



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO SOCIAL**

ADRIANA DÁVILA DE OLIVEIRA

**MONITORAMENTO NUTRICIONAL DE TRABALHADORES: UMA ESTRATÉGIA DE
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR
DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA**

Salvador
2016

ADRIANA DÁVILA DE OLIVEIRA

**MONITORAMENTO NUTRICIONAL DE TRABALHADORES: UMA
ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL
À SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Multidisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Matos Ribeiro.

Salvador
2016

Escola de Administração - UFBA

O48 Oliveira, Adriana Dávila de.

Monitoramento nutricional de trabalhadores: uma estratégia de implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Saúde no Estado da Bahia / Adriana Dávila de Oliveira. – 2016. 109 f.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2016.

1. Bahia. Secretaria da Saúde – Promoção da saúde dos empregados – Estudo de casos. 2. Trabalhadores - Nutrição. 3. Qualidade de vida no trabalho. 4. Nutrição e medicina preventiva. 5. Alimentação dos trabalhadores. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 658.38

ADRIANA DÁVILA DE OLIVEIRA

MONITORAMENTO NUTRICIONAL DE TRABALHADORES: UMA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social, Universidade Federal da Bahia

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Matos Ribeiro _____
Doutora em Ciência Política e da Administração (USC/ES)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dr.^a Leticia Coelho da Costa Nobre _____
Doutora em Saúde Pública (UFBA)
Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador, da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes _____
Doutora em Administração (UFBA)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por minha vida, saúde e pelas realizações pessoais e profissionais.

Aos meus pais, Jésus Jerônimo (*in memoriam*) e Maria Wilma, pelo amor que me deram e pelos valores que souberam me ensinar através de suas ações.

Aos meus filhos Giovana e Samuel, companheiros amorosos que me ensinam todo o real significado de amar. Também aos amigos e familiares que me apoiaram.

A minha orientadora Prof.^a Elizabeth Matos pela competência, sabedoria e dedicação no seu papel de mestre tornando possível a construção deste trabalho.

Aos queridíssimos colegas do Hospital Couto Maia pelo apoio e incentivo, especialmente a Norma Suely pela sua dedicação e aos demais colegas da equipe de nutricionistas: Nely Marques, Maria Auxiliadora, Jerili Barreto, Vera Sarmento, Márcia Fiscina, Nadir Bicalho, Andrea Navarro e Amélia. Às estagiárias de nutrição e colaboradoras deste projeto, Renata e Rebeca, e aos demais estagiários que apoiaram as ações desenvolvidas naquela unidade e a realização deste trabalho. Aos funcionários do hospital, em especial aos sujeitos voluntários da pesquisa pelo compromisso em participar e pelo acolhimento dos procedimentos desenvolvidos no Hospital Couto Maia.

Ao SIAST do HCM e aos membros das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador eleitas e implantadas na unidade pela dedicação, profissionalismo e apoio a este projeto e pela maravilhosa condução dos objetos em saúde do trabalhador naquela unidade hospitalar, apesar de todas as dificuldades estruturais e institucionais.

Aos integrantes do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Couto Maia pelo apoio às pesquisas em saúde do trabalhador desenvolvidas naquela unidade. Ao corpo diretor do Hospital Couto Maia pela dedicação profissional e empenho em apoiar e valorizar atividades voltadas para a saúde dos trabalhadores daquele hospital.

Aos meus queridos colegas de trabalho do Serviço de Atenção Integrado em Saúde do Trabalhador (SIAST-sede) pelo trabalho em equipe amoroso e dedicado, pelo companheirismo, e ainda aos colegas da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) pelas edificantes contribuições e discussões sobre os processos de trabalho em saúde do trabalhador.

Aos professores e trabalhadores da Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador e do Instituto de Saúde Coletiva que contribuíram no desenvolvimento dos trabalhos na temática da saúde do trabalhador, onde realizei qualificações acadêmicas desde 2009, através do 5º CEST - Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, sendo impulsionada ao aprendizado e interesse por esse importante campo da saúde pública.

Aos colegas do mestrado que trilharam esta jornada com alegria, companheirismo, amorosidade, contribuindo no processo de aprendizado com discussões plenas de conhecimento e diversidade.

Aos professores do Mestrado em Gestão Social pela competência e pelo compartilhamento de ideias e conhecimento que enriqueceram esta dissertação.

Aos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição que me acolheram e viabilizaram a realização deste trabalho, especialmente ao Sr. Ednilson (coordenador do GTED) e à Dra. Mônica (Coordenadora do Setor da Saúde do Trabalhador) contribuindo para as reflexões deste texto.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

"Justiça é Justiça Social, antes de tudo: é atualização dos princípios condutores, emergindo nas lutas sociais, para levar à criação duma sociedade em que cessem a exploração e opressão do homem pelo homem".

(Roberto Lyra Filho, 1999)

OLIVEIRA, A. D. **Monitoramento nutricional de trabalhadores: uma estratégia de implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Saúde no Estado da Bahia.** (Dissertação). Mestrado Interdisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia. 109f. Salvador, BA, 2016.

RESUMO

Monitoramento nutricional de trabalhadores: Uma estratégia de implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Saúde no Estado da Bahia.

A política de saúde do trabalhador vem sendo fortalecida na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) desde 2012, através do seu Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST). Este programa está fundamentado nas políticas públicas de saúde e tem como objetivo promover a atenção integral à saúde da trabalhadora e do trabalhador da SESAB, priorizando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. Nos últimos oito anos, ficou evidenciado pelos dados da Junta Médica do Estado da Bahia (JME) que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) somadas foram responsáveis por mais de 70% dos afastamentos dos seus trabalhadores estatutários, diminuindo sua qualidade de vida e a qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os agravos nutricionais, tais como o excesso de adiposidade e a síndrome metabólica, além do sedentarismo, são os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT, que representam atualmente importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, afetando diretamente a qualidade de vida e a produtividade no trabalho. Propor uma metodologia de monitoramento nutricional para trabalhadores da SESAB pode representar uma estratégia importante para qualificar a implementação do PAIST, o que pode contribuir para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PNSTT) e das políticas públicas no Brasil. Este trabalho é um projeto de intervenção que propõe o monitoramento nutricional de trabalhadores realizado por intermédio dos Serviços de Saúde do Trabalhador implantados nas unidades assistenciais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Palavras-chave: Monitoramento Nutricional, Saúde do Trabalhador, PAIST, PNSTT, SESAB.

ABSTRACT

OLIVEIRA, A. D. **Nutritional monitoring of workers: a strategy for the implementation of the Integral Health Care Program for of Health Workers in the State of Bahia.** (Dissertation). Interdisciplinary and Professional Master in Social Management and Development from the Federal University of Bahia. 109f. Salvador, BA, 2016.

SUMMARY

Nutritional monitoring of workers: A strategy for the implementation of the Integral Health Care Program for of Health Workers in the State of Bahia.

The worker's health policy has been strengthened in Bahia's State Health Secretariat (SESAB) since 2012, through its Workers Health Care Program (PAIST). This program is based on public health policies and aims to promote workers integral health care, prioritizing the protections and the promotion of health and also the prevention of work related diseases. In the past eight years, it has been evidenced by the Medical Board of Bahia State (JME) data, that chronic noncontagious diseases (CNDs) combined where responsible for over 70% of the absences of statutory workers, reducing their life quality and care quality provided by Public Health System SUS users. Nutritional disorders, such as excessive adiposity and metabolic syndrome, are a main underlying cause for the CNDs development, which currently represent a major public health problem in Brazil and worldwide, directly affecting the quality of life and productivity at work. Propose a nutritional monitoring methodology for SESAB workers may represent an important strategy to worker's health care program PAIST implementation, which may contribute to the strengthening of the Workers Health National Policy (PNSTT) and public policies in Brazil. This work is an intervention project that proposes the nutritional monitoring of workers performed through the Workers Health Services implanted in the care units of the Health Department of the State of Bahia.

Keywords: Nutrition Monitoring, Occupational Health, PAIST, PNSTT, SESAB.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Relação de licenças médicas concedidas a trabalhadores estudados da SESAB por grupo de patologias – Dados da Junta Médica do Estado da Bahia 2013 e 2014.....	17
Tabela 2 Percentual de doenças e agravos em trabalhadores da SESAB.....	17
Tabela 3 Dados sócio-demográficos de trabalhadores de um hospital público em Salvador, Bahia.....	63
Tabela 4 Frequência dos fatores de risco para síndrome metabólica e DCNT de trabalhadores de um hospital público em Salvador, 2015.....	64
Tabela 5 Presença de fator de risco para síndrome metabólica em um hospital público em Salvador-Bahia.....	65
Tabela 6 Prevalência de síndrome metabólica em função da renda e ou escolaridade entre trabalhadores de um hospital público em Salvador-Bahia, 2015.....	65
Tabela 7 Prevalência de fatores de risco para síndrome metabólica em função da renda e ou escolaridade entre trabalhadores de um hospital público em Salvador-Bahia. 2015.....	66
Tabela 8 Relação da prevalência de síndrome metabólica e a quantidades de refeições realizadas por trabalhadores em um hospital da rede pública pelos trabalhadores em Salvador Bahia, 2015.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES	Conselho Estadual de Saúde
CESAT	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLST	Comissão Local de Saúde do Trabalhador
DARH	Diretoria de Administração de Recursos Humanos
DGTES	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DIVAST	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NUGTES	Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIST	Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PEGTES	Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia
PGTES	Política de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador
PNH	Política Nacional de Humanização
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SESMT	Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIAS	Serviço de Atenção Integrado de Saúde do Trabalhador
SINDSAÚDE	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia
SUPERH	Superintendência de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS.....	20
2.1 UMA APROXIMAÇÃO AO CONCEITO DE ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA: BASE TEÓRICA E METODOLÓGICA PARA A CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	21
2.2 A EDIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DESDOBRAMENTOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR EM UM CONTEXTO SOCIOECONÔMICO ADVERSO.....	28
2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR E O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR DA SESAB (PAIST): RUMOS PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VALORIZAÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SUS-BA.....	38
2.4 CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA SOCIAL PARA A ESTRATÉGIA DA PESQUISA.....	46
3. DESENHO METODOLÓGICO PARA O MONITORAMENTO NUTRICIONAL DOS TRABALHADORES: UM ESTUDO APLICADO AOS TRABALHADORES DA SESAB	52
3.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SEUS IMPACTOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE DO CASO DA SESAB.	53
3.2 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA ENTRE TRABALHADORES DA SESAB: UMA PROPOSTA PARA A REDUÇÃO DAS DCNT....	55
3.3 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO REALIZADO EM TRABALHADORES DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA.....	56
3.3.1. Caracterização da unidade hospitalar e perfil da amostra selecionada.....	56
3.3.2 Concepção do desenho metodológico do estudo.....	58
3.3.3 Variáveis, coleta de dados e instrumentos de pesquisa	59
3.4 ESTRATÉGIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO	61
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA PESQUISA	62
4.2 ALGUMAS PROPOSIÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PAIST	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A – Apresentação dos resultados da pesquisa em Congresso da UFBA.....	77
APÊNDICE B – Tecnologia de Gestão Social (TGS) – Cartilha.....	85

APÊNDICE C – Divulgação na Internet dos resultados da pesquisa com os servidores do HCM/SESAB.....	94
APÊNDICE D – Pré-projeto referente à avaliação do perfil nutricional dos servidores de uma unidade hospitalar da SESAB, em Salvador, Bahia.....	95

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição Federal (CF) assimilou proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconhecendo o direito à saúde como um dever do Estado mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde do Trabalhador foi incorporada ao SUS pela Constituição-cidadã como campo da Saúde Pública pautado nas mesmas bases das políticas dos direitos humanos. Isso representou uma grande conquista para os trabalhadores pela busca da incorporação de valores como liberdade, igualdade, solidariedade e dignidade nas relações de trabalho (BAPTISTA, R.; NOBRE, L.; PENA, P, 2011).

