com relação aos temas abordados (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

4.5 Considerações éticas

Todos os participantes fizeram a formalização do termo de consentimento livre e esclarecido em colaborar com a pesquisa. Caso não fossem de acordo com o teor do referido documento, o profissional ficaria com liberdade de decidir sua participação no projeto. Na entrevista não seria declinada a identificação do entrevistado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de São Paulo com processo de nº205920, datado de 07 de julho de 2008 (Anexo A).

4.6 Responsabilidades

A responsabilidade dos envolvidos na execução desta pesquisa (pesquisador responsável) foi de desenvolver um trabalho que siga os preceitos éticos da pesquisa, procurando-se zelar pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa, preservar sua privacidade e identidade e garantir seus direitos, conforme Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996b).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as entrevistas realizadas, descrevemos os devidos resultados com sua respectiva discussão.

Pergunta 1- Você enxerga alguma diferença entre a saúde do trabalhador celetista e do trabalhador estatutário. O que você pensa disso?

DSC RESPOSTA 1-- A saúde do trabalhador é um direito constitucional, entretanto há grandes diferenças entre eles, pois, o celetista possui uma regulamentação efetiva e atuante, respaldada pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e definida pelos programas de saúde ocupacional. Algumas empresas espontaneamente introduziram em seus programas de saúde ocupacional a odontologia do trabalho. O que não é tão bem representado no estatutário, pois as prefeituras não incluem a saúde bucal como sendo parte integrante do corpo do trabalhador, é como se o trabalhador não tivesse doenças bucais que afetem sua saúde de forma sistêmica. Como não existe reflexão sobre a saúde dos trabalhadores.

As grandes mudanças no cenário político, econômico e social, ocorridas em todo o planeta nesta segunda metade do século XX, determinaram também uma verdadeira crise de paradigmas. O processo saúde/trabalho passou a ser analisado não como um simples indicador do impacto do trabalho sobre os trabalhadores, mas como consequência da relação de produção, determinada histórica e socialmente pela dialética entre capital e trabalho. Atualmente, condições de ambiente, saúde e segurança no trabalho são essenciais para a qualidade de vida dos homens e o direito de cidadania (FRIAS JUNIOR, 1999).

Várias definições de saúde e doença têm sido utilizadas ao longo do tempo e estas diferentes concepções estão atreladas à forma como o homem, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento de suas necessidades. Nessa perspectiva, a prática profissional

cotidiana de assistência junto aos indivíduos e grupos sociais é orientada pela visão que se tem de saúde, doença, vida e trabalho (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2005).

Este processo é ainda mais complexo nos países em desenvolvimento, como o Brasil, pois apresentam marcas históricas e profundas de espoliação social e econômica com características marcantes na sociedade, como alta concentração de renda, violência urbana e rural, desemprego, subemprego, situações de miséria e outras iniquidades sociais que por si só geram transformações nas relações sociais de trabalho e, conseqüentemente, afetam a vida e a saúde dos trabalhadores.

Segundo autor, o processo central que influi na vida e na morte dos seres humanos é o trabalho, assim pois afirma que o processo central que influi na vida e na morte dos seres humanos é o trabalho (BERLINGUER, 2004).

Tal análise torna-se importante tendo em vista que, no contexto atual, a vigilância em saúde do trabalhador vem se firmando como uma área de atuação da saúde pública e necessita atentar para as mudanças em curso no processo saúde/doença e na atuação da saúde pública em geral, a fim de poder dar respostas efetivas aos problemas e agravos vivenciados pelos trabalhadores, problemas estes de ordem bastante complexa e de difícil resolução, mediante unicamente ações curativas e preventivas (ALVES, 2003).

Conceituar saúde constitui uma tarefa árdua e discutir promoção da saúde é enveredar por um caminho novo marcado por preconceitos e críticas consistentes; pensar a articulação entre promoção da saúde e trabalho torna-se, portanto uma desafiante e instigante empreitada (BRANT; MELLO, 2001).

A partir da compreensão deste processo – como e porque ocorre – poderemos refletir e sugerir propostas que contribuam na transformação dessa realidade para a apropriação, pelos trabalhadores, da dimensão humana e ética do trabalho. Isto para que a saúde do trabalhador supere a concepção reducionista do processo saúde/doença, que desconsidera a subjetividade, e proponha um novo paradigma de articulação entre Promoção da Saúde e trabalho como desafio e perspectiva no âmbito da Saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva buscamos neste trabalho discutir as possibilidades e propostas de articulação entre a saúde do trabalhador e a promoção da saúde, contribuindo, desta forma, para a implementação de políticas e práticas em saúde que favoreçam uma melhor qualidade de vida e trabalho, além de estar desenvolvendo o exercício pleno da cidadania.

A Constituição Federal de 1988 define dentre os direitos sociais a saúde, o trabalho e o meio ambiente, neste último compreendido o do trabalho (art.6º); em seu artigo 7º (inciso XXII) legisla sobre a questão de que entre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais (CF art. 7º) está a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de edição de normas de saúde, higiene e segurança; assim como a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/1990 e Lei nº 8142/1990) que dá a regulamentação do SUS definindo a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; inserindo a Saúde do Trabalhador como campo de ação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990a; 1990b).

Sabendo-se que a prevenção de acidentes e doenças do trabalho no Brasil, está alicerçada em um arcabouço legal, que regulamenta o modelo existente através do Decreto-Lei no. 5.452, de 1º. de maio de 1943 – Consolidação das Leis do Trabalho; e da Lei no. 6.514, de 22 de Dezembro de 1977: Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho e da Portaria no. 3.214, de 08 de junho de 1978. Observa-se, entretanto, que a regulação do exercício da profissão cirurgião Dentista regido sob a Lei 5.081 de 24/08/1966 é anterior à Lei nº 6.514, de 1977 que introduziu na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT a obrigatoriedade dos serviços de medicina do trabalho. Assim, ao não contemplar essa atividade profissional, a referida lei deixou uma evidente lacuna normativa. Mesmo tendo essas áreas da ciência como objetivo comum a saúde do trabalhador, possuem elas objetos e campos de atuação distintos tanto em termos conceituais quanto profissionais e legais.

Mesmo negligenciando a odontologia ocupacional, observa-se continuidade na evolução das políticas que procuram assegurar a saúde do trabalhador; como o intuito de ampliar tais garantias surgiram as Normas Regulamentadoras; dentre as quais destaca-se as das Portarias GM/SSSTb nº. 24, de 29 de dezembro de 1994– sendo a NR 7– do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Através da NR7 - PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. O PCMSO deverá considerar as questões

incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho; bem como deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza sub-clínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores (SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO, 1994). E a Portaria nº 33 de 27/10/1983 sendo a NR4 –SESMT- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho a qual atualmente é composta por Médico do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho, Auxiliar de Enfermagem, Engenheiro do Trabalho e Técnico de Segurança do Trabalho (SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO, 1978). Analisando as Portarias acima citadas, a autora sugere uma reflexão sobre a necessidade de ampliação de tais normas regulamentadoras ou que se execute uma à parte; visto que a composição desta equipe está incompleta, por não contemplar o profissional da Odontologia do Trabalho uma vez que a cavidade bucal é parte integrante do corpo e as afecções bucais resultam em comprometimento sistêmico da saúde do trabalhador; imperioso se necessário sua inserção e desenvolvimento de políticas contemplando ações, visando minimizar os riscos e agravos à saúde geral destes trabalhadores.

Em 2004 a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador estabeleceu que são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004b).

No entanto, a situação desses trabalhadores com relação à efetiva proteção da saúde e segurança no trabalho ainda se encontra em área cinzenta do nosso ordenamento jurídico.

No entanto o crescimento do número de trabalhadores sem contrato formal de trabalho no país tem sido significativo, chegando a representar a maioria da força de trabalho em algumas regiões urbanas (CACCIAMALI, 2000). A maioria das pessoas que compõe este segmento da força de trabalho é formada por mulheres, que também apresentam outras diferenças ocupacionais em relação aos homens (BIDDLE; BLANCIFORTI, 1999). Estudos conduzidos em outros países (QUINLAN; MAYKEW; BOHLE, 2001) têm mostrado que trabalhadores temporários, ou do setor informal estão envolvidos em atividades mais perigosas como as de manutenção, ou são realizadas sem as medidas de proteção requeridas para os demais trabalhadores (FRANÇOIS; LIEVIN, 1995).

Estes, entre outros aspectos, colocam tal grupo de trabalhadores em maior risco para acidentes e outras enfermidades ocupacionais (QUINLAN; MAYKEW; BOHLE, 2001).

Embora as estatísticas apontem que as mulheres têm menor risco para acidentes de trabalho, fatais ou não fatais, do que os homens (BIDDLE; BLANCIFORTI, 1999), um adequado dimensionamento do problema, levando em conta a experiência ocupacional historicamente distinta das mulheres ainda está por ser realizado. É possível que mudanças no perfil ocupacional do sexo feminino que vêm ocorrendo em todo o mundo, decorrentes de uma maior participação de mulheres em atividades consideradas perigosas, possam estar determinando alterações na morbidade ou mortalidade por acidentes ocupacionais (QUINLAN; MAYKEW; BOHLE, 2001).