Apesar da política pública de saúde adotada no Brasil ter avançado com a aprovação do SUS, assim como pela regulamentação dessa política nacional através da Lei Orgânica da Saúde LOS n. 8.080/1990, nesse contexto de avanços, a política dirigida para garantir a saúde do trabalhador enfrenta dificuldades para sua operacionalização e consolidação. O predomínio da cultura da busca desenfreada pelo lucro, baseada no princípio de garantia da eficiência e de resultados das ações do Estado, fragiliza os direitos trabalhistas. Esse cenário se tornou ainda mais evidente com o avanço de uma agenda neoliberal explícita, assumida como prioridade dos governos da década de 1990, que passaram progressivamente a privilegiar os interesses do mercado em detrimento das garantias das políticas sociais consagradas na Carta Magna. Atualmente, decorridos mais de 25 anos da promulgação da CF de 1988, as forças políticas que alcançaram a hegemonia no poder dominante nas últimas décadas, independente da preferência ideológica ou partidária, não apresentaram um projeto para a Nação à altura daqueles ideais e compromissos assumidos pela Constituição-cidadã (PAIM, 2013).

Não obstante o cenário difícil, algumas conquistas puderam ser alcançadas com a incorporação da saúde do trabalhador ao SUS. Constata-se a definição e implementação de políticas e programas criados com foco na promoção da saúde, proteção e valorização do trabalhador, materializando, assim, uma busca pela superação de modelos antigos e até então vigentes, da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, instituídos no país desde o governo autoritário de Getúlio Vargas. Como ressaltam muitos estudiosos, a exemplo de Mendes e Dias (1991), os padrões anteriores de proteção à saúde do trabalhador eram ineficazes por serem construções centradas em abordagens individuais de base clínica e que tomavam os trabalhadores como objeto de ação e não como sujeitos. Mas, como destacado por Spedo (1988), a saúde do trabalhador é um campo da saúde pública que se justifica como proposta de mudança transformadora de cunho social, já que a medicina do trabalho e a saúde

ocupacional foram construções advindas de uma necessidade de se manter a produtividade a serviço do capitalismo, distantes da preocupação com o trabalhador como ser humano.

Dentre as conquistas políticas para os trabalhadores, a publicação da Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PNSTT), através da Portaria Federal GM/MS nº 1.823/2012, foi de grande importância. Essa relevância reside justamente na tentativa de superar as ineficiências de modelos anteriores ainda vigentes e orientar a luta contra uma concepção neoliberal que fundamenta as relações sociais de produção na atual dinâmica do capitalismo internacional e nacional e que, conforme já destacado, precariza as relações de trabalho. Nesse contexto, a PNSTT teve como finalidade definir princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância e que visa à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Ainda com todos esses avanços na esfera política e social (e na esfera da gestão), uma mudança de paradigma que materialize as proposições previstas na CF de 1988 tem ocorrido com dificuldade. O que permite reconhecer neste trabalho que incorporar as práticas inovadoras da saúde do trabalhador nos serviços de saúde tem sido algo muito difícil por demandar um intenso enfrentamento de interesses econômicos e políticos, comprovado pela predominância dos modelos da medicina do trabalho e saúde ocupacional distanciados dos preceitos da PNSTT. (MENDES; DIAS, 1991). Observa-se que muitas instituições privadas e públicas no Brasil, valendo-se da fragilidade dos órgãos fiscalizadores e à revelia da lei, não dispensam qualquer prática ou modelo de cuidado voltado para seus trabalhadores.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) constatou, em 2009, mediante um levantamento realizado pela Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), que somente 10 das 41 unidades da rede própria possuíam iniciativas de cuidados para seus trabalhadores e, ainda assim, distanciados dos preceitos da PNSTT. Após reivindicações do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (SINDSAÚDE) e motivada pela busca de um modelo de gestão para seus servidores que fosse alinhado às novas diretrizes da PNSTT, foi publicada a Portaria Estadual n. 1.761, de 21 de dezembro de 2012, que instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da SESAB.

Esse programa tem como objetivo promover uma atenção integral à saúde dos trabalhadores da SESAB, priorizando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho mediante o desenvolvimento de ações para garantir a

melhoria da qualidade de vida no trabalho. A ação visa, ainda, prevenir problemas de saúde de relevância epidemiológica, assim como monitorar e acompanhar indicadores de saúde de forma a subsidiar as ações, os planos e os projetos de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores (BAHIA, Manual do PAIST, 2012).

A preocupação com a construção de protocolos de atenção à saúde dos trabalhadores é algo que vem sendo demandado pela sociedade há mais de dez anos. Desde 2005, a 3ª *Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador* teve como resolução a elaboração de protocolos de atenção à saúde dos trabalhadores, definindo os fluxos de atendimento na promoção, prevenção e recuperação da saúde, e passou a recomendar, a partir daquela data, que no serviço público devem ser instituídas comissões de saúde do trabalhador para cada local de trabalho, eleitas pelos próprios trabalhadores. Essas resoluções objetivam combater a nocividade dos ambientes e processos de trabalho através da elaboração e divulgação do diagnóstico da saúde dos trabalhadores do setor público para a melhoria das condições de trabalho, assegurando a notificação dos eventos. Recomenda, ainda, que devem ser incentivados estudos para o diagnóstico da situação de saúde do trabalhador e o desenvolvimento de alternativas para a correção de situações de risco encontradas e também de programas de educação permanente para os trabalhadores com o objetivo de promover a saúde (3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 2006).

A estruturação do PAIST foi orientada na lógica da vigilância em saúde com base nos princípios dos direitos humanos, o que veio fortalecer não apenas a PNSTT, mas também outras políticas que valorizam o trabalhador, a exemplo da Política de Atenção Integral à Saúde e da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGTES). Existe, portanto, um reconhecimento de que ações de valorização do trabalhador podem intervir na tríade ‘saúde-doença-trabalho’ e, por isso, a importância e urgência de ‘desprecarizar’ o trabalho, por meio principalmente da implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), da Mesa de Negociação do Trabalho e da realização de dimensionamento da força de trabalho, entre outras ações relevantes. Cabe ressaltar que o PAIST vem sendo implantado em todas as unidades assistenciais da rede própria da SESAB com essa perspectiva (BAHIA, Manual do PAIST, 2012).

Nos últimos oito anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) somadas foram a principal causa de adoecimento dos trabalhadores da SESAB, sendo responsáveis por mais de 70% dos afastamentos, de acordo com dados coletados na Junta Médica do Estado da Bahia

(JME) nos anos de 2013 e 2014. Estudos realizados por Pinto e Silva (2012) reforçam essa tendência. Essa situação tem um grande impacto negativo na qualidade de vida do trabalhador da SESAB e, sobretudo, na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS. Em 2014, mais de 3000 trabalhadores da saúde afastaram-se do trabalho por um período superior a quinze dias, em decorrência de algum tipo de DCNT, representando mais de 10% do total dos trabalhadores da instituição. Existe uma infinidade de problemas de saúde que tem a sua origem na alimentação inadequada e estes podem ser caracterizados por agravos nutricionais. É sabido que os agravos nutricionais, tais como o excesso de adiposidade e a síndrome metabólica, além do sedentarismo, são fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento das doenças mais prevalentes nesses trabalhadores, demonstradas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Relação de licenças médicas concedidas a trabalhadores da SESAB por grupo de patologias – Dados da Junta Médica do Estado da Bahia em 2012 e 2014

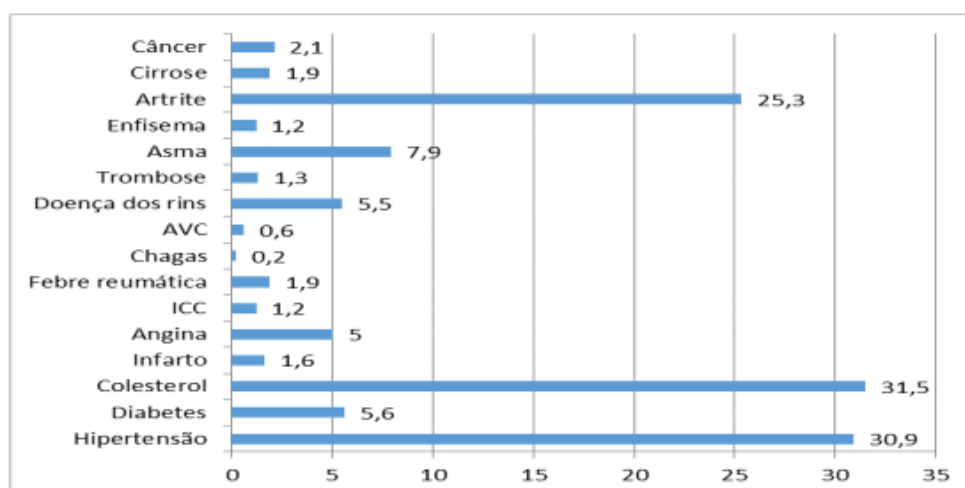
N.	GRUPOS DE DOENÇAS – CID10	2013		2014		Var %
		Num.	%	Num.	%	
1º	Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2.818	38,7	2000	35,1	-8,3
2º	Transtornos mentais e comportamentais	798	14,1	911	16,0	14,1
3º	Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	578	10,2	648	11,3	12,1
4º	Fatores que influenciam o estado de saúde	404	7,17	444	7,8	9,90
5º	Neoplasias (tumores)	486	8,63	444	7,8	-8,46
6º	Doenças do aparelho circulatório	306	5,43	332	5,83	8,50
7º	Doenças do sistema nervoso	213	3,78	218	3,83	2,35
8º	Doenças do aparelho genito-urinário	103	1,83	144	2,53	39,8
9º	Doenças dos olhos e anexos	41	0,73	87	1,53	112
10º	Doenças do aparelho digestivo	93	1,65	84	1,48	9,68
11º	Doenças infecciosas e parasitárias	69	1,22	77	1,35	11,5
12º	Sintomas, sinais e achados anormais de exames (outros)	77	1,37	69	1,21	-10,3
13º	Gravidez, parto e puerpério	83	1,47	70	1,23	-15,6
14º	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	75	1,33	54	0,95	-28,0
15º	Doenças do aparelho respiratório	36	0,64	33	0,58	-8,33
16º	Doenças de pele e do tecido celular subcutâneo	39	0,69	32	0,56	-17,

17º	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	22	0,39	19	0,33	-13,6
18º	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	19	0,34	19	0,34	0
19º	Más-formações congênicas e anomalias cromossômicas	4	0,07	7	0,12	75
20º	Causas externas de morbidade e de mortalidade	2	0,04	0	0	-100
21º	Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	0	0	0

Fonte: Junta Médica do Estado da Bahia 2013/2014.

Tabela 2 – Percentual de Doenças e Agravos em trabalhadores da SESAB.

Doenças e Agravos já diagnosticados (%)



Fonte: PINTO I. C.; SILVA, I. V. Perfil da morbidade e fatores subjacentes às licenças médicas de servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. 2012.

As DCNT se constituem na atualidade em um grave problema de saúde pública mundial, e no Brasil elas representam a principal causa de mortalidade da população. De acordo com as informações sobre mortalidade do Ministério da Saúde (MS), o acidente vascular cerebral (ACV), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) somados foram responsáveis pela morte de mais de 300 mil brasileiros em 2013. Elas possuem um grande impacto na vida do trabalhador e muitos fatores predis põem ao seu aparecimento, sendo os agravos nutricionais, tais como o excesso de

adiposidade e a síndrome metabólica, além do sedentarismo, fatores de risco preponderantes nesses índices de adoecimento (FALCÃO; TARDIO, 2006).

Considerando esse cenário, acredita-se que desenvolver uma metodologia para o monitoramento nutricional dos trabalhadores da SESAB pode contribuir para a diminuição da prevalência de DCNT entre seus trabalhadores, proporcionando uma grande melhoria na sua qualidade de vida e, conseqüentemente, influenciando de forma positiva na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. Assim, com base nesse contexto, o presente projeto de pesquisa (com perfil de projeto de intervenção) foi idealizado na lógica de vigilância e da promoção da saúde do trabalhador e proposto enquanto estratégia para a implementação do PAIST na SESAB. Trata-se, pois, de uma proposta metodológica que tem por objetivo atuar diretamente na redução de DCNT que são os principais fatores de adoecimento dos trabalhadores da Saúde no Estado da Bahia.

O PAIST foi implantado na SESAB e sua execução vem sendo aperfeiçoada de acordo com as principais demandas institucionais. Nesse sentido, este projeto de pesquisa justifica-se por ser uma proposta de implementação do PAIST com foco nas DCNT, que são atualmente as principais causas de afastamento dos seus trabalhadores, conforme dados da Junta Médica do Estado da Bahia - JME. O mesmo foi estruturado com extensas bases legais, alinha-se aos pressupostos da PNSTT e nos termos da Portaria Estadual n. 1.761/2012 considerando, ainda, os objetivos globais e as recomendações da Organização Mundial da Saúde - OMS para o controle da epidemia de obesidade e do sedentarismo no mundo.

Conforme já destacado anteriormente, nos últimos oito anos evidencia-se uma elevada prevalência do número de afastamentos dos trabalhadores da SESAB em razão de DCNT e suas complicações, que têm como principais fatores de risco os agravos nutricionais e o sedentarismo. Com base nessa constatação, definiu-se como questão central orientadora deste estudo a seguinte pergunta: *Quais as contribuições de uma metodologia que possibilite o monitoramento nutricional dos trabalhadores da SESAB como estratégia de implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST) da SESAB?*

Considerando que os agravos nutricionais, tais como o sobrepeso e excesso de adiposidade, além do sedentarismo, são os principais fatores de risco para o aparecimento de DCNT e suas complicações, definiram-se como pressupostos básicos da pesquisa que: *o crescente aumento do número de adoecimentos por DCNT revela que a gestão do sistema estadual de saúde não tem conseguido avançar em estudos que possibilitem identificar o*

perfil nutricional desses trabalhadores para definir as reais e/ou potenciais causalidades que têm agravado esse fenômeno; e a criação e execução de um projeto de monitoramento do perfil nutricional desses trabalhadores poderia ajudar a qualificar a implementação do PAIST como ação dirigida para a promoção da saúde do trabalhador do sistema de estadual de saúde.

Foi definido como objetivo geral desta pesquisa *desenvolver e implementar proposta de metodologia para o monitoramento nutricional dos trabalhadores da SESAB como estratégia de implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST) da SESAB, com base na experiência de uma unidade assistencial da rede própria.*

Como *objetivos específicos* foram definidos os seguintes: (a) *conhecer a prevalência dos agravos nutricionais em trabalhadores da SESAB: excesso de adiposidade e a prevalência de síndrome metabólica entre os trabalhadores em uma unidade assistencial da rede própria;* (b) *monitorar a prevalência dos agravos nutricionais entre os trabalhadores selecionados, sensibilizando-os quanto à importância do cuidado com a saúde e melhoria de sua qualidade de vida, repercutindo na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS;* e (c) *propor estratégias de promoção da saúde e de prevenção do adoecimento por agravos nutricionais, com vistas à redução de DCNT entre seus trabalhadores.*

A metodologia do projeto consiste em avaliar alguns aspectos do perfil nutricional, tais como o excesso de adiposidade e a prevalência de Síndrome Metabólica (SM) do conjunto de trabalhadores selecionados e os resultados obtidos servirão de base para reorientar os Serviços de Saúde do Trabalhador (SIAST) e implementar estratégia de prevenção e promoção da saúde. Para os objetivos desta dissertação, foi realizado um recorte em uma unidade hospitalar da SESAB, espaço onde esta proposta foi aplicada em 2015.

Cabe ressaltar que a relevância deste projeto está, não somente em representar uma estratégia para qualificar a implementação do PAIST, mas indica, ainda, uma possibilidade de subsidiar outros modelos de saúde para trabalhadores em instituições públicas e privadas que busquem atuar na perspectiva da atenção integral à saúde. Assim, considera-se que o presente estudo pode contribuir para o fortalecimento da PNSTT e, conseqüentemente, das políticas de valorização do trabalhador.

Acredita-se que as estratégias de intervenção aqui propostas, por fundamentarem-se nos pressupostos teóricos da Administração Política, dos direitos humanos e das políticas de saúde

pública, trazem a possibilidade de equacionar interesses entre trabalhadores e gestores, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. Assim, espera-se que o presente projeto contribua para o processo de transformação social defendido pelo projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), na busca por consolidar os princípios estruturantes e a concepção do padrão de gestão do SUS consagrados na Constituição Federal de 1988.

O presente trabalho está estruturado em cinco capítulos. A introdução faz uma contextualização da proposta de monitoramento nutricional para os trabalhadores da SESAB, fazendo uma síntese de sua importância e fundamentação. O segundo capítulo apresenta pressupostos teóricos e analíticos, versando acerca dos conceitos de Administração Política e da construção das políticas de saúde no Brasil com os desdobramentos para a saúde do trabalhador. O terceiro capítulo traz o desenho metodológico para o monitoramento nutricional dos trabalhadores, fazendo uma abordagem sobre as DCNT como problema de saúde pública e seus impactos para a saúde do trabalhador e, em seguida, sobre o estudo que foi aplicado em uma unidade da SESAB, caracterizando a unidade hospitalar e o perfil da amostra selecionada, a concepção e o desenho metodológico do estudo, as estratégias de implementação do projeto e as contribuições trazidas pela experiência da Residência Social para a estratégia da pesquisa. O quarto capítulo apresenta a análise e discussão dos principais resultados alcançados com a execução da pesquisa, além de proposições para a melhoria das políticas de atenção integral à saúde dos trabalhadores. O quinto e último capítulo traz as considerações finais do presente trabalho e, ao final, estão as referências, anexos e apêndices.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS

Nesta seção, será feita uma breve apresentação dos pressupostos teórico-metodológicos que fundamentaram a construção do presente projeto. Inicialmente, serão trazidos alguns conceitos de administração política que dão sustentação às políticas de atenção à saúde e políticas públicas de saúde do trabalhador. Em seguida, discorre sobre a construção das políticas de saúde no Brasil e fala dos desdobramentos ocorridos para a saúde do trabalhador, considerando as adversidades socioeconômicas e a contra-hegemonia da orientação política num país neoliberal, após a década de 1990. No final desta seção, está caracterizada a estruturação da saúde do trabalhador e do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST) na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Esses conteúdos pretendem contribuir para uma melhor compreensão de como o presente projeto de intervenção pode ajudar no fortalecimento da Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e

do Trabalhador (PNSTT) e do Sistema Único de Saúde, apesar do atual cenário político de instabilidade para as políticas sociais.

2.1. UMA APROXIMAÇÃO AO CONCEITO DE ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA: BASE TEÓRICA E METODOLÓGICA PARA A CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A Administração nunca se posicionou como campo de conhecimento autônomo. Ao contrário desse movimento, emerge no início do século XX como uma disciplina subordinada ao campo da economia neoclássica comprometida em garantir a produtividade e a competitividade do sistema econômico capitalista. Nesse sentido, Santos, Ribeiro e Chagas (2009) destacam que, ao assumir integralmente o papel secundário de área comprometida com a instrumentalidade dos aspectos microorganizacionais, a Administração abriu mão de investir cientificamente para refletir sobre o papel político e ideológico que toda ação administrativa manifesta (ainda que nem sempre de forma explícita). Em outras palavras, ao admitir um espaço limitado na dinâmica socioeconômica, a Administração carece de bases teóricas e metodológicas que a auxiliem a considerar as dimensões sócio-históricas que conformam os atos e fatos administrativos. Os citados autores reforçam essa crítica ao ressaltar que esse problema de identidade da área da Administração se agravou na medida em que a maioria dos cursos de graduação e pós-graduação foi e continua sendo estruturada com base apenas nos princípios gerencialistas, base da Administração Científica.