De interesse para esta discussão, damos o exemplo a situação onde tanto os TCC (Trabalhador com Carteira Assinada) como os TSC (Trabalhador sem Carteira Assinada) encontram-se, em termos gerais, em alto risco de sofrerem acidentes de trabalho, o que merece igual atenção dos órgãos públicos, voltados preferencialmente para o setor formal da economia em que predominam os trabalhadores com contrato formal de trabalho. Estes, por mais que estejam sob o abrigo de políticas de proteção, podem estar se ressentindo de uma pobre efetivação da legislação trabalhista em vigor. Além disso, torna-se visível o extenso sub-registro dos acidentes e enfermidades ocupacionais que são de notificação

obrigatória e a precariedade do sistema de fiscalização dos ambientes de trabalho ou a pequena adoção das normas de higiene e segurança do trabalho, já apontadas por Wünsch Filho (1999).

Considerando os dados apresentado por Wünsch Filho (1999), é possível calcular a proporção da sub-estimativa da incidência de acidentes de trabalho não fatais, em 94,13% $[(5,8 - 0,34)/5,8]$, o que corresponderia a um coeficiente de correção para as taxas oficiais de 17,05, assumindo-se os necessários pressupostos. Como os dados de outros países baseiam-se em registros de notificações, além de serem apresentados conjuntamente com as doenças ocupacionais, comparações ficam limitadas. Um dos poucos inquéritos comunitários individuais sobre acidentes de trabalho foi conduzido no Zimbábue, embora tenha se restringido aos trabalhadores do setor informal. Foi estimada em 13,1% a frequência de acidentes de trabalho não fatais em um ano, achado 10 vezes maior do que os dados oficiais para os trabalhadores do setor formal neste mesmo país (LOWENSON, 1998). Os contextos ocupacionais, sociais e culturais distintos, tornam difícil, porém, este tipo de comparação com outros países.

Outro estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu – SP, com padrão de vida e índice de desenvolvimento humano – IDH superiores à média nacional, demonstrou a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais apenas 22,4% tiveram registro previdenciário, indicando que de cada 4 pessoas acidentadas no trabalho naquele município, 0,9 tiveram registro previdenciário. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS, na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas PNSS 2004. Conclui-se portanto, que apesar de elevados, estes números não refletem a realidade (RIBEIRO, 2002).

Não se pode concordar com as condições e contextos de trabalho tal como são até o presente momento e sim identificar o que nos provoca sofrimento e doença para modificá-las. O culpado pelo adoecimento não é o(a) trabalhador(a), mas a verdade é que o trabalho adoecer, sim, e muito. Adoece, incapacita, mata. Saúde do(a) trabalhador(a) é, portanto, questão de direitos humanos e uma luta da qual não podemos nos omitir. Herval Pina Ribeiro em palestra proferida no DIESAT

[...], em que pese a crise do trabalho, hoje mais do que antes, quando não se está trabalhando se está indo ou voltando do trabalho

ou se está comprando algo; quando se come e dorme é para repor as energias gastas e necessárias ao trabalho; e quando se procria, as crias são os trabalhadores de logo mais. Assim, o trabalho continua a definir o trabalhador, sua vida presente e futura e a vida dos seus, seus modo de viver, morar, se alimentar, divertir, reproduzir, adoecer, seja ele trabalhador rural, operário, empregado de escritório ou servidor público” (RIBEIRO, 2002).

Assim o que deveria ser um direito à saúde do trabalhador de forma universal e igualitária, o que vemos é esse direito ser incipiente mediante a dificuldade de adequação para implementação das correções detectadas, sejam essas por falhas ou equívocos bem como, a não compreensão do conceito atualizado de saúde, independente do regime trabalhista que o trabalhador esteja inserido. Onde até o presente momento não houve a devida atenção em relação à saúde bucal do trabalhador, o que pela compreensão da autora deveria estar inserida em uma coordenação de Odontologia do Trabalho na equipe de Segurança e Saúde Ocupacional. Em relação ao trabalhador servidor público (trabalhador estatutário) mais especificamente; este apresenta-se colocado à margem, dada escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde destes trabalhadores, dificultando a definição de prioridades para políticas públicas, planejamento e implementação das ações de saúde bucal que viabilizem ações preventivas no que diz respeito à saúde e segurança deste trabalhador, visando minimizar os riscos e agravos à saúde geral, o que resultaria em melhores condições de vida e prevenção de acidentes. Não se olvidando, entretanto de atribuir destaque para o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na “assistência integral” à saúde dos (as) trabalhadores (as) independente de que categoria pertença e ao desafio de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde do trabalhador de modo integrado e articulado aos demais órgãos públicos que atuam nesta área (DOUETS, 2008).

Pergunta 2- Enquanto Cirurgião Dentista como você analisa a inclusão da Odontologia Ocupacional na equipe de Segurança e Saúde dos Trabalhadores?

DSC RESPOSTA 2 - A saúde bucal é parte integrante da saúde geral sendo importante para melhorar a qualidade de vida do trabalhador, devendo estar integrada com uma equipe multidisciplinar de segurança e saúde do trabalhador. Existem doenças relacionadas ao trabalho que afetam a cavidade bucal tais como; manchas nos dentes e na gengiva, focos infecciosos, doenças periodontais, desgastes dentários, comprometimento do aparelho estomatognático devendo ser detectado precocemente, as quais poderiam ter sido evitadas com a prevenção; em situações onde o trabalhador está acometido de algumas doenças ocupacional, há necessidade de sanar estes problemas, recuperando a saúde desse trabalhador para não comprometer sua qualidade de vida evitando que ocorram acidentes de trabalho sem diminuir seu rendimento e produtividade no trabalho.

Saúde bucal do trabalhador foi defendida por Araújo em 1988 como sendo “É a parte da atenção à saúde do trabalhador que trata de promover, preservar e recuperar a saúde bucal do trabalhador, conseqüente dos agravos, afecções ou doenças do exercício profissional, que tem manifestações bucais, devendo ter sua ação voltada à prevenção de todos os agravos laborais, ou seja, objetiva a prevenção de doenças decorrentes da atuação profissional e dos acidentes de trabalho” (ARAUJO, 1988).

Diversas ocupações podem levar a alterações das estruturas da cavidade oral, especialmente dos dentes. Tais alterações são muitas vezes bastante características, constituindo verdadeiros "estigmas profissionais" peculiares a cada profissão”(NOGUEIRA, 1972).

Depois de considerar que a prática da Saúde Ocupacional depende, essencialmente, de um trabalho de equipe onde o dentista tem papel de grande importância devido ao fato de que numerosas doenças profissionais apresentam manifestações orais precoces, são descritos, de forma geral, diversos quadros patológicos decorrentes de doenças profissionais causadas por agentes mecânicos, físicos, químicos e biológicos (NOGUEIRA, 1972).

Sendo uma das funções do cirurgião dentista do trabalho, averiguar se as condições em que se realiza o trabalho esta manifestando doenças na cavidade bucal, e para isso deve conhecer o local e as condições em que se realiza este trabalho. Por exemplo, a exposição ocupacional ao benzeno (produtores de tintas) pode ocasionar manifestações bucais como periodontite, necrose óssea, sangramento espontâneo etc; diante da exposição ocupacional ao chumbo pode-se visualizar a linha de Burton (acinzentada) na cavidade bucal, podendo dar indícios de contaminação no local de trabalho. Desta maneira a odontologia do trabalho deve estar integrada a uma equipe multiprofissional a fim de investigar eventuais intoxicações decorrentes do processo de produção. Para averiguação destas eventuais intoxicações necessitamos ter em mãos os resultados dos exames odontológicos admissionais, periódicos, troca de função e demissionais dos funcionários.

Assim Mendes (1980a) refere em seus estudos, que o contato com produtos químicos acarretam alterações na cavidade oral, tais como; manchas azuis escuras na gengiva, manchas verdes nos dentes, pigmentação azul na gengiva e mucosa, salivação alterada, parestesia em lábios, estomatite ulcerativa crônica, gengivite, entre outras.

Em relação às variações de temperatura, os trabalhadores apresentam com apreciável freqüência, algumas lesões características da mucosa da boca, como hiperemia acentuada e algumas vezes, discreta necrose da mucosa dos lábios e das gengivas; tais lesões irritativas podem levar ao desenvolvimento de lesões neoplásicas. Para exposições a temperaturas muito baixas tendo sido relatados casos de artrites temporo-mandibulares em trabalhadores de frigoríficos (NOGUEIRA, 1972).

Já as variações da pressão atmosférica podem exercer ação característica sobre as estruturas da boca; pois quando se aumenta a pressão de ar no interior dos caixões pneumáticos ou se faz a descida dos mergulhadores a profundidades maiores, os espaços de todo corpo que contenham ar e estejam em contato direto com a atmosfera, vão ter necessidade de que a sua pressão interna seja igualada à pressão externa; existindo freqüentemente espaços aéreos sob os dentes ou sob obturações dentárias, essa nivelação de pressões pode dar causa a intensas dores nesses locais, com hemorragias mais ou menos acentuadas (NOGUEIRA, 1972).

Quando por acidente ou por descuido, uma pessoa fica exposta a doses muito elevadas de radiações ionizantes, ocorre o chamado "síndrome de post-irradiação", caracterizada por uma série de graves efeitos sobre o organismo; nessa síndrome, são extremamente freqüentes as lesões ulcerativas hemorrágicas dos lábios e de toda a mucosa da boca, lesões essas que exprimem a acentuada gravidade da moléstia de irradiação que, em elevado número de casos, sabemos ser fatal (NOGUEIRA, 1972).

O exame dos lábios raramente revela alterações devidas às doenças profissionais sistêmicas. No entanto, nas intoxicações pelo monóxido de carbono, os lábios adquirem uma típica coloração vermelho-cereja, fato que pode ser de importância para o dentista do trabalho em levantar a sua suspeita de uma intoxicação por esse produto químico, em casos duvidosos (NOGUEIRA, 1972).

Assim, merece análise cuidadosa e vigilância para com os lábios dos trabalhadores expostos ao sol na longa jornada de trabalho, prevenindo-os do câncer de lábio; estimativa do INCA para o município de São Paulo em 2006 foi que dos 1.410 casos novos de câncer bucal, o câncer de lábio atingiu 37% deste total sendo considerada a 5.^a localização primária mais frequente; sendo que, o câncer de lábio é mais freqüente em pessoas brancas, e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior (INCA, 2006).

Dentro do universo de enfermidades possíveis de afetar o desempenho dos trabalhadores, os problemas odontológicos vêm sendo investigados como um dos fatores que concorrem para o absenteísmo (ROSSI, 2003).

O estudo do absenteísmo odontológico no Brasil é extremamente dificultoso por não haver uniformidade de documentos e não se guardarem documentos referentes ao assunto, em detrimento dos estudos estatísticos.

Existem informações dispersas dificultam a avaliação do número de dias perdidos de trabalho por absenteísmo odontológico em nível nacional, estadual e municipal.

Existe, portanto, pouca informação tanto a respeito do ônus econômico que tais faltas possam acarretar quanto ao nível de insatisfação do trabalhador pela quebra do binômio saúde-trabalho. A dificuldade de obtenção de dados a respeito do absenteísmo odontológico implica, sem dúvida alguma, em nada ou quase nada se saber do comportamento do trabalhador nesse sentido.

De acordo com pesquisadores os problemas odontológicos também se enquadram nos relatos da literatura científica que consideram o controle sobre o local de trabalho um importante preditivo para o absenteísmo (REISINE, 1985).

Martins (2002) comparou o absenteísmo odontológico e médico no serviço público e privado, utilizando como principais variáveis: categoria da empresa, regime empregatício, gênero, idade, função, tipo de atestado, causas do absenteísmo, duração em dias e data em que se verificou a falta. E reuniu todos os atestados médicos e odontológicos emitidos no período de janeiro a junho de 2002 que deram entrada no Departamento de Pessoal da Prefeitura de Araçatuba e da Indústria Color Visão – Indústria Acrílica. Foram analisados 1.642 atestados odontológicos e médicos, sendo 1.311 da Prefeitura de Araçatuba e 331 da Indústria Color Visão. Houve predominância do gênero feminino, tanto na prefeitura como na empresa privada e os atestados odontológicos no serviço privado foram em maior número para as mulheres, o contrário do que aconteceu no serviço público. A faixa etária que mais apresentou absenteísmo foi de 20 a 29 anos na empresa e de 30 a 39 anos no serviço público. Quanto à função, os mais faltosos do setor privado foram os operadores de injetora de plástico; no setor público, os auxiliares de serviços gerais. A função que mais se ausentou por motivos odontológicos, no serviço privado, foi a de auxiliar geral e, no serviço público, a de agente de serviços gerais.

Pizzato, Grabin e Andrade (2006) afirmaram que a responsabilidade do dentista do trabalho é dupla, pois a saúde do trabalhador é o mais importante, além da satisfação do empregador, e afirmou que os exames orais periódicos poderiam reduzir a incidência de problemas orais.

Da mesma maneira Mello (2006) alertou para a importância da realização de exames periódicos pré-admissionais, complementares aos exames de saúde. O autor destacou ainda que as patologias orais podem influenciar no processo produtivo de uma empresa e citou, como exemplo, a cárie dentária, que, “pelo seu processo evolutivo, poderia causar odontalgias, abscessos, absenteísmos, incapacidade para o trabalho, et. . Assim como o uso inadequado da automedicação que tende a piorar a situação, pois além de ocultar os sintomas e agravar a patologia, concorre para acidentes do trabalho devido aos efeitos colaterais como a depressão do sistema nervoso central.

Não se pode deixar de registrar o comprometimento que o estresse gera na saúde do trabalhador (CESTARI; CAMPANARIS, 2002), refere não existir dor sem

alguma influência de fatores psicológicos, há uma íntima relação entre tensão psíquica e bruxismo uma vez que a tensão aumenta a atividade nos músculos mastigatórios, sobretudo o masseter à noite, levando ao aparecimento de dores e incômodos. O bruxismo como um ato involuntário, parafuncional, é extremamente destrutivo e resulta em desgaste dental, danos às estruturas que circundam os dentes, dores musculares e disfunções têmporo-mandibulares. Estes sintomas estão sempre associados à dor de cabeça, à dor na mandíbula e ao enrijecimento dos ombros e pescoço.

Partindo deste contexto, o cirurgião-dentista deve sempre ter a compreensão do homem como um ser biopsicossocial, com sensações e emoções, devendo desde o início estar atento ao envolvimento ou não de fatores psicológicos, emocionais e sociais, pois muitos sintomas orgânicos têm substrato emocional.

O estudo de Serralta e Freitas (2002), mostra que a maioria dos pacientes com disfunções na articulação temporomandibular apresentam alta interferência do estresse, confirmando a importância psicológica da boca na expressão dos afetos negativos, neste contexto, a boca ocupa lugar privilegiado na expressão dos afetos, constituição do caráter e determinação dos hábitos de vida dos indivíduos.

Outro autor que concorda com a importância e com a inclusão da odontologia do trabalho, referindo-se que realmente, tem o dentista do trabalho uma grande responsabilidade no reconhecimento e conseqüentemente na prevenção das doenças profissionais que possam ser diagnosticadas através do exame da cavidade oral. Isso exige um conhecimento especializado por parte dos dentistas, conhecimento esse, que não pode ser obtido nos ambulatórios dentários gerais ou na clínica particular, mas unicamente através do contato diário com os trabalhadores (NOGUEIRA, 1972).

Outra importante colaboração futura seria a implantação de uma rede de serviços sentinela. Para otimização e amplitude deste pensar, necessário se faz que o dentista do trabalho possua uma coordenação independente; tendo sua inter-relação com os demais profissionais, gerando multidisciplinaridades para desenvolvimentos das políticas públicas. Podendo ser criada uma central para referência dos servidores, tanto na parte médica como na parte odontológica, devolvendo condições de saúde para que estes servidores também possam ofertar melhores serviços à comunidade; objetivo este fundamental para a evolução do

SUS, e melhor favorecimento dos servidores resultando em uma atividade laboral mais humanista.

Pergunta 3 - Qual sua expectativa com esta inclusão em relação à saúde do trabalhador estatutário?

DSC Resposta 3- O diagnóstico precoce de patologias bucais, focos infecciosos, evita comprometimentos na saúde geral decorrentes de problemas odontológicos tais como septicemias, problemas cardíacos, renais, os quais poderiam ser reduzidos se a atenção à prevenção fosse mais acentuada; melhorando a qualidade de vida, produtividade e satisfação, diminuindo os gastos para a previdência com os problemas do pós- doença; além do que firma sua responsabilidade com a consolidação da unificação dos processos de pactuação cumprindo as diretrizes traçadas no Pacto pela Saúde por meio de relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação.

A abordagem da questão da saúde e relações de trabalho dentro da categoria estatutário no setor judiciário federal, onde nos últimos anos, particularmente a partir da década de 90, com a introdução de inovações tecnológicas no processo de trabalho, aumento de ingresso de ações, aumento de competências, particularmente na Justiça do Trabalho, criação de juizados especiais na Justiça Federal, pressão social pela rapidez nas soluções jurisdicionais, aliadas à estrutura do judiciário extremamente hierarquizada. Esta realidade tem levado a uma crescente demanda para os sindicatos, com queixas de adoecimento, sofrimento mental e assédio moral; o que tem levado os sindicatos a debaterem este tema. Como exemplo, levantamento realizado por Demari (2009) proporcionando o mapeamento da situação dos trabalhadores (as) no judiciário federal no Rio Grande do Sul, no que se refere à qualidade de vida, organização e distribuição de tarefas, jornada e condições de trabalho e saúde, identificação de sintomas relativos a sofrimento mental, LER/DORT, assédio moral, dentre outros.

Alguns estudos indicam a existência de riscos para a saúde e segurança dos servidores públicos, dentre eles a organização física e ergonômica inadequadas, a qualidade do ar interior duvidosa, a violência no local de trabalho, a exposição a agentes biológicos (coleta de lixo, esgoto, etc.), a produtos químicos, a

equipamentos eletrônicos e a campos eletromagnéticos ou radiações não ionizantes (LE-GRANDE,1998).

A violência contra os servidores públicos tem se evidenciado desde a década de 80, principalmente para aqueles que manipulam dinheiro, lidam com queixas de clientes e consumidores, trabalham sozinhos, ficam em contato com pacientes ou clientes que podem ser violentos. Assim que não podemos nos omitir da realidade cotidiana de violência que vem se desenvolvendo nos processos de adoecimento, levando à incapacitações de variadas extensões, que no limite levam a aposentadorias precoces com redução de salário, sem que seja admitido o nexo causal com o trabalho, eximindo os tribunais de qualquer responsabilidade, inclusive dos gastos com o tratamento médico. Também o despreparo para com o servidor público que retorna da licença médica com restrições laborais e que se vê desamparado pelas administrações, que não dispõem de políticas nos setores de Recursos Humanos para acompanhamento e readaptação ao trabalho (ALVES, 2003).

Pesquisas nos Estados Unidos indicam que, em 1992, o homicídio, com 17% dos casos, sendo a segunda causa de mortes no local de trabalho. Tais estudos indicam ainda que, em meados dos anos 80, dentre os servidores públicos adoecidos, havia um grande número de registros de doenças de membros superiores compatíveis com LER/DORT (síndrome do túnel de carpo, desvio ulnar, tendinite, articulação temporomandibular; etc.) (PEREIRA, 2003).