Inconformados com essa percepção tradicional e rígida da Administração, um grupo de professores da Universidade Federal da Bahia avança na concepção e discussão sobre a importância e urgência de a Administração constituir-se como campo próprio do conhecimento. Nessa direção, Santos e Ribeiro (2009) defendem que, para consolidar-se como uma ciência social aplicada, a Administração necessitava definir seu objeto científico próprio que, para os autores, seria a gestão. Em 1993, os referidos autores publicam o primeiro artigo que trata do tema intitulado *A Administração Política Brasileira*¹. Mas foi somente a partir de 2000 que conseguiram avançar e aprofundar na definição do campo, delimitando, inicialmente, seu objeto científico - a gestão - e delimitando como objeto privilegiado de estudo as organizações. Mas antes de avançar na construção das bases teórico-epistemológicas que iriam orientar esse novo campo, investem seu primeiro esforço

¹

Publicado na RAP nº 4, de 1993

acadêmico na releitura crítica e contextualizada das principais teorias clássicas do campo da Administração Pública e da Administração Científica, com o objetivo de reconhecer quais as contribuições desses autores para a construção das bases científicas da Administração. Para completar esse esforço, integram esta revisão teórica as importantes e fundamentais contribuições trazidas pelos economistas políticos sobre o objeto científico da Administração Política². O objetivo desse esforço complementar ao pensamento administrativo era, pois, o de identificar quais os elementos subjetivos e empíricos que caracterizavam as práticas e saberes administrativos, mesmo aqueles que haviam sido incorporados pela agenda da economia política, desde a emergência desse campo como uma ciência no século XVIII, tendo como seu principal líder Adam Smith.

Com base nesse arcabouço analítico-histórico, os autores citados definem como problema central da pesquisa teórico-epistemológica que deveria orientar os estudos da Administração Política a seguinte questão: *reconhecer historicamente como têm sido administradas (conduzidas) as relações sociais de produção, circulação e distribuição, tomando como base a definição abstrata e empírica de um dado padrão de materialidade social (base sócioprodutiva) que permitiria que as sociedades e os indivíduos garantissem sua reprodução e bem-estar social?* Para responder a essa questão, os autores definem como pressuposto básico para fundamentar os estudos iniciais e teóricos a própria ontologia da Administração Política fundada no seguinte argumento: *toda ação humana é administrada e orientada para alcançar uma dada finalidade social e/ou individual* (SANTOS e RIBEIRO, 2009).

Afirmam que se se considera que esse pressuposto é verdadeiro caberia, então, reconhecer quais os instrumentos teóricos e metodológicos que a Administração Política dispunha para dar conta do papel como campo científico próprio, orientador, portanto, das ações que envolvem a gestão e gerência das relações sociais, organizacionais e individuais. Nesse sentido, defendem que administrar é muito mais do que racionalizar os processos de trabalho, com vistas a garantir apenas o aumento continuado dos níveis de produtividade da economia dos negócios, conforme conceito defendido pela Administração Científica (ver Taylor, Fayol, entre outros autores clássicos). Ao contrário dessa visão meramente instrumental das ações administrativas, a Administração Política vai defender, pois, que “administrar implica, antes de tudo, conceber um padrão/modo de organização social

² Os economistas políticos são considerados os primeiros a investir em uma discussão e concepção teórico-metodológica, de base normativa, sobre o que Santos e Ribeiro vão denominar de Administração Política.

fundamentado em relações sociais concretas, permeadas por conflitos de interesses e expectativas individuais e coletivas” (SANTOS, RIBEIRO e CHAGAS, 2009).

Com base nessa nova visão da Administração como campo científico próprio (ainda que vinculado e interdependente dos demais campos de conhecimento, pois, configura-se como campo multidisciplinar ou transdisciplinar), os autores citados aprofundam o debate sobre os estudos críticos da Administração (que emergem com maior força na segunda metade do século XX), em resposta à própria incapacidade dos princípios gerenciais em darem conta dos desafios impostos pelas novas e complexas formas de organizações que emergem, a partir dos anos 80, fruto das inovações trazidas pela Revolução das Tecnologias e da Comunicação (TICs). Nesse contexto de profundas transformações das relações sociais de produção (em âmbito internacional e nacional), a Administração passa a assumir, cada vez mais, um papel de destaque (ainda que os administradores profissionais e acadêmicos ainda não tenham reconhecido plenamente as implicações dessas mudanças e do seu papel como profissionais e como cidadãos) na condução dos novos arranjos e modos de produção social que passam a ser regidos pelos princípios, valores e interesses ‘globais’. Diante dos profundos e crescentes desafios impostos à gestão das relações sociais contemporâneas, redefinir o papel técnico e avançar na construção de bases teórico-epistemológicas e metodológicas que consolidem a Administração como campo científico tornou-se, segundo os citados autores, um imperativo.

Mas, para alcançar esse desiderato, é fundamental redimensionar os sentidos e significados das palavras, acepções e expressões que fundamentam o campo da Administração como profissão e campo de estudo, e que têm sido comumente utilizadas como sinônimos das práticas administrativas, a saber: Administração, Gestão e Gerência. Conforme destacam os citados autores, o conceito de administração é compreendido como campo ou área de conhecimento próprio e que se manifesta sempre por meio de duas dimensões indissociáveis: a *gestão* (que reflete a concepção subjetiva dos atos e fatos administrativos) e a *gerência* (que reflete a capacidade de execução ou materialização dos processos de gestão). Nesse sentido, Santos, Ribeiro e Chagas (2009) afirmam que

(...) entender o significado abstrato e analítico de Gestar e de Gestão – definidos como atos ou efeitos de “*conceber*”, de “*gerar*”, de “*desenvolver-se*” – implica reconhecer que a dimensão da gestão responde ao campo abstrato/subjetivo do ‘pensar’ as ações administrativas que deverão orientar as relações sociais de produção, circulação e distribuição, em qualquer contexto e momento histórico do processo civilizatório: base filosófica e

política do ato e fato administrativo; por outro lado, entender o que é *Gerenciar* e *Gerência* – definidos como atos ou efeitos de “executar”, de “implementar”, de “fazer a engenharia dos processos” - implica reconhecer que se trata do lugar, do *locus*, do espaço, onde se exercem ou executam, se materializam as relações sociais de produção, circulação e distribuição, em qualquer contexto e momento histórico do processo civilizatório.

A partir dessa demarcação, os autores diferenciam os conceitos de *gestão* (como concepção) e de *gerência* (como execução) definindo, assim, as bases teóricas e analíticas que consolidam o conceito de Administração Política e que compreende tanto a dimensão teórica (referente ao ato de pensar) como a dimensão aplicada (referente ao ato de agir/executar). Ao tomar o âmbito da gestão como o objeto científico próprio da ciência da Administração, ressaltam que é possível perceber e analisar diferentes contextos e momentos históricos que marcam um dado padrão administrativo existente em diversos processos civilizatórios – e citam como exemplos a existência da administração política do povo Inca, do feudalismo, do capitalismo, do socialismo histórico, assim como afirmam que também ocorrem em outras formações sociais. Por outro lado, ao tomar como referência de análise empírica a dimensão da gerência, ressaltam que é possível identificar a dimensão da administração profissional, que, segundo os autores, reflete a “maneira/modo de fazer”, ou seja, o “processo de fazer” de cada padrão/modo de administração política idealizado.

Tomando como base esses conceitos, pode-se inferir que, ao assumir a responsabilidade por definir uma dada concepção de gestão, que deve orientar as relações sociais de produção, circulação e distribuição de uma dada sociedade dirigida (teórica e ideologicamente) para o alcance de uma dada finalidade, a Administração pode se estruturar como campo científico próprio, responsável, portanto, por responder à seguinte questão científica: *como se deu e/ou se dá um dado processo de gestão das relações sociais, organizacionais e também individuais de uma dada realidade sócio-histórica?* Com base nessa problematização, fica mais claro compreender que ‘os atos e fatos administrativos’ integram tanto um sentido abstrato (campo próprio da gestão) como integram um nível concreto de materialidade (campo próprio da gerência).

Assumindo que as bases conceituais da Administração Política são fundamentais para uma compreensão crítica e contextualizada sobre as relações complexas entre estado e sociedade e, especialmente, com o mercado, no que se refere à concepção e execução de um

dado “Projeto de Nação” ou “Projeto de Sociedade”, pode-se deduzir que existem diversas formas de intervenção na esfera social que caracterizam diferentes perfis administrativos. Tais características implicam, portanto, no necessário reconhecimento da existência de diferenças institucionais e organizacionais, correspondentes às distintas concepções e práticas de gestão e gerência que têm marcado a trajetória da civilização humana.

Nas sociedades capitalistas modernas e contemporâneas, merece destacar que as necessidades e demandas individuais têm resultado na definição de demandas coletivo-sociais que, devido a sua complexidade, passaram a ser administradas pelo Estado. Para viabilizar o bem-estar individual e social essas sociedades têm buscado se reorganizar em torno da concepção de um “Projeto de Nação” (base do modelo de Administração Política) que passaria a representar a convergência de interesses de diversos atores sociais, transferindo, desse modo, para o Estado a responsabilidade pela gestão e execução dos macro e microprojetos organizacionais correspondentes.

Na dimensão da gestão, ao Estado impõe-se o desafio de conceber e executar um modelo/padrão de relações sociais de produção, circulação e distribuição que garanta aos indivíduos e à sociedade alcançar um padrão de bem-estar social aceitável. Considerando o conceito de Administração Política como campo responsável pela concepção da gestão e execução da materialidade das relações sociais, caberia a esse campo, conforme destacam Santos, Ribeiro e Chagas (2009),

[...] entender as organizações como sistemas sociais que formam e, ao mesmo tempo, são formadas como parte de uma sociedade maior que interage de uma forma muito intensa com o que se convencionou chamar de ambiente externo; de tal forma que, muitas vezes, torna-se impossível traçar fronteiras claras entre a micro e a macro-organização social.

Ao assumir o conceito de Administração Política como campo científico próprio, os mencionados autores colocam, portanto, as ciências administrativas em um patamar elevado de contribuição para integrar, de forma definitiva e indissociável, dois processos que são articulados por natureza: o ato de *pensar* (referente aos processos de gestão) e o ato de *agir* (campo próprio da execução que compete à gerência). Para os autores, essa articulação entre *pensamento* e *ação* define, pois, o caráter ímpar desse campo aplicado do conhecimento, na medida em que assume a responsabilidade por guiar, conduzir e executar processos de transformações sociais e organizacionais.