É bastante preocupante a distância do setor público diante da discussão sobre saúde do(a) trabalhador(a). Observemos sua participação em instâncias como o Coletivo Nacional de Saúde da CUT, Conferências: municipais, estaduais e nacionais de saúde do trabalhador ocorridas como, por exemplo, em 2005 e a incipiência de acúmulo em nosso meio sobre este tema. No ramo do judiciário constatamos a inexistência de estatística oficial de adoecimentos pelos setores responsáveis dos tribunais, inclusive com baixo registro por parte da categoria de seus adoecimentos nos serviços médicos. De forma geral o setor público não faz parte da estatística oficial do Ministério da Saúde sobre acidentes de trabalho (compreende o acidente típico, o acidente de trajeto e a doença do trabalho). Isso dificulta a formulação de políticas públicas de prevenção.

Dados da Organização Mundial da Saúde em 1999 estima que na América Latina apenas entre 1 e 4% de todas as doenças ocupacionais são notificadas.

Temos, portanto, em defesa da vida, a necessidade de desenvolvermos uma política de estado integrada entre os setores que lidam com a geração e os que lidam com os impactos à Saúde do Trabalhador uma Política Integrada de saúde, produção e desenvolvimento sustentável (FACT SHEET,1999).

Há diversos artigos e estudos científicos que sugerem a subnotificação dos acidentes de trabalho. Nos estados Unidos os sub-registros de acidentes de trabalho foi estimado entre 33% a 69% (SANTANA et al., 2007). No Brasil a subestimação de mortalidade e morbidade vem sendo descrita em estudos conduzidos em diferentes regiões do país. Matérias recorrentes no meio científico sustentam essa afirmativa, notadamente quanto às doenças, que, em consequência, impossibilita o diagnóstico da real situação de ocorrência de acidentes de trabalho no Brasil.

O mesmo dilema existe com as estatísticas de morbidade onde a subnotificação e a deficiência de dados sobre os acidentes de trânsito tem prejudicado a configuração e a análise do problema, constituindo um obstáculo importante para o desenvolvimento dos programas de segurança no trânsito (MARIN; QUEIROS, 2000).

Embasado nas evidências de sub-registros, parece-nos plausível uma reflexão sobre o quanto estes registros da parte odontológica devam também estar subnotificados, dificultando os avanços para o desenvolvimento de um banco de dados mais específico bem como para desenvolvimento de políticas voltadas à segurança e saúde do trabalhador.

Nos estudos de morbidade têm sido destacadas as internações hospitalares segundo as consequências do evento, identificando-se as lesões ocasionadas pelo acidente, como fratura, hemorragias, esmagamentos. Essas são consideradas como diagnóstico principal, e a circunstância que as produziu é entendida como causa básica (MELLO JORGE; LAURENTI, 1997). O conhecimento desta última é de extrema importância, uma vez que a fratura, a amputação ou o traumatismo crânio- encefálico, estão sim relacionados com o acidente automobilístico. Além disso acarretam uma sobrecarga no atendimento hospitalar, configurando, portanto, um problema de saúde pública (LEBRÃO; MELLO JORGE; LAURENTI, 1997).

É de conhecimento científico que “A higiene bucal pobre e a bacteremia que ocorre durante a doença periodontal severa apresentam associações significantes com o aumento do nível de colesterol circulante, com a aterosclerose e com o

aumento do potencial trombogênico; processos que podem fornecer a ligação entre a Doença Periodontal e a Doença Cardio Vascular” (MACHION et al., 2000).

Assim como “A doença periodontal é uma das doenças crônicas inflamatórias mais comuns do mundo. Segundo Genco (1996), 35% a 60% da população mundial sofre de periodontite moderada e 10% a 15% sofre de periodontite severa. O fato de ser uma doença crônica que atinge tantas pessoas torna os estudos que verificam qual a influência da periodontite na ocorrência de certas doenças sistêmicas ainda mais relevantes. A possibilidade da doença periodontal ser um fator de risco foi levantada em relação às doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, ao nascimento de bebês prematuros e/ou com baixo peso, artrite reumatóide, hipertensão, diabetes melitus, entre outras (GOULD et al., 2006).

Almeida (2003) em seu estudo concluiu que as bactérias da placa dental alcançam a corrente sangüínea nas doenças periodontais, nas intervenções odontológicas e mesmo durante a mastigação e escovação dos dentes.

A presença da bacteremia bucal pode ocasionar a manifestação de Endocardite Infecciosa por *Streptococcus viridans* (ZILLI et al., 2005).

A endocardite infecciosa, decorrente de bacteremia proveniente da microflora bucal, tem sido objeto de crescente interesse e numerosos estudos nas últimas décadas. Trata-se de patologia relativamente rara mas de evolução algumas vezes fatal, acometendo principalmente pacientes com valvulopatias (as quais tem origem congênita ou por doenças reumáticas (CERRI, 1991); sendo que estes pacientes apresentam 40% de prevalência para desenvolver a endocardite bacteriana sendo o principal microorganismo envolvido é o *Streptococcus* do grupo viridans ; com taxa de mortalidade de 25% a 30% ; além do que 20% a 25% destes pacientes necessitam de cirurgia de válvula cardíaca em fase aguda de endocardite bacteriana (GRINBERG; SAMPAIO, 2006).

Estima-se que 1 em cada 8 casos de endocardite infecciosa seja consequência de tratamento odontológico em pacientes de risco (SMITH; ADAMS, 1993). Cirurgias e curetagens periodontais e periapicais e exodontias são procedimentos associados à endocardite infecciosa.

Trabalhos epidemiológicos indicam que as bactérias da boca podem ser importantes não apenas na endocardite, mas em várias outras doenças como diabetes, aterosclerose, infarto e partos prematuros. Embora as evidências ainda não sejam conclusivas, uma perspectiva nova e ampla está abrindo-se para odontologia e

medicina, ou seja; de que a saúde bucal é importante na prevenção de doenças sistêmicas graves e freqüentes. Se até o momento o objetivo da odontologia foi a preservação dos dentes, atualmente os horizontes são mais amplos, objetivando a manutenção da saúde bucal e sistêmica. Esta afirmativa é válida não apenas para os indivíduos com deficiências dos mecanismos de defesa, como idosos e imunocomprometidos, mas para toda população. Esta filosofia vai permitir também uma melhor integração entre a odontologia e a Medicina. Esta integração já é evidente em pacientes portadores de doenças mucocutâneas, discrasias sanguíneas, transplantados, diabéticos e doenças infecciosas como a Aids; assim, para as cardiopatas com risco de Endocardite Infecciosa, a manutenção da saúde bucal adquire elevado grau de importância (ALMEIDA; CORRÊA, 2003).

Coadunam deste pensar os autores Frangomeni et al. (2003) ; bem como Petti e Fowler (2003), afirmando sobre a gravidade da endocardite infecciosa.

Assim ressalta nossa a atenção os resultados do estudo com gestantes, onde o risco de uma gravidez em cardiopatas é alto e requer cuidados de equipe multidisciplinar, visto que a endocardite infecciosa é uma morbidade rara que, durante o ciclo gravídico-puerperal, eleva a taxa de mortalidade do binômio gestante/conceito (TRINDADE, 2002).

Portanto uma das expectativas é que mediante os exames ocupacionais arquivados junto ao prontuário do servidor, serão realizadas estatísticas para a necessidade de tratamento, diagnósticos precoces de doenças, observações de manifestações bucais decorrente da atividade laboral de acordo com a atividade econômica do servidor (CNAE- Classificação Nacional de Atividades Econômicas) e com o seu respectivo perfil profissiográfico. Subsidiando a elaboração de campanhas de duração permanente nos locais de trabalho.

Diante deste dispositivo legal e considerando que a finalidade destes funcionários é fundamental para o bom desempenho das ações governamentais para com a sociedade; que estes logrem melhores condições de trabalho.

A análise de importantes trabalhos como os de Dias (1993), Lacaz (1994), para citar somente alguns, foram imprescindíveis para o entendimento que é a partir da parceria entre técnicos do sistema de saúde e trabalhadores que se gesta aquilo que os poderes constituídos transformam em políticas públicas para o setor. Que o estudo e mudanças nas condições de trabalho são direitos de cidadania e como tal inalienáveis e intransferíveis. A gestão e o controle sobre as condições de trabalho,

envolvendo processo e ambiente, corporificado através de ações de vigilância se nos configura como a oportunidade real de diminuir a insegurança nos ambientes de trabalho, com influência nítida no perfil de morbi-mortalidade ocupacional.

Desde 2000, o Ministério da Saúde, em parceria com os Estados e municípios, vem desenvolvendo processos de pactuações de ações e metas de saúde (Pacto de indicadores da Atenção Básica, Programação Pactuada e Integrada da Vigilância à Saúde, entre outros). Até então, estes processos vêm se dando de forma separada tanto no momento de sua pactuação, quanto no seu acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2008).

Durante estes anos, gestores dos três entes federados e trabalhadores vêm firmando a necessidade de potencializar e qualificar estes processos, facilitando a pactuação embasada e cooperada de metas e proporcionando a sua integração ao planejamento e à avaliação em saúde (BRASIL, 2008).

Neste sentido, o Pacto pela Saúde, instituído e regulamentado pelas portarias GM/MS 399/06 e 699/06, representa este amadurecimento, reforçando compromisso dos gestores para com a consolidação do SUS, fortalecendo-o como uma política de Estado. Neste novo contexto, todos os municípios passam a ser gestores plenos de responsabilidade pela saúde dos seus cidadãos, assumindo a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde à sua população, seja no seu território ou em município de referência. Substituindo as forma de habilitação de gestão anteriores, estados e municípios irão, articuladamente e em processo de cooperação, assinar e homologar na Comissão Intergestores Bipartite os Termos de Compromisso de Gestão, instrumento legal de pactuação de responsabilidades sanitárias a serem assumidas por cada gestor. Isto inclui garantia de serviços de atenção à saúde da população, ações regulatórias, compromissos com ações prioritárias do Pacto pela Vida, bem como o monitoramento e avaliação destas ações e das mudanças na situação sanitária da população.