Para os objetivos deste projeto de pesquisa, considera-se, portanto, que a teoria da

Administração Política possibilita reinterpretar os problemas e desafios que a gestão da saúde tem tido no Brasil, e oferecer instrumentos teóricos e metodológicos que permitem diferenciar as profundas disparidades que têm marcado a evolução histórica dessas políticas, especialmente entre os níveis de concepção (materialidade institucional) e sua execução. Avalia-se, pois, que, com base nessa teoria, foi possível realizar uma análise da dinâmica histórica e recente que fundamentaram o atual modelo de gestão do SUS, com especial ênfase nos aspectos referentes às políticas dirigidas para garantir a saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, considera-se que a Administração Política trouxe a esse trabalho uma grande contribuição, visto ter possibilitado realizar uma análise crítica e contextualizada acerca dos conteúdos, das formas e das dinâmicas dos macro e microprocessos administrativos que conformam as ações do Estado em relação à gestão do Sistema Único de Saúde e dos seus impactos nas políticas públicas de apoio à saúde do trabalhador.

Como esta dissertação se propõe a aplicar o conceito de Administração Política para uma compreensão crítica e contextualizada acerca da gestão do SUS, considerou-se relevante fazer uma distinção entre essa teoria e o conceito de Administração Pública. Essa distinção se torna importante por ser a Administração Política aqui considerada um campo próprio do conhecimento, responsável pela concepção e condução das relações sociais de produção, circulação e distribuição de uma dada sociedade ou organização. Enquanto a Administração Pública reflete as decisões advindas do projeto mais amplo de sociedade e do respectivo papel que o Estado deverá vir a assumir, seja no sentido institucional, seja nos aspectos organizacionais e administrativos, próprios das atribuições que foram assumidas pelo ente estatal. Nessa direção, ao optar pela aplicação dos recursos teóricos e metodológicos propostos pela Administração Política acerca da dinâmica e condições da gestão do SUS, busca-se fazer uma leitura crítica e contextualizada tomando como base uma manifestação mais ampla do conjunto das relações sociais que integram os interesses complexos e difusos entre estado-sociedade-mercado.

Desse modo, cabe ressaltar que, ao tomar os padrões sócio-históricos da Administração Política brasileira, ao longo do século XX e XXI, especialmente a partir da Constituição de 1988 e das mudanças advindas do movimento de reforma gerencial, que originou a Emenda Constitucional nº 19/98, é imprescindível identificar, prioritariamente, qual o padrão de concepção das relações sociais que tem fundamentado as bases da chamada da Administração Pública Gerencial.

Assim, ao fazer a interseção entre a teoria da Administração Política e o universo da

Política Nacional do SUS, com ênfase nas ações dirigidas para a proteção da saúde dos trabalhadores, verifica-se, pois, que existe uma concepção clara e definida sobre a conquista dos direitos dos cidadãos brasileiros a todos os aspectos da vida social. Não se pode desconsiderar, entretanto, que esse processo de mudanças vai conviver com uma sociedade dual onde tem predominado historicamente o processo perverso de segregação e exclusão social, cultural, econômica e política. O que implica reconhecer que as disputas sociais e políticas que vão marcar os anos de 1980, como reflexo da luta para reverter essa situação através das garantias legais por igualdade de oportunidades e de direitos terão como pano de fundo também a luta pela preservação dos interesses dominantes materializada na manutenção das grandes estruturas socioeconômicas que se cristalizaram até os dias atuais. Essa realidade é reveladora das causas que dificultam a superação da profunda assimetria que tem marcado as dimensões da gestão e da gerência, especialmente no que diz respeito à condução das políticas sociais no nosso país.

O que implica afirmar que a principal consequência desse movimento assimétrico observa-se nos avanços institucionais alcançados após a promulgação da CF de 1988 e as limitações para a implantação plena dos novos e fundamentais direitos sociais. Para alcançar os objetivos e finalidades que o Estado admitiu na nova Constituição, a sociedade deveria assumir, progressivamente, uma postura mais ativa no sentido de exigir respostas mais rápidas e efetivas por parte dos governos.

Entretanto, reconhece-se que, para que essas políticas se concretizassem com a qualidade esperada, era imprescindível antes de tudo que o “Projeto de Nação” contemplasse essa concepção ampliada do que Santos, Ribeiro e Chagas (2009) denominam de padrão de Administração Política, através da criação das condições políticas (gestoriais) e técnicas (gerenciais) para implantar o padrão de gestão idealizado, compatível, pois, com a consolidação de uma sociedade democrática onde todos os cidadãos pudessem gozar dos mesmos direitos, sem distinção.

Nesse sentido, seria fundamental criar instrumentos que permitissem avaliar e qualificar os serviços prestados à população, tanto na dimensão da gestão (concepção) quanto na dimensão da gerência (execução). Seria preciso avaliar, portanto, se o modo de gerar (conceber) as políticas tem sido compatível com o modo de gerenciá-las, isto é, de operacionalizá-las. Ao assumir essa perspectiva teórica crítica da Administração, acredita-se que será possível construir instrumentos de análise e avaliação que possibilitem identificar se há, de fato, uma consonância entre as dimensões da gestão (concepção) e da gerência

(execução). No caso das Políticas de Gestão do SUS, cabe dimensionar se têm sido atendidos os princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade, participação e controle social para o atendimento aos cidadãos usuários.

Cabe ressaltar que, ao assumir o desafio de construir um caminho inovador e alternativo de aproximação da *episteme* da Administração Política, Santos, Ribeiro e Chagas (2009), assumiram estar inaugurando um debate complexo e que, por ainda encontrar-se em construção, está aberto a críticas e contribuições. Nesse sentido, tendo em vista que este projeto decidiu assumir como referência essa teoria para orientar o desenho de um instrumento de monitoramento do perfil nutricional de trabalhadores da SESAB, ele assume os riscos de estar inovando ainda na escolha da base teórica. Entretanto, esse risco foi calculado na medida em que se percebeu uma aproximação das análises propostas pela Administração Política e o movimento acadêmico liderado pelos sanitaristas a partir dos anos de 1950 no Brasil, marcado, tanto pela disputa de dois movimentos intelectuais e materiais pautados, de um lado, pelo discurso e ideologia liberal do padrão tradicional que deveria orientar as políticas de saúde no Brasil, e, por outro lado, pela consistente e contundente crítica feita a esse modelo “pró-mercado” pelo pensamento crítico da saúde, conhecido como movimento da Reforma Sanitária e que vão defender a ação do Estado para preservar uma concepção de saúde coletiva, centrada na prevenção e no direito à saúde.

Assim, tomando como base os aspectos teórico-metodológicos que fundamentam o conceito de Administração Política, será desenvolvida nas próximas subseções que integram este capítulo, primeiramente, uma análise crítica sobre a edificação das políticas de saúde no Brasil, buscando, posteriormente, identificar os desdobramentos desse movimento para a saúde do trabalhador. A partir dessa análise, será possível, pois, avançar na qualificação da implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST) da SESAB, objeto deste estudo.

2.2 A EDIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DESDOBRAMENTOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR EM UM CONTEXTO SOCIOECONÔMICO ADVERSO.

O pressuposto de que as políticas de saúde integram as políticas sociais apoia-se em estudos sobre políticas públicas, sendo, portanto, um dos componentes que integram o Sistema de Proteção Social. (PINELL, 2010). No ocidente, as políticas sociais emergiram como fruto de uma necessidade de minimização dos problemas sociais advindos de longos processos históricos de exclusão social, mas é com o advento do capitalismo que emerge após

a transição do sistema feudal no século XVI na Europa. Nesse contexto, surgem na Inglaterra as chamadas “Poor Laws” ou Lei dos Pobres, em 1834, que resultam da necessidade de o Estado responder à elevada proporção de empobrecimento social e mendicância que não conseguiam ser atendidos pelas ações da caridade, da filantropia (DONNANGELO, 2005).

A partir do século XIX, os movimentos organizados dos trabalhadores passam a exigir ações do poder público para atender às demandas por políticas sociais advindas do processo desordenado de urbanização acelerada em torno das grandes cidades industriais europeias. Merece destaque nesse contexto o movimento inovador, liderado pela Alemanha no governo de Bismarck, que vai avançar significativamente em políticas sociais que serão atreladas ao processo de aceleração da modernização industrial que aquela jovem nação precisava empreender. Ali foi criado o chamado ‘Estado de Polícia’ que representava, de um lado, o poder centralizado do Estado e, de outro lado, refletia as ações de apoio às demandas da sociedade.

Mas foi a partir da crise de 1929 que surge na Europa uma proposta de intervenção do Estado, com base na noção de direitos sociais, possibilitando a emergência das bases institucionais do que mais tarde, no período após a Segunda Guerra Mundial, viria a ser denominado de ‘*welfare state*’ ou políticas de bem-estar social, baseado em sistemas de proteção social (MAURIEL, 2011).

Conforme destaca Paim (2009), até os anos de 1950, o alívio à pobreza não era pauta do Banco Mundial, até que a “questão social” passa a ser foco de controle internacional na medida em que o ativismo político dos movimentos sociais passa a defender a consagração dos direitos sociais que começaram a emergir desde o início do século XX. Com a chegada da ideologia neoliberal, surgem preocupações sociais mais amplas, a exemplo das questões relativas aos direitos do trabalhador, combate à pobreza e fomento aos sistemas públicos de proteção social, inclusive a saúde, a assistência, a previdência, emprego e subsídios aos trabalhadores, com repercussão também nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Para Teixeira (1997), as políticas sociais são um conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelos governos com a finalidade de enfrentar os problemas sociais, ou seja, como resposta do Estado às necessidades da população marginalizada. Dentre as políticas públicas gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais estão as políticas de saúde. Entretanto, conforme destacado por diversos autores, existe uma distância muito grande entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los, sendo importante, para garantir esses direitos, o controle e a avaliação da

sociedade sobre as prioridades a serem assumidas. Conforme já mencionado na seção anterior, dedicada à discussão sobre as políticas públicas à luz da teoria da Administração Política, a defasagem entre as expectativas da sociedade e a capacidade do Estado em atender aos compromissos assumidos, inclusive constitucionalmente, se deve, entre outros fatores, à incapacidade de se compreender que existem duas dimensões indissociáveis entre as ações administrativas, especialmente aquelas voltadas para o papel da Administração Pública.

Nesse caso, é fundamental compreender que as políticas públicas são parte integrante do que Santos e Ribeiro defendem como base material da Administração Política de uma dada sociedade. No caso das políticas sociais, é fundamental questionar qual o real e potencial papel que tem o Estado e a sociedade na concepção de ações públicas comprometidas com a transformação da realidade social? Responder a essa questão importa compreender que as ações do Estado impõem uma ação ativa e vigilante da sociedade, especialmente dos atores interessados direta ou indiretamente nas conquistas sociais. Nesse sentido, esse estudo compreende políticas sociais como um movimento muito mais amplo do que o que tem sido difundido pela propaganda governamental e o que tem sido cobrado por parte dos cidadãos.