As Portarias GM/MS nº 91/07 e GM/MS nº 325/08 representam a consolidação da unificação dos processos de pactuação cumprindo as diretrizes traçadas no Pacto pela Saúde e instituindo o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do mesmo. Este Relatório passa a ser um dos anexos do Termo de Compromisso de Gestão. Estabelecida as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008 pelo município de São Paulo, com os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações,

prazos e diretrizes para a sua pactuação, refere em seu Art. 1º. Estabelecer as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008; no parágrafo VII - saúde do trabalhador. No indicador proporção de acidentes de trabalho fatais, investigados em relação aos acidentes de trabalho registrados, por ser um novo indicador não apresenta série histórica para comparação. Desta forma observa-se a intenção de mudanças, procurando estabelecer melhores registros de adoecimento, resultando na melhor qualidade de informações das estatísticas oficiais (BRASIL, 2008).

Com relação aos prejuízos com as licenças por motivo de saúde, tem-se os dados colhidos pelo Ministério do Planejamento e Gestão os servidores públicos federais brasileiros representam custos estimados de mais de dois bilhões de reais por ano aos cofres públicos contabilizados entre salários desperdiçados e custos de tratamento. Segundo essa fonte, as aposentadorias por invalidez atingiram 27% do total em 2004, diante de 16% entre os demais trabalhadores (BRASIL, 2006a). Tal quadro motivou a construção de uma política de saúde na esfera da administração federal, o Serviço Integral de Saúde Ocupacional do Servidor Público. SISOSP, ligado à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento e Gestão.

Onde o ambiente de trabalho se constitui em um ambiente privilegiado para as ações de educação para a saúde, pois é o espaço organizacional que o indivíduo passa grande parte do seu dia e onde deve receber orientações voltadas para a promoção e proteção à saúde. Seria de grande valia que, neste ambiente, fosse oferecido ao trabalhador a oportunidade de refletir mais amplamente sobre sua saúde e sua qualidade de vida. Nesse sentido, a promoção da saúde no trabalho gera condições de trabalho e de vida gratificantes, agradáveis, seguras e estimulantes (CAZÓN et al., 2007).

Pergunta 4 - Qual sua opinião sobre o SISOSP?

DSC Resposta4 - O ministério do planejamento consegue aquilatar a importância da saúde ocupacional integrando a odontologia do trabalho, derivada da

conscientização com relação a seus trabalhadores, demonstrando respeito e valorização com a saúde dos que estão sob sua responsabilidade. Contemplar uma coordenadoria odontológica onde o profissional especialista tem a possibilidade de analisar, sistematizar as informações individuais e coletivas do prontuário eletrônico constituindo a base para a conformação do perfil epidemiológico dos servidores para a gestão qualificada das questões relativas à saúde do servidor, sem incorrer em risco de comprometer a eficiência das suas ações; discutindo perícia em saúde, serviço de saúde ocupacional em uma filosofia integrativa entre os diversos níveis de profissionais amplia a visão de planejamento , operacionalização. Vale destacar que todos têm direito ao mesmo benefício, entretanto existe ainda um vazio para os trabalhadores estatutários municipais e estaduais, sendo necessária a conscientização dos gestores de cada instância para a elaboração de projetos de lei.

Mediante a ausência de uma política nacional de saúde do servidor articulada pelo Estado Brasileiro, mesmo após a aprovação do Regime Jurídico Único em 1990, propiciou aos Ministérios e aos demais órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) a criação de serviços de saúde com recursos e estruturas físicas, organizacionais e critérios periciais diferenciados, com potencialidades e dificuldades desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública Federal – APF (BRASIL, 2003b).

A inexistência de um sistema estruturante com informações de saúde, que permitisse traçar o perfil de adoecimento dos servidores e das reais condições de trabalho no setor público federal, inviabilizou a gestão das questões relacionadas à saúde do servidor e contribuiu para o distanciamento entre a área da saúde e a política de gestão dos recursos humanos que agora procura ser resgatada mediante a situação histórica e legítima dos servidores na esfera pública, que é a sua proteção enquanto indivíduo detentor de um direito inalienável que é a saúde, garantido constitucionalmente a toda sociedade brasileira, cabendo ao Estado efetivá-la em todos os seus níveis de abrangência, inclusive enquanto empregador e gestor de recursos humanos (BRASIL, 2006b).

O Governo Federal analisou as questões referentes às políticas de saúde dos servidores, como forma de legitimar relações de trabalho mais justas e equânimes, com base na proporcionalidade das garantias fundamentais, conforme

prevê o Estado Democrático de Direito. Assim que com a necessidade de medidas no sentido de responder institucionalmente a esta demanda, houve a criação da Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e do Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP junto à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento que constituíram os marcos iniciais desta iniciativa; tendo como objetivo estruturar a política de saúde ocupacional do servidor público.

O Ministério do Planejamento instituiu o Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Civis Federais, através da Portaria 1.675/2006, contemplando a inclusão do dentista do trabalho com a função específica de elaborar laudos e/ou pareceres; realizar perícias odontológicas; fazer anamnese odontológica; promover palestras educativas sobre doenças do aparelho estomatognático e orientação de saúde bucal; atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de falta ao emprego, encaminhar o paciente para atendimento por outras especialidades; avaliar as condições de saúde bucal do servidor, atentando para as disfunções têmporo-mandibulares e outras que lhe forem delegadas (BRASIL, 2006b).

As ações propostas pelo SISOSP incluem a vigilância dos ambientes de trabalho, a assistência em saúde ocupacional, a perícia em saúde, a perícia médica, a readaptação e reabilitação além de ações de promoção à saúde. Desde 2005, foram implementados quatro projetos piloto, sendo que cada um adotou metodologia de gestão diferente levando em consideração as peculiaridades de cada região. Os locais escolhidos foram Brasília, Florianópolis, Rio de Janeiro e Recife (BRASIL, 2006b).

Com o intuito de ampliar a visão sobre o SISOSP tem-se a convocação e envolvimento das áreas de recursos humanos e dos técnicos dos serviços de saúde, para a construção coletiva da Política de Atenção à Saúde do Servidor estabelecendo um novo padrão de relacionamento e envolvimento dos órgãos federais nos Estados para as questões relacionadas à saúde do servidor, organizada sob a forma de um Sistema de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS; cujo Decreto e atualmente lei vem substituir o SISOSP.

A organização do SIASS contempla uma política sustentada a partir de 3 grandes eixos: assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde fundamentada em gestão com base em informação epidemiológica, em inter-relação entre os

eixos, trabalho em equipe multidisciplinar e avaliação dos locais de trabalho que considere os ambientes e as relações de trabalho constituindo outro paradigma da relação saúde e trabalho no serviço público (SRH, 2008).

Iniciou-se em 2008 um processo de implantação negociada entre as áreas de recursos humanos, os técnicos de saúde e entidades sindicais com foco na integralidade das ações e na racionalização dos recursos. Trata-se do desafio de uma política transversal entre os serviços dos diferentes órgãos da Administração Pública Federal, que deverá acontecer com diretrizes centrais de natureza normatizadora, implantação desconcentrada e coletivizada, com gestão participativa dos atores envolvidos, através de convênios entre os órgãos com o patrocínio do Ministério do Planejamento (CARNEIRO, 2008).

As assistências médica, odontológica, psicológica, farmacêutica e fisioterápica para o servidor federal estão prevista no art. 230, da Lei nº 8.112, de 11.12.90. A referida Lei prevê que a assistência à saúde do servidor, ativo e inativo, de seus dependentes e do pensionista, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e serão prestadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento. Existe também previsão constitucional (inciso XXII do art. 7º) para o Estado promover, por meio de Normas de Saúde, Higiene e Segurança, a saúde dos servidores com a redução dos riscos inerentes ao trabalho (BRASIL, 1990a).

As iniciativas do SIASS, na área pericial, visam uniformização de procedimentos, transparência dos critérios técnicos, agilização administrativa, humanização no atendimento, racionalidade de recursos, apoio multiprofissional e relações com as áreas da assistência e da promoção à saúde. Uma perícia compromissada com o retorno ao trabalho, preservada pelos preceitos éticos da relação entre o perito e o periciado.

Garantindo transparência e uniformidade nas atividades periciais; para estas serão adotadas protocolos técnicos com parâmetros para a concessão de licenças médicas, de aposentadorias por invalidez, além de estabelecer critérios para a inaptidão nos exames admissionais (SRH, 2008).

A composição da equipe será multidisciplinar e transdisciplinar e dará apoio à perícia médica de forma a subsidiar a tomada de decisão, avaliar a atividade e o

ambiente de trabalho, acompanhar os servidores afastados por motivos de saúde e dar suporte no tratamento e nas restrições de atividades, possibilitando um retorno mais rápido ao trabalho. As ações multidisciplinares e transdisciplinares visam, também, retirar a perícia médica do isolamento em que se encontra atualmente, integrando-a com ações de assistência, prevenção e promoção de agravos à saúde, tornando-a mais humanizada no trato com o servidor e com boas condições de trabalho nas unidades de atendimento. Este tipo de organização dará um caráter mais dinâmico à avaliação (SRH, 2008).