Corroborando essa análise, Nobre e Pena (2011) destacam que “a política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade das classes sociais influenciarem a política”. O que implica concluir que, na visão do autor, o êxito da concepção e implementação de políticas e projetos públicos voltados para a área de saúde, por exemplo, é quase sempre um reflexo da capacidade dos atores ou das forças sociais em influenciar a política em um contexto histórico. No que se refere às políticas dirigidas para a saúde do trabalhador, movimentos sociais advindos especialmente dos movimentos sindicais tiveram um papel preponderante nas conquistas alcançadas até então, refletindo, nesse caso, a importância do exercício da cidadania (NOBRE e PENA, 2011). O que implica afirmar que a garantia de direitos sociais necessita de mecanismos públicos de proteção social, especialmente em países capitalistas onde a acumulação de bens encontra-se na base ideológica da sociedade e dos seus líderes. Esses mecanismos de proteção social podem acontecer de muitas formas, conforme destacado no trabalho do Grupo Hospitalar Conceição (BRASIL MS/GHC, Cartilha GHC, 2013), por meio de programas previdenciários e assistenciais de saúde, entre outros. Em relação a sua forma de operacionalização, particularmente às formas de financiamento, cobertura, tipos de programas e acesso, essas ações também se diferenciam.

Com o advento da globalização, a partir dos anos de 1980, profundas mudanças

ocorreram no campo da política e da economia internacional, com fortes repercussões em âmbito nacional, deflagrando-se uma necessidade de ajustamento do Estado com consequências diretas sobre as políticas públicas. (BRASIL, MS/GHC, 2013). Sobre esse novo cenário, Barros (1996) considera que as transformações econômicas ocorridas no mundo têm levado à fragilização do papel do Estado como regulador das relações sociais, e este é um grande problema visto que o Estado tem assumido historicamente o papel de ente orientador do equacionamento da questão social. Com base nesse contexto de transformações profundas nas relações estado-sociedade (mercado), é desejável que o sistema de seguridade social brasileiro, e em especial o sistema de saúde assumam determinadas características que lhe permita estar adequado às demandas crescentes por políticas de saúde.

Essas características devem garantir, portanto, o acesso universal de todos os cidadãos, conforme prevê a CF de 1988, capaz, portanto, de responder às exigências postas pelas transformações demográficas e epidemiológicas, garantindo, dessa forma, a adequação das ações do poder público às demandas impostas pelos diferentes quadros sanitários emergentes nas diversas regiões do país. Deve ainda esse sistema social de saúde ter como objetivo central a construção e preservação da saúde e não apenas a cura da doença, além de operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando, dessa forma, a integralidade dos cuidados com a saúde e oferecendo serviços de boa qualidade. Nesse sentido, deve contar com um processo decisório (de gestão) participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais. Em síntese, o SUS deve ter universalidade de acesso, integralidade da atenção com ênfase nas ações de promoção e proteção da saúde, garantir a descentralização e participação da sociedade e, sobretudo, contribuir para a redução das inequidades.

Cabe ressaltar que a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil ocorrida no último século culminou no atual sistema de saúde vigente e que ainda está em curso de mudança. Essas transformações tiveram repercussão na construção da saúde do trabalhador, enquanto campo da saúde pública. Merece destacar que a construção da saúde pública foi fruto de muitas lutas sociais até o alcance de muitas e relevantes conquistas. Mas, apesar desses avanços, o cenário econômico-político atual tem trazido ameaças para as conquistas históricas, e o que se observa na prática é que o sistema de saúde brasileiro sofre importantes e ainda não dimensionadas ameaças. Nesse sentido, compreender sua evolução histórica é fundamental para reorientar as estratégias e assegurar os direitos sociais já alcançados e que estão, cada vez mais, vulneráveis.

Na chamada Primeira República ou República Velha (1889 a 1930), o Brasil foi governado por oligarquias de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, estados mais ricos, período em que a cafeicultura era o principal setor da economia nacional, dando aos fazendeiros um grande poder de decisão, tanto no padrão de administração política nacional, como, principalmente, na condução da administração pública. Esse processo favoreceu a industrialização, garantiu a expansão de atividades comerciais e possibilitou o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes, que tem início no final do século XIX (BERTOLLI FILHO, 1996). Nesse período, a saúde pública era quase inexistente, as casas de misericórdia ligadas às igrejas eram os locais onde as pessoas, especialmente as mais pobres, buscavam tratamento de saúde filantrópico. Os que possuíam melhores recursos financeiros recorriam aos médicos da família (BRASIL MS/GHC, 2013).

O período entre 1930 e 1945 foi marcado pelo fim da hegemonia política da classe dominante ligada à exportação do café. A crise da bolsa de Nova Iorque, em 1929, afetou as exportações do café e o novo governo Vargas não teve condições de exercer a política de proteção aos preços do café devido à crise nos cofres públicos (BRASIL MS/GHC, 2013). Nesse período, foi criado o Ministério do Trabalho, atrelando a ele diversos sindicatos e instituída uma ampla legislação trabalhista, regulamentando, desse modo, a relação entre o capital e o trabalho no Brasil, base fundamental para introduzir o processo de modernização do novo padrão de Administração Política brasileira (SANTOS e RIBEIRO, 1993) além de modernizar a Administração Pública do Governo Federal.

A partir de 1930, o Estado estava orientado para construir as bases necessárias para a promoção da industrialização nacional, com o objetivo de substituir as importações. No âmbito das políticas de saúde naquele contexto histórico, os serviços eram centralizados e foram criados os departamentos estaduais de saúde em todo o país. Essas mudanças revelam um relativo avanço da atenção à saúde em direção ao interior do Brasil, multiplicando-se os serviços de saúde, conforme destaca CEFOR (s.d.).

No que se refere à saúde coletiva, o Departamento Nacional de Saúde foi reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país, até a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública–SESP que vai ter atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (CUNHA & CUNHA, 1998). Nesse período, foram criados os Institutos de Seguridade Social em substituição aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, por sua vez, substituíram as Caixas de Aposentadoria e Pensões criadas pela Lei Elói Chaves em 1923. Os institutos eram organizados por categorias

profissionais, favorecendo, desse modo, os trabalhadores urbanos da economia agroexportadora, além de trabalhadores de outros setores como ferroviários, marítimos, bancários, comerciários, estivadores e aqueles que possuíam relação com a economia urbana industrial em ascensão do período (LUZ, 1991).

No período de 1945-1964, os Estados Unidos e aliados, vencedores da Segunda Guerra Mundial, tiveram muita influência na sociedade e na economia brasileiras, movimento que teve início com a deposição de Getúlio Vargas, em 1945, com a ascensão ao poder de Eurico Gaspar Dutra, que culmina com a elaboração de uma nova Constituição Democrática, com forte inspiração liberal. Nesse período de redemocratização do país, aconteceram importantes fatos sociais, a exemplo das eleições diretas, da liberdade de atuação da imprensa, da formação de agremiações políticas, entre outros eventos. O período democrático foi marcado também pela atuação dos movimentos sociais na luta por novos direitos políticos e sociais, onde houve diversas manifestações nacionalistas que buscavam alcançar independência com relação ao imperialismo norte-americano. Houve ainda forte entrada de capital estrangeiro no país nesse novo cenário fundado nas ideologias e propostas desenvolvimentistas que emergem em todo o continente latino-americano e que foi liderado pelo presidente Juscelino Kubitschek, que governou de 1956 a 1961, e também por políticos e diplomatas argentinos que passaram a pressionar os EUA por apoio para promover o desenvolvimento da região (BERTOLLI FILHO, 1996).

Nesse período, vários órgãos de saúde pública foram criados destacando o Serviço Especial de Saúde Pública-SESP, oriundos de acordo com os Estados Unidos e que teve como finalidade prestar assistência médica aos trabalhadores da produção de borracha na Amazônia, sujeitos à malária. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde e as políticas de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria, período em que os sanitaristas passaram a assumir papel de destaque, liderando a discussão nacional sobre política de saúde. Esse processo de consolidação de uma elite de intelectuais comprometidos em refletir e debater em âmbito nacional e internacional o que acontecia no país apenas no âmbito da saúde pública, mas havia os rebatimentos advindos da dinâmica da economia nacional e do ambiente político conturbado. Nesse contexto, emergem divergências entre esse grupo, refletindo nos dois modelos propostos para a saúde no país: um que se espelhava na estrutura sofisticada e cara semelhante à vigente nos Estados Unidos e outro articulado à realidade nacional, mais voltado para os aspectos próprios da nossa sociedade, que irão, posteriormente, resultar nas bases da reforma sanitária nos anos 80. Para CEFOR (s.d.), por

muitos anos, a primeira ideia influenciou o governo.

Com relação à assistência médica, os principais avanços foram por conta de lutas dos sindicatos para que todos os IAPs prestassem assistência médica aos seus associados. Em 1960, foi aprovada a lei que igualaria os direitos de todos os trabalhadores, apesar de não ter sido posta em prática, o que, mais uma vez, permite utilizar as críticas trazidas pela teoria da Administração Política ao destacar que na história recente da Administração Pública brasileira muitos avanços institucionais foram consagrados em legislações vistas como avançadas, caracterizando, assim, o que definimos como avanços nos padrões de gestão, porém distantes de refletir compromissos com sua implementação.

Nesse período, houve a construção de hospitais próprios de alguns IAPs, surgindo os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas, os quais deram origem aos atuais convênios ou planos de saúde privados. Foi um período caracterizado, ainda, pelo investimento na assistência médica hospitalar, em detrimento da atenção primária (centros de saúde), pois, aquele era compatível com o crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica, conforme destacado por CEFOR (s.d.).

A piora das condições de vida da maior parte da população foi se tornando cada vez mais clara, gerando um impasse estrutural para as políticas de saúde da época. A saída para esse impasse foi proposta pelos movimentos sociais dos anos 60, liderado pelas elites progressistas que reivindicavam por reformas de base, entre as quais a reforma sanitária. A reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964 (LUZ, 1991).

Nesse período de ditadura militar na história brasileira, houve profundas e complexas alterações estruturais tanto nos padrões de Administração Política nacional como na Administração Pública. No que se refere aos aspectos da Administração Política, pode-se destacar a preservação das bases do “Projeto de Nação” iniciado por Vargas e continuado por JK materializado na consolidação da matriz industrial brasileira, denominada de padrão do nacional-desenvolvimentismo. No que se refere à Administração Pública, observa-se um movimento de intervenção policial repressiva do aparelho estatal, mas centrado apenas na chamada administração indireta, em que lideravam as empresas estatais responsáveis pela consolidação da modernização econômica (SANTOS e RIBEIRO, 1993).

Nos anos de 1968 a 1974, ocorreu o chamado “milagre econômico” brasileiro materializado na elevação expressiva do Produto Interno Bruto (PIB), resultado do esforço empreendido para o alcance da modernização da estrutura produtiva nacional. Essas

conquistas no campo econômico promoveram uma forte inibição de conquistas salariais obtidas na década de 1950, com fechamento de sindicatos e repressão aos movimentos sociais, criando-se, segundo destacado por Bertolli Filho (1996), uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, obtido mediante a redução do poder de compra do salário mínimo, o que dificultou as famílias trabalhadoras a alcançar a prosperidade prometida e propagada pelos governos militares.

Nesse contexto econômico e político de forte arrocho salarial e intensa concentração de renda, registrou-se o aumento do nível de empobrecimento da população. Essa realidade se refletiu de forma perversa no crescimento dos índices de mortalidade e morbidade no país, assim como no aumento das epidemias de poliomielite e de meningite, em 1974, ainda que os dados sobre esta última tenham poucos registros devido à censura definida pelo governo, em 1974. Nesse período, aconteceu a fusão dos IAPs, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, o que aumentou a privatização com o *boom* dos seguros privados. O INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, visto que integra o projeto de financiamento do desenvolvimento definido para o país, o que implica que esse movimento estratégico aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade, ao tempo que representa também uma tentativa de desmobilização das forças políticas, conforme já ocorrido em períodos populistas anteriores.

Apesar desse movimento conservador, vale destacar que o Estado amplia a cobertura da previdência aos trabalhadores domésticos e aos trabalhadores rurais, além de absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela Lei Orgânica da Previdência Social. Com exceção dos trabalhadores informais, todos os outros eram cobertos pela Previdência Social. Houve, ainda, uma ampliação expressiva de cobertura da assistência médica nesse período que chegou a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS, em 1976, embora a ênfase tenha sido dada à atenção individual, isto é, uma opção assistencialista e especializada de atendimento, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Cabe mencionar que nesse período o orçamento do Ministério da Saúde representou menos de 1% dos recursos da União, o que revela, portanto, o grande distanciamento entre o modelo de gestão proposto pelos militares e o nível do comprometimento em resolver um problema estrutural que marcava as relações sociais e de produção no Brasil.

Em 1960, ocorre, portanto, um declínio das instituições previdenciárias até sua extinção e em 1966 a criação do INPS. Esta instituição estatal propiciou a implementação de uma

política de saúde que levou ao desenvolvimento do denominado ‘complexo médico industrial’, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. Em nome da racionalidade administrativa, o INPS prioriza o processo de terceirização em detrimento de investir na capacidade de serviços próprios (CUNHA & CUNHA, 1998).

De 1968 a 1975, a demanda social por consultas médicas generalizou-se como consequência às graves condições de saúde e desvalorização das ações de prevenção da saúde coletiva. As consequências institucionais e sociais desta política foram a progressiva predominância de um sistema de atenção médica massificado e o surgimento rápido de um setor empresarial de serviços médicos constituídos por proprietários de empresas médicas, centradas mais na lógica do lucro do que na oferta de serviços de saúde. Pode-se concluir, portanto, que este modelo centrou-se muito mais na assistência médica curativa, hospitalocêntrica, além do desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e para a sofisticação tecnológica. O que permite afirmar que, nesse período a política social de saúde no Brasil, priorizou o atendimento aos interesses das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, mais do que alterar a lógica de exclusão que predominava nas relações sociais no país até então.

Nesse período, difundiu-se também a medicina comunitária com o apoio da Organização Mundial de Saúde - OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, que passaram a propor técnicas de medicina simplificada, priorizando a utilização de mão de obra local (denominados de agentes comunitários de saúde) e voltadas para ampliar a participação da comunidade. Em 1975, foi aprovada a lei que institui o Sistema Nacional de Saúde, reforçando a dualidade do setor da saúde nacional, dando ao Ministério da Saúde um caráter mais normativo e ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado.

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela crise brasileira devido à falência do modelo econômico consolidado pelo regime militar, manifestada pelo descontrole inflacionário que já demonstrava sinais negativos desde o final dos anos 70. Esse contexto foi marcado também pela ampla mobilização social que passou a exigir o retorno da liberdade e da democracia. O último presidente militar, João Figueiredo (1979–1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país, época em que o bipartidarismo imposto pelos militares foi extinto. Esse novo ambiente de mudança foi marcado pela criação de novos partidos políticos, queda da censura e maior liberdade e autonomia dos sindicatos (BERTOLLI FILHO, 1996).

Na saúde, a incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas mais complexas, encarecendo o atendimento, e a má distribuição desses recursos tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa, o que termina por revelar a inviabilidade do sistema nacional de saúde. Nesse contexto, nasce o movimento sanitário brasileiro, marcado pela forte crítica feita ao modelo hospitalocêntrico e apresentando como alternativa uma ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. Assim, na década de 1980, essas propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial, fortalecidas nos anos seguintes pelos Conselhos Consultivos da Administração da Saúde Previdenciária - CONASP. Esses conselhos ficaram responsáveis por elaborar um novo plano de reorientação da Assistência Médica Nacional, que, em linhas gerais, visava melhorar a qualidade da assistência por meio de proposição de modificações no modelo privatizante. A ideia central era, portanto, garantir a integração da saúde pública (CEFOP s.d.).

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com ampla participação dos trabalhadores, governo, usuários e prestadores de serviços de saúde, precedida pelas conferências municipais e estaduais. Esta conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematizou o processo de construção de um modelo reformador para a saúde. Tal documento serviu de base para que a Assembleia Nacional Constituinte aprovasse, em 1988, a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde que incorporou grande parte dos conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, adotando a proposta da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde - SUS (CUNHA & CUNHA, 1998).

Como resultado desse amplo movimento nacional, foi criado, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado dois anos depois pelas Leis n. 8080/90 e n. 8142/90. Esse sistema seria formado por várias instituições vinculadas aos três níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado, contratado e conveniado. A filosofia de atuação do SUS foi concebida como modelo de gestão (modelo político) a ser aplicado em todo o território nacional, devendo atender a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades de forma integral e descentralizada. Conforme destacado por Rodriguez Neto (1994), como parte da Reforma Sanitária, o SUS é um processo que ainda está em aperfeiçoamento e adaptação.

Nesse contexto de profundas e relevantes mudanças, a saúde do trabalhador foi

incorporada ao SUS, por deliberação contida na própria Constituição de 1988, como campo vinculado à saúde pública, pautado nesses mesmos princípios e diretrizes. Isso representou para os trabalhadores uma grande conquista, pois vislumbrou uma busca pela incorporação de valores como liberdade, solidariedade, igualdade e dignidade nas relações de trabalho. Mas, infelizmente, apesar dos reconhecidos avanços das políticas públicas de saúde brasileira, observa-se que, como modelo integrado à dinâmica da economia capitalista, as divergências de interesses entre e intraclasses acabam por fragilizar os direitos trabalhistas. Esse cenário tornou-se ainda mais evidente no Brasil após a década de 1990, a partir dos avanços de uma agenda neoliberal que passou a orientar os padrões atuais de Administração Política no Brasil e vai ter reflexos graves nas diversas reformas gerenciais que passaram a orientar a Administração Pública no Brasil, com consequências imediatas e dramáticas na gestão do SUS.

Decorridos mais de 25 anos após a promulgação da CF de 1988, as forças políticas que alcançaram o poder nas duas últimas décadas ainda não apresentaram um Projeto para a Nação brasileira à altura dos direitos e deveres consagrados na nova Constituição (PAIM, 2013). Apesar desse cenário adverso, registram-se algumas conquistas no campo da saúde do trabalhador, tais como a estruturação de políticas e modelos de programas institucionais visando sua valorização e qualidade de vida. Esse esforço foi se materializando através de uma busca pela superação da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, modelos vigentes e adotados desde o início da industrialização nacional, portanto, já ultrapassados por conta das próprias mudanças introduzidas nas relações de trabalho.

2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR E O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (PAIST) DA SESAB.

Materializar a incorporação da saúde do trabalhador nas práticas cotidianas dos serviços de saúde e nos ambientes de trabalho é algo muito difícil e historicamente sempre demandou um enfrentamento dos interesses econômicos opostos. Nessa disputa, está envolvida a busca pela superação da predominância do modelo da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Essa busca é justificada enquanto proposta de mudança transformadora de cunho social, visto que a medicina do trabalho e a saúde ocupacional são construções advindas de uma necessidade de se manter a produtividade a serviço do capitalismo, distantes, portanto, da preocupação com o “ser humano”, isto é, com o trabalhador (SPEDO, 1998).

Adicionalmente, essas sempre foram construções centradas em abordagens individuais, de base clínica, tomando os trabalhadores como objetos de ação e não como sujeitos.

Infelizmente a mudança desse paradigma para a perspectiva da saúde do trabalhador tem ocorrido de forma não linear, revelando um processo árduo e de muitos percalços (MENDES e DIAS, 1991).

Desde os regimes escravistas e feudais, homens, mulheres e crianças tinham a saúde comprometida e adoeciam em decorrência de condições desumanas e jornadas exaustivas de trabalho, deflagrando o longo percurso histórico da relação complexa entre saúde, trabalho e doença. Com a expansão do capitalismo, após a Segunda Revolução Industrial, ocorre uma intensificação do trabalho e a questão da saúde do trabalhador ganha proporções bem maiores, pois o trabalhador, apesar de livre para vender sua força de trabalho, continuou submetido a condições desfavoráveis de trabalho, muitas vezes análogas à escravidão e subjugado à lógica do capital, cuja tônica é a busca desenfreada pelo lucro (BAPTISTA, R.; NOBRE L.; PENA, P., 2011). Conforme MYNAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F., (1997), esse percurso vai do reconhecimento da relação trabalho-saúde até a constituição da saúde do trabalhador como objeto de políticas públicas. Sua institucionalização como um campo da saúde pública compreende, pois, uma história de muitas lutas, sofrimentos e conquistas, cujos principais protagonistas foram os próprios trabalhadores.

Conforme destacado por Baptista, Nobre e Pena (2011), a consolidação da Saúde do Trabalhador é um desafio constante por conta das transformações frequentes no mundo e, conseqüentemente, nas relações de trabalho, que trazem a todo instante novas questões, problemas e desafios. Nas sociedades ocidentais modernas, um dos marcos que contribuiu para a institucionalização da saúde do trabalhador foi o fortalecimento do sindicalismo, a influência da reforma sanitária italiana, com grande repercussão nos países latino-americanos, assim como a concepção ampliada de saúde e do direito à saúde. No Brasil, a construção da saúde do trabalhador se deu no contexto do processo de redemocratização do país e ganhou repercussão no âmbito do movimento da reforma sanitária, que trouxe novos parâmetros para a Política de Saúde.