Conceitua-se como promoção e vigilância à saúde dos servidores, para o SIASS, as ações de saúde que visam intervir no processo de adoecimento em seus aspectos individuais e em suas relações coletivas no ambiente de trabalho. Tais ações se destinam aos trabalhadores e aos gerentes e abrangem mudanças na organização e no ambiente de trabalho; a busca ativa de doenças e a capacitação para a adoção de práticas que melhorem a qualidade de vida e trabalho. Promoção à saúde, portanto deve ser entendida na sua relação com a prevenção dos acidentes e das doenças ocupacionais e no tratamento de possíveis danos e agravos decorrentes.

As ações de promoção e de vigilância previstas para o SIASS devem contemplar uma perspectiva participativa e multidimensional com atitudes que intervenham sobre os determinantes da saúde do servidor no seu ambiente de trabalho, se contrapondo assim, ao modelo assistencialista e de medicalização de sintomas, estes, muitas vezes, relacionados com o trabalho (SRH, 2008).

As diretrizes da promoção e da vigilância, em fase de implantação, têm como fundamentos: o uso de informações epidemiológicas coletadas pelo Sistema de Informações, o conhecimento transdisciplinar para melhor entender a relação saúde-trabalho e a participação dos servidores em todas as fases do processo de intervenção aos ambientes de trabalho. As ações de vigilância aos ambientes de trabalho devem prever os levantamentos dos riscos ambientais através de avaliações “in loco”; o uso de questionários; a busca de dados bibliográficos; a investigação dos acidentes de trabalho; a realização de programas e campanhas preventivas de doenças e agravos à saúde; a criação de grupos de apoio e a orientação em saúde mental e dependência química (SRH, 2008).

O exame permitirá avaliar as condições de saúde dos servidores e detectar precocemente doenças relacionadas ou não ao trabalho, através dos exames

clínicos (físico e mental), avaliações laboratoriais gerais e específicas com base nos riscos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais, entre outros a que estão expostos os servidores nas diversas atividades exercidas (CARNEIRO, 2008).

A política de promoção e vigilância à saúde do servidor exige uma construção coletiva, com participação dos vários atores envolvidos: administração central, gestores locais, corpo técnico, representações dos servidores e o próprio servidor como agente pró-ativo deste processo. Exige entender a relação entre o específico e o geral, entre o indivíduo e o coletivo no processo saúde-doença, que considere as peculiaridades envolvidas com o servidor em sua inter-relação constante e dinâmica com o meio laboral.

Com um sistema integrado de informações SIAPE-SAÚDE, em fase de implantação o Prontuário Eletrônico denominado SIAPE – SAÚDE integrado *on line* ao Sistema de Recursos Humanos que constituirá o Sistema Nacional de Informações sobre a saúde do servidor. O Sistema produzido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados – SERPRO, empresa do governo federal, tem uma contribuição coletiva de técnicos de diversos estados brasileiros e tem como objetivo a consolidação de informações sobre as principais causas de afastamento dos servidores, possibilitando uma intervenção gerencial qualificada nos ambientes e processos de trabalho. Assim como, armazenar informações periciais de licenças médicas, acidentes de trabalho, doenças profissionais, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais (SRH, 2008).

O prontuário eletrônico conterá ainda informações dos exames médicos periódicos, as avaliações de outros profissionais técnicos da área de saúde, dados dos ambientes de trabalho e informações assistenciais; dando agilidade ao processo de avaliação da capacidade laborativa com atuação descentralizada, estando em consonância com as normas legais, levando a uniformização dos procedimentos técnicos periciais, vínculos com ações de assistência, reabilitação, vigilância e promoção à saúde. Ressaltando que a coleta, sistematização, análise e disponibilização de informações individuais e coletivas do prontuário eletrônico constituem a base para a conformação do perfil epidemiológico dos servidores para a gestão qualificada das questões relativas à saúde do servidor (SRH, 2008).

Através da criação de unidades do SIASS, as quais ficam responsáveis por desenvolverem ações de perícia, promoção à saúde, vigilância dos ambientes de

trabalho, registro dos acidentes de trabalho, nexos das doenças profissionais e apoio assistencial para os casos de agravos instalados. Essas unidades devem contar com equipes multiprofissionais para desenvolverem ações abrangentes e integradas com otimização dos recursos humanos e com espaço físico adequado às normas sanitárias. A organização de unidades em diferentes órgãos distribuídas em diversas cidades e apoiadas por um sistema de informações possibilitará a criação de uma Rede Nacional de Serviços de Saúde do Servidor para apoiar as políticas de recursos humanos na área de qualidade de vida e trabalho (SRH, 2008).

Tal Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal é uma iniciativa de gestão das questões relativas à saúde do trabalhador que prima por preservar um direito constitucional do servidor público que é a Saúde onde o Estado assume seu real papel de empregador e gestor de recursos humanos (CARNEIRO, 2008).

Pergunta 5 - No seu modo de ver como nós especialistas poderíamos contribuir para a inclusão da Odontologia do Trabalho, contemplando os servidores públicos?

DSC Resposta 5 - A constituição garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Para poder construir uma condição de melhoria na saúde do trabalhador, sendo mais efetiva e mais saudável para todos é importante sensibilizar a classe política, os governantes, sindicatos, mídia, instituições de ensino, conferências de saúde do trabalhador, o próprio servidor exerce uma grande influência e o profissional especialista em odontologia do trabalho deve difundir informações relativas à saúde bucal de prevenção ou tratamento, pois quanto mais rapidamente tratar melhor será para sua saúde, riscos com uso de automedicação, divulgação de trabalhos científicos com levantamento epidemiológico mostrando ao trabalhador os benefícios para sua saúde, aos políticos e gestores a economia de recursos com tratamentos curativos ou paleativos dos atendimentos.

Dados recentes dão conta de que, a despeito dos esforços despendidos, são ainda alarmantes os registros de acidentes de trabalho e doenças profissionais no Brasil.

Entre as decorrências imediatas desse quadro, sobressaem as enormes dificuldades enfrentadas pelas vítimas e seus familiares, resultando em enorme abalo da estrutura e da economia familiar. De forma mediata, ganha relevo o ônus social e financeiro, suportado por toda a sociedade brasileira (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007).

É rasa a atuação do setor público diante da discussão sobre saúde do(a) trabalhador(a), sendo pouco expressivo o número na participação em instâncias como o Coletivo Nacional de Saúde da CUT, Conferências: municipais, estaduais e nacional de saúde do trabalhador e a insipiência de acúmulo em nosso meio sobre este tema (BRASIL, 2005a).

O ramo do judiciário defronta-se com a inexistência de estatística oficial de adoecimentos pelos setores responsáveis dos tribunais, inclusive com baixo registro por parte da categoria de seus adoecimentos nos serviços médicos. De forma geral o setor público não faz parte da estatística oficial do Ministério da Saúde sobre acidentes de trabalho (compreende o acidente típico, o acidente de trajeto e a doença do trabalho, isso dificulta a formulação de políticas públicas de prevenção (MACHADO, 2006).

Dessa forma é urgente a priorização dessa discussão no sentido de socializar as experiências e avançar nas ações efetivas em relação à saúde no trabalho. Essa discussão, deve compreender alguns temas: apropriação pelos sindicatos do conteúdo do projeto de norma regulamentadora de saúde do(a) trabalhador(a) no serviço público, composição de estatística de doenças e implementando a figura do CAS(Comunicação de Acidentes de Serviço), campanha para registro pelos servidores dos adoecimentos junto aos serviços médicos, pela notificação dos adoecimentos junto ao cadastro nacional de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde, regulamentação da fiscalização do ambiente de trabalho no setor público, construção de políticas de prevenção e acompanhamento da qualidade dos ambientes de trabalho, por programas de acompanhamento aos servidores já incapacitados, que visem a digna readaptação ao trabalho, com acompanhamento de saúde adequado (MACHADO, 2006).

A articulação entre Promoção da Saúde e trabalho não só é viável como extremamente importante no processo de implementação de uma política de saúde do trabalhador, que o considere sujeito ativo e participativo, além de contribuir para diminuir lacunas e encontrar respostas para questões não contempladas pelas atuais práticas em saúde do trabalhador no Brasil (BRASIL, 2005a).

Os custos para com as ações mostram-se factíveis, representando pequeno ônus se comparados com os grandes benefícios que deles poderão advir, como a melhora da auto-estima do trabalhador, a motivação e, por conseqüência, a redução do absenteísmo, aumento da produtividade, além de ofertar melhores serviços à comunidade, objetivo este fundamental para a evolução do SUS, e melhor favorecimento dos seus servidores (BRASIL, 2005a).

É fundamental a formação de núcleos nas escolas públicas e privadas de todos os níveis para prevenção de acidentes, garantindo a inserção de princípios de segurança e saúde do trabalhador nos respectivos currículos.

Bem como que os sindicatos promovam reuniões periódicas com os trabalhadores, visando conscientizá-los da importância de sua participação junto aos órgãos públicos, para que discutam suas necessidades que nortearão as políticas de saúde.

Acreditamos que estas mudanças necessárias só ocorrerão na medida em que a classe trabalhadora assumir a magnitude dos aspectos relacionados à saúde, buscando condições de trabalho dignas, salubres, seguras, mais do que levantar bandeiras pelos adicionais de insalubridade e periculosidade (GELBECKE, 2002).

Tendo esse novo enfoque, que parte de uma concepção ampla do processo saúde/doença, aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersetorialidade, este último entendido não apenas como a ação conjunta de esferas distintas de governo, mas também na busca de parcerias com outros setores. Em outras palavras, busca aprofundar a integração com as organizações dos trabalhadores, além de outras organizações da sociedade civil, pois, afinal, as questões de saúde dos trabalhadores não dizem respeito apenas aos trabalhadores em si, mas a todo o conjunto da população (ALVES, 2003).