Conforme visto na seção anterior, que tratou da evolução das políticas de saúde no Brasil, até 1988, a Saúde era meramente um benefício previdenciário, restrito aos contribuintes ou era um serviço comprado na forma de assistência médica. Nessa época, existiam as ações de misericórdia, oferecidas aos que não tinham acesso à Previdência e a atenção à saúde era um serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela Previdência Social, voltado aos trabalhadores contribuintes e formalmente inseridos no mercado de trabalho (BRASIL, 2004). Esse foi o período em que ocorria a consolidação do processo de

industrialização do país e o governo militar criou os Serviços Especializados em Medicina do Trabalho (SESMT), com a missão de controlar o crescente número de acidentes de trabalho no setor privado (SPEDO, 1998).

Mas essas ações e serviços de saúde para os trabalhadores se desenvolveram através de um modelo excludente, subordinado aos interesses do capital, com objetivos centrados na manutenção e reposição da força de trabalho. Apesar de terem sido concebidos para atender aos trabalhadores, os SESMT eram subordinados às empresas, sem uma relação direta com o sistema de saúde pública. Sua prática estava centrada no profissional médico, voltada para o tratamento da doença e para a recuperação da saúde do indivíduo, com um referencial pautado na medicina clínica, prática empírica e positivista, fundamentada no modelo da história natural da doença, dando ênfase aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, isto é, como problemas individuais (SPEDO, 1998).

Com o processo de redemocratização do país inaugurado nos anos de 1970 e 1980, motivados pela crise econômica e também pelos movimentos sociais, surge a saúde do trabalhador como um campo transformador que tenta superar a medicina do trabalho e a saúde ocupacional (SPEDO, 1998). Esse processo social teve vários desdobramentos em iniciativas expressadas pelas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores que foram decisivas para as mudanças de enfoque estabelecidas na Constituição de 1988. Essas inovações foram regulamentadas através da Lei Orgânica n. 8.080/1990 e o SUS passou a ter competência e atribuição legal sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho (MENDES e DIAS, 1991). Todavia, conforme destaca Rollo (2009) e Minayo-Gomez e Themdi-costa (1997), apesar dos avanços legais, tanto na rede pública quanto nas redes conveniadas com as empresas predominavam as práticas ineficientes dos SESMT e ressaltam os autores que mesmo após a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, as ações nessa área ainda vêm sendo desenvolvidas de forma fragmentada e dissociada das demais ações no campo da atenção à saúde.

Tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, os modelos de assistência em saúde do trabalhador ainda são, até os dias de hoje, predominantemente permeados pelos modelos ultrapassados da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Em algumas instituições públicas das esferas municipal e estadual, a desassistência à saúde do trabalhador é preocupante, evidenciando-se, por vezes, em uma ausência de qualquer modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, à revelia da legislação trabalhista, valendo-se da fragilidade dos

órgãos fiscalizadores. Essa realidade era evidenciada no estado da Bahia, visto que não havia programa de atenção à saúde do trabalhador ou de saúde ocupacional desde a criação da Lei Estadual nº 6.677/1994.

E, assim, as unidades assistenciais da SESAB não contavam com qualquer ação voltada para a saúde dos seus trabalhadores e as poucas práticas existentes eram distanciadas do modelo atual de atenção em saúde, idealizado na perspectiva da integralidade, defendido pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Até que, em 2008, foi constituído um grupo de trabalho na Secretaria para a estruturação de um programa para os seus trabalhadores e, assim, implantou-se um programa de saúde do trabalhador já alinhado às novas diretrizes políticas, de forma a ensejar uma construção de práticas sanitárias integrais, para além dos conhecimentos da saúde onde o saber do trabalhador e as contribuições de outras ciências fossem a ele integrados.

A preocupação com a construção desse modelo assistencial que articula saberes advindos da epidemiologia, planejamento e ciências sociais em saúde foi expressa pela utilização da expressão “vigilância em saúde” que compreende um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde (TEIXEIRA, 1998). Essa nova proposta leva em consideração os conteúdos do campo da saúde coletiva aliados aos conhecimentos de outras ciências, em especial as ciências sociais, e proporcionaram a edificação de modelos alternativos ao modelo assistencial privatista até então hegemônico.

Pode-se afirmar que essa preocupação representa um deslocamento da base conceitual do exclusivo controle ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem as desigualdades (TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L., 1998). Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a implementação de um novo paradigma na saúde requer o enfrentamento e a superação da concepção biomédica predominante. Trata-se de chegar à etiologia dos agravos e às mudanças organizativas que orientam os processos de trabalho e não apenas estabelecer nexos causais e realizar normatizações que não garantem resolutividade para a situação de saúde dos trabalhadores.

Vale, ainda, ressaltar a colaboração trazida pelo campo da Gestão do Trabalho que reforça essa nova construção, na medida em que, conceitualmente, vê o trabalhador de forma semelhante como sujeito e agente transformador de seu ambiente de trabalho e não como um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. A Gestão do Trabalho considera as relações e processos organizativos do trabalho como

espaços potencialmente produtores de saúde ou de adoecimento e compreende, ainda, a saúde do trabalhador como um conjunto de ações que superam o trato direto com a doença ou o adoecimento entendendo que as ações voltadas para a valorização do trabalho e do trabalhador, tais como a desprecarização dos vínculos, a democratização das relações e melhorias das condições de trabalho e o plano de cargos, carreiras e vencimentos possuem impacto direto na satisfação pessoal do trabalhador (BAHIA, Manual de Implantação do PAIST, SESAB, 2014).

Do mesmo modo que historicamente a saúde do trabalhador esteve pautada em lutas contra-hegemônicas, especialmente em economias capitalistas, e considerando o atual contexto político que atravessa o Brasil, é de se esperar que as perspectivas futuras para esse campo social não sejam diferentes, pela forte tendência na manutenção dos rumos neoliberais que andam na contramão das políticas sociais. De acordo com pressupostos teórico-metodológicos da teoria da Administração Política e considerando as diretrizes e marcos legais dos direitos humanos, das políticas sociais, de saúde pública e de saúde do trabalhador para a manutenção e fortalecimento desse importante campo social, é fundamental uma ação regulamentadora do Estado, através do fortalecimento de políticas, programas e projetos para trabalhadores, que minimamente garantam e mantenham seus direitos arduamente conquistados no curso da história.

Em 2012, foi instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, após uma trajetória de intensos esforços coletivos pela sua consolidação. Foi uma demanda disparada por reivindicações dos trabalhadores da saúde pública estadual onde a gestão do SUS-BA propôs sua criação atribuindo um olhar como um campo não apenas de responsabilidade da Vigilância em Saúde, mas também da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Em 23 de agosto de 2012, foi publicada a Portaria Estadual n. 1.761, que instituiu o PAIST. Trata-se, portanto, de uma demanda que teve como missão promover a atenção integral à saúde da trabalhadora e do trabalhador da SESAB, dentre outros objetivos, pautando-se nos mesmos princípios do SUS (BAHIA, 2012).

O PAIST foi uma proposição orientada, pois, nas bases dos direitos humanos e do bem-estar social e que tem por objetivo fortalecer tanto a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Política de Atenção Integral a Saúde, quanto a Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGTES). Esse compromisso se dará através do reconhecimento de que outras ações de valorização do trabalhador são necessárias para intervir na tríade saúde-trabalho-doença tais como a desprecarização do trabalho,

implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), Mesa de Negociação do Trabalho e realização de dimensionamento de força de trabalho e a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito estadual (Op. Cit.).

A trajetória da construção do PAIST vem desde 1998, momento em que os movimentos das representações dos trabalhadores já se mobilizavam pela materialização de ações que pudessem melhorar a vida e a saúde dos trabalhadores da SESAB. Essa mobilização resultou, portanto, na elaboração do documento “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS”, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, no qual foi contemplado um capítulo de Saúde Ocupacional, responsabilizando as unidades de Saúde a instituírem Comissões Locais de Saúde e contratar equipes multiprofissionais de atenção aos trabalhadores do SUS. (Ibidem).

A implantação do PAIST atendeu, assim, a uma demanda institucional de longa data e pode-se destacar que muitos foram os fatores que o motivaram. Uma pesquisa realizada pela DGTES/SUPERH e CESAT/DIVAST/SUVISA, no ano de 2009, acerca das ações de saúde ocupacional realizadas nas unidades de saúde da rede da Bahia, apontou para uma realidade preocupante. Das 41 unidades que responderam ao questionário somente 10 possuíam alguma iniciativa na área, apesar de 25 unidades já contarem com profissionais capacitados em saúde do trabalhador e/ou em saúde coletiva. Havia um elevado índice de afastamentos dos trabalhadores (60% nos hospitais, 30% nas DORES e 10% nos centros de referência) por algum tipo de doença. A SUPERH, em parceria com outras superintendências da SESAB, realizou uma análise do banco de dados da Junta Médica Oficial do Estado, referente ao período de julho de 2009 a julho de 2010, encontrando os seguintes resultados: do total de afastamentos, 84% referia-se a tratamento de saúde; esses afastamentos diziam respeito a 1981 servidores estatutários e resultaram em 256 298 dias de trabalho perdidos; verificou-se que as categorias profissionais que mais se afastavam eram auxiliares de enfermagem (38,6%) e os auxiliares administrativos (21,1%). (Ibidem).

Quanto às doenças que mais afastavam os profissionais, obtiveram-se os seguintes indicadores: doenças do aparelho osteomuscular e conjuntivo, transtornos mentais e comportamentais, causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias, nessa ordem. Acredita-se que o número de afastamentos pode ser reduzido, bem como se pode melhorar a satisfação dos trabalhadores mediante o desenvolvimento de políticas de promoção e proteção voltadas para os determinantes e condicionantes da saúde do trabalhador. Neste

sentido, a instituição do PAIST demonstra uma iniciativa da gestão no cuidado com os gestores e trabalhadores responsáveis por desenvolver o conjunto de ações e serviços de saúde que contribuam para a consolidação e fortalecimento do SUS (Ibidem).

Assim, pode-se afirmar que esse Programa foi concebido com um conjunto de princípios de diretrizes que dialogam com os marcos orientadores do SUS, considerando as especificidades da saúde do trabalhador. Desse modo, o PAIST assume como base orientadora das suas ações os seguintes princípios: universalidade, integralidade da atenção, participação social, equidade, ética, humanização do trabalho, direito à informação e articulação intra e intersetorial como objetivo central. Assim, o Programa visa promover a atenção integral à saúde da trabalhadora e do trabalhador da SESAB, priorizando, desse modo, a promoção e a proteção da saúde e a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

Dentre os objetivos