6 CONCLUSÕES

A partir dos resultados pudemos concluir que a odontologia do trabalho representou um positivo impacto na promoção da saúde integral dos trabalhadores do serviço público, tanto no âmbito municipal quanto estadual.

A existência da coordenação de odontologia ocupacional representa não só um aprimoramento do arcabouço legal, como também operacionaliza as ações periciais, preventivas e assistencialistas dos agravos ocupacionais dos servidores públicos estatutários.

Diante do exposto, acreditamos que ao implementar os exames odontológicos ocupacional sob uma coordenação de odontologia ocupacional, haverá condições de elaborar, promover e realizar levantamentos estatísticos para a necessidade elaborar e planejar tratamentos, diagnósticos precoces de doenças, observações de manifestações bucais decorrente da atividade laboral, elaboração de campanhas permanente nos locais de trabalho. Tais exames serão arquivados, junto ao prontuário do servidor; com a formação de um prontuário individualizado tem-se a possibilidade de obter informações dos exames periódicos, avaliações de outros profissionais técnicos da área de saúde, dados dos ambientes de trabalho, informações assistenciais; constituindo a base do perfil epidemiológico dos trabalhadores; possibilitando a uniformização dos procedimentos técnicos periciais, de assistência, de vigilância e de promoção à saúde; agilidade ao processo de avaliação da capacidade laborativa, possibilitando vínculos com ações de assistência, reabilitação, vigilância e promoção à saúde, além de ser de grande valia em processos de identificação e investigação para as áreas Forense e Legal. Este trabalho foi desencadeado pela constatação da enorme importância social e econômica da saúde bucal dos servidores. Onde estudos estatísticos têm demonstrado a gravidade do problema, quer seja pela incidência de lesões bucais relacionadas ao trabalho, ou diante das evidências onde as endocardites infecciosas são decorrentes de bacteremias provenientes da microflora bucal.

Tais problemas podem e devem ser prevenidos, sendo que a diminuição do absenteísmo, redução ou a eliminação dos agravos à saúde dos trabalhadores, são fundamentais para os gestores públicos, levando a maior produtividade individual, prevenindo complicações com a saúde geral do servidor bem como a valorização e satisfação do trabalhador.

Considerando que a finalidade destes servidores, é fundamental para o bom desempenho das ações governamentais e para com a sociedade, que estes logrem melhores condições de trabalho. Assim como a imagem do órgão público melhoraria aos olhos dos trabalhadores e certamente serviria de exemplo para outras instâncias.

REFERÊNCIAS¹

Almeida OP, Corrêa MEP. Infecções bucais e doenças sistêmicas. Rev Bras Med 2003;60(4):175-78.

Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. Cad Saúde Pública 2003;19(1):319-22.

Araújo ME. Estudo da prevalência das manifestações bucais de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a saúde do trabalhador [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1998.

Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev Latino-Am Enfermagem 2003;11(2):177-83.

Berlinguer G. Trabalho e saúde: fundamentos e conflitos éticos. In:_____. Bioética cotidiana. Brasília: UnB; 2004. p. 109-72.

Biddle EA, Blancioforti LA. Impact of a changing U.S. workforce on the occupational injury and illness experience. Am J Ind Med 1999;36(1):7-10.

Brant LC, Melo MB. Promoção da saúde e trabalho: um desafio teórico e metodológico para a saúde do trabalhador. Saúde Debate 2001;25(57):55-62.

Brasil. 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília; 1996a. Disponível em:URL:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf
[2008 Fev. 25].

Brasil. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Brasília; 2000a. Disponível em: URL:<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm> - 1k
[2007 Nov 2].

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

¹ De acordo com estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília; 2000b.

Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília; 1999. Disponível em: URL: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9782_99.pdf [2008 Jan.11].

Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de Saúde e dá outras providências. Brasília; 1990a. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169 [2007 Out. 06]

Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília; 1990b. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169 [2007 out 17].

Brasil. Ministério de Estado da Saúde. Lei/GM nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília; 1990c. Disponível em: URL: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8112.htm> [2007 Jan. 22].

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Boletim Contato, n. 4, jul. 2006a. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. [2007 Fev.21].

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Decreto nº- 5.961, de 13 de novembro de 2006, nº 218. Diário Oficial da União, 14 nov. 2006b. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP.

Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria mog nº 1.675, de 06 de outubro de 2006 – Diário Oficial da União, 10 out. 2006c. Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Civis Federais.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. SIASS 2009. Brasília; 2009. Disponível em: URL: <https://www1.siapenet.gov.br/saude/Portal.do?method=pesquisarNoticias> [2009 Mar. 10].

Brasil. Ministério da Previdência Social. Base de dados históricos do anuário estatístico da previdência social. DATAPREV,CAT (2002 a 2006). 2006d. Disponível em:URL:
<<http://creme.dataprev.gov.br/scripts8/netuno.cgi> [2007 Ago 16].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996b. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:URL:
<<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. [2007 Dez. 5].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferencia de Nacional Saúde dos Trabalhadores. Brasília; 2005a. Disponível em: URL:
http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf [2007 Dez 12].

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. A saúde no Mercosul. 2ª ed. rev. ampl. Brasília; 2003a. Disponível em: URL:
www.mercosulsaude.org/biblioteca/brasil/Saude_Mercosul.pdf [2007 Mar. 14].

Brasil. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde; Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde; 2004a. p. 230.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em: URL:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm[2008 Jan. 17].

Brasil. Ministério da Saúde. Implantação da NOAS-SUS 01/2001: Recomendações para o processo de regionalização da assistência no âmbito estadual; Brasília, 02 de julho de 2001. Brasília; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social – INAMPS. Diário Oficial da União, 142, 28 jul. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde - relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. 1986. Marchiori BP. A IX Conferência Nacional de

Saúde. Disponível em: URL:
<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/colecoes/conferencias.html> [2007 Set. 11].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.125/GM de 06 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília; 2005b. Disponível em:URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/portarias>. [2007/fev/13].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.121, de 6 de março de 1998. Define recursos federais destinados no ano de 1998, por Estado e Distrito Federal, à Atenção Básica, Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Assistência Hospitalar. Brasília; 1998a

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador (Renast) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 de dez. de 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Brasília; 1998b. Disponível em: URL:
 <http://sna.saude.gov.br/legisla/seg_m_t>. [2007 Dez 17].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 3908, de 30 de outubro de 1998. Anexo: Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS). Brasília: Diário Oficial da União, n. 215, seção I. 10 nov. 1998c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 3.925, de 13 de novembro de 1998. Manual da Atenção Básica. Brasília; 1998d. Disponível em: URL:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf [2007 Ago. 11].

Brasil. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001b. Série A - Normas e Manuais Técnicos; n. 114

Brasil. Ministério da Saúde/Organização Panamericana da Saúde. Doenças relacionadas com o trabalho: Diagnóstico e condutas - Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Capítulo 2. Brasília; 2001c. Disponível em:URL:
http://www.medicina.ufmg.br/dmps/mdrt_a_investigacao_relacoes_trabalho_saude.rtf [2007 Out. 17].

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela vida. Brasília; 2008. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/sispacto/> [09 Jan. 12].

Brasil. Ministério da Saúde. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil. 11 a 14 de agosto de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Reprodução fiel do original. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE Brasília – DF, março de 2003. Brasília; 2003b. Disponível em:
URL:<http://www.unifenas.br/radiologia/biblioteca/SA%DADE%20P%DABLICA%20&%20EPIDEMIOLOGIA/O%20Sistema%20P%Fablico%20de%20Sa%FAde%20Brasil%20eiro.pdf> [2007 Mar. 14].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Trabalhador: Protocolos de Complexidade Diferenciada Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF; 2006e.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Estatísticas sobre acidentes de trabalho. Brasília; 2005d. Disponível em: URL:<<http://www.mtb.gov.br>>.[2007 Jul. 10].

Brasil. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília; 2004b. Disponível em:URL:
www.mte.gov.br/seg_sau/proposta_consultapublica.pdf [2008 Jan 12].

Brasil. Relação Anual das Informações Sociais. RAIS 2005. Brasília; 2005e. Disponível em:URL:http://www.mte.gov.br/dados_estatisticos/anuario_trabalhadores.asp [2008 Fev 12].

Brasil. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; Departamento de Vigilância da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador. 2. ed. Salvador: EGBA; 1996c.

Brasil. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Brasília; 2007a. Versão Preliminar. Disponível em:
URL:<http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/index.htm>[2007out 08].

Cacciamali MC. Globalização e processo de informalidade. In: Economia e Sociedade. Campinas: UNICAMP/Instituto de Economia; 2000. Disponível em:URL: <http://www.eco.unicamp.br/publicacoes/revista.html>. [2007 Nov. 10].

Carneiro SAM. Política de atenção à saúde do servidor público federal do Brasil. In: XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 2008 nov. 4-7; Buenos Aires, Argentina.

Carvalho AO, Eduardo MBP. Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998. Disponível em:URL: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf. [2008 Set.10].

Castejón JC. EL papel de las condiciones del trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral [Tese de Doutorado]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.

Cazón RL, Mafra C, Borges JM, Boger ME, Ildefonso SG, Souza V. Educação para saúde no trabalho. Lecturas: EF y deportes Revista Digital [Internet]. 2007 [cited 2008 feb 23];12(112). Available from: <http://www.efdeportes.com/efd112/educacao-para-saude-no-trabalho.htm>

Cerri A. Estudo da prevalência de prováveis doenças profissionais em cirurgões dentistas do município de São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1991.

Cestari K, Campanaris SCM. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. J Bras Oclusão ATM Dor Orofac 2002;(5):54-60.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 22/2001, de 27 dez 2001. Disponível em: URL:<http://www.cfo.org.br> [2007 Nov 10].

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 25/2001, de 28 maio de 2002. Disponível em:URL: <http://www.cfo.org.br> [2007 Nov 10].

Cordeiro RSM, Clemente APG, Diniz CS, Donalisio MR. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu. Rev Saúde Pública 2002;36(3):337-42.

Demari M. A possibilidade da negociação coletiva entre servidores públicos e o Estado. *Jus Navigandi*, 2009;13(2046). Disponível em: URL: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12289>>. Acesso em: 08 abr. 2009.

Dias EC. Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. *Bol Sanit Panam* 1993;115(3):202-13.

Douets S. Uma proposta para o sistema integrado de saúde ocupacional do servidor civil da administração pública federal [Monografia de Especialização]. Brasília: Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal; 2008.

FACT Sheet nº 84 (revisado em junho de 1999). Disponível em: URL: www.who.int/inf-fs/en/fact084.htm. [2008 Jun. 17].

Fracolli LA, Bertolozzi MR. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. São Paulo: USP; 2005. p. 4-8. Manual de enfermagem.

Fragomeni LSM, Melo FFVBJC, Falleiro RP, Hoppen G, Sartori I. Endocardite infecciosos. Terapia cirúrgica. *Arq Soutiens Cardiol* 2003;80(4):faltam as páginas

François M, Lievin D. 1995. Emplois Precaires et Accidentabilité: Enquete Statistique dans 85 Entreprises. Lyon: Service Ergonomie et Psychologie Industrielle Section Ergonomie des Systemes. 1995. Disponível em: URL: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2003000200015&script=sci_arttext&tlng=es - 75k [2008 Ago.11].

Frias Júnior CAS. A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007;10(3):401-9.

Gelbecke FI. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. *Texto Contexto Enfermagem* 2002;11(1):66–85.

Genco R. Current view of risk factors for periodontal diseases. *J Periodontol* 1996; 67(10):1041-49.

Gould FK, Elliott TS, Foweraker J Fulford M, Perry JD, Roberts GJ, et al. Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrobial Chemother* (2006;57:1035-42.

Grinberg M, Sampaio RO, editores. Doença valvar. Barueri: Manole; 2006.

INAMPS. Secretaria de Planejamento/DIS. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. 1987. Disponível em: URL: www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a10v08n2.pdf [2008 Fev. 13]

INCA. Situação do câncer no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: URL: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324 [2007 Mar. 20].

Krischke PJ. Atores sociais e consolidação democrática na América Latina: estratégias, identidades e cultura cívica In: Viola EJ. Meio ambiente, desenvolvimento e cidadania: desafios para as ciências sociais. São Paulo: Cortez, 1995. Disponível em: URL: www.periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2182/4391 - 2k [2008 Jan 17].

Lacaz FAC. Cenário e estratégia em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994. Brasília; 1994. Texto apresentado à 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Disponível em: URL: http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00000509&lng=pt&nr=iso [2007 Out. 17].

Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 1996.

Lacaz FAC. Conhecimento- Práticas em Trabalho-Saúde e as abordagens da medicina social e medicina do trabalho no Brasil: final do sec. IX até os anos 1950-60. *Cad Psicol Soc Trabalho* 2007;10(1):99-103.

Lebrão ML; Mello JMHP, Laurenti R. II morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev Saúde Pública* 1997;31(4):26-37.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Le-Grande D. Occupational and health and safety hazards in Public and Governmental Services. In: Encyclopaedia of occupational health and safety. [place unknown]: Ed. Geneve; 1998.

Lowenson R. Health impact of occupational risks in the informal sector in Zimbabwe. Int J Environment Occup Health 1998;4:264-74.

Machado S. Vigilância da saúde do trabalhador no sindicato dos bancários de Porto Alegre: a operação de olho na saúde. Bol Saúde 2006;20(1):197-91.

Machion L, Freitas PM, Cesar JBN, Nogueira GRF, Nociti FHJ. A influência do sexo e da idade na prevalência de bolsas periodontais. Pesqui Odontol Bras 2000;14(1):33-7.

Marin L, Queiroz MS, A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: Uma visão geral. Cad saúde Pública 2000;16(1):7-21.

Martins RJ. Absenteísmo odontológico e médico no serviço público e privado. RPG 2002;4(7):693.

Mazzilli LEN, Crosato E. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 – 2000. RPG 2005;12(4):444-53.

Mello Jorge, MHP, Laurenti R. Acidentes e violência no Brasil. Rev Saúde Pública 1997;31(4):1-4.

Mello PB, organizador. Odontologia do trabalho: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rúbio, 2006.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80 .Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

Mendes RDEC. From occupational medicine to workers' health. Rev Saúde Pública 1991;25(5): 341-9.

Mendes R, organizador. Medicina do trabalho: doenças profissionais. Rio de Janeiro: Editora Sarvier; 1980.

Mets JT. Diagnoses of absenteeism. In: Zenz C. Occupational medicine - Principles and Practical Applications. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1988. p. 1096-105.

Nunes TCM. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989 [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

Nogueira DP. Odontologia e saúde ocupacional. Rev Saúde Pública 1972;6:211.

Pastore J. A dimensão econômica dos acidentes e doenças do trabalho. Brasília: Serviço Social da Indústria; 1999

Pereira CLGA. Programas de prevenção à saúde do trabalhador no serviço público [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Petti CA; Fowler VG. Inflamação do endocárdio causada por bactérias que entraram na circulação sanguínea. As cepas de bactérias variam com os fatores predisponentes, como cardiopatias congênitas, doenças das valvas cardíacas, implante de prótese de valva ou uso de medicamento intravenoso. Cardiol Clin 2003; 21(2): 219-33.

Pinheiro TMM. Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância [Tese Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 1996.

Pinho DLM, Rodrigues CM, Gomes GP. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. Rev Bras Enferm 2007;60(3):291-4.

Pizzatto E, Garbin CAS, Andrade HAF. Odontologia do trabalho: implantação da atenção de saúde bucal do trabalhador Odontol Clín-Cient 2006;5(2):99-102.

Pochman M. Desenvolvimento trabalho e solidariedade. São Paulo: Editora Cortez; 2002

Quinlan M.; Mayhew C, Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: A review of recent research. *Int J Health Serv* 2001;31(3):507-36.

Reisine ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *Am J Public Health* 1985;75:27-30.

Ribeiro HP. Palestra promovida no DIESAT. *Cad Psicol Soc Trabalho* 2002;5:63-85.

Rossi L C. Absenteísmo odontológico [Monografia de Especialização]. Campinas: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; 2003.

Scheidt KLS, Rosa LRS, Lima EFA. As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares. *Rev Enferm UERJ* 2006;14(3):372-7.

Santana VS, Araújo-Filho JB, Silva M, Albuquerque OPR, Barbosa BA, Nobre LCC. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(11):2643-52.

Santa Catarina (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Versão Preliminar. Disponível em: URL: <http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/index.htm> [2007out 08].

São Paulo (Estado) COVISA/ DATASUS. Acidentes de trabalho notificados no Município de São Paulo. Disponível em: URL: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/actrab/ac_trabalho.def [2007 Set.17].

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Departamento de Vigilância da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador. 2. ed. Salvador: EGBA; 1996.

Segurança e Medicina do Trabalho. Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1997. 60ª ed. São Paulo; 1997. Disponível em: URL: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/9526.pdf> [2007 Jan. 18].

Segurança e Medicina do Trabalho. Norma Regulamentadora NR-4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.

Segurança e Medicina do Trabalho. Norma Regulamentadora NR-7 – programa de controle Médico da saúde ocupacional. Portaria GM n.º 24, de 29 de dezembro de 1994.

Serralta FB, Freitas PR. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. J Bras Oclusão, ATM Dor Orofac 2002;(5):20–5.

SRH. Secretaria de Recursos Humanos, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Política de atenção à saúde do servidor público federal. I Encontro Nacional de à Atenção Saúde do Servidor Brasília, outubro de 2008.

Smith AJ, Adams D. The dental status and attitudes of patients at risk from infective endocarditis. Br Dent J 1993;174:59-64.

Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2001;6(2):451-55.

Souza RR. Construindo o SUS, a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo [Dissertação de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

Teixeira MLP. Acidentes e doenças do trabalho de profissionais do setor transporte: análise dos motoristas no Estado de São Paulo, 1997 a 1999 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Tomasi E, Sant'Anna GC, Oppelt AM, Petrini RM, Pereira IV, Sassi BT. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol 2007;10(1):66-74.

Trindade DR. Condições bucais de gestantes cardiopatas assistidas no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo; 2002. 90 p.

Wunsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: Estrutura e tendência. Cad Saúde Pública 1999;15:41-51.

Zanine AC. Automedicação no Brasil. Rev Assoc Med Bras 1988;34:69-75.

Zilli P, Goiris FAJ, Pilatti GL, Santos FA. Relação entre as doenças periodontais e as alterações cardiovasculares. Rev Paranaense Perio Implante 2005;2(2):21-7.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR - 205920
Protocolo 145/2008

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa "**Expectativa dos especialistas com a inclusão da odontologia ocupacional na saúde do trabalhador servidor público-estatutário**", de responsabilidade da pesquisador(a) Eliete Dominguez Lopez, sob orientação do(a) Prof(a). Dr(a). Edgard Crosato.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 18 de setembro de 2008.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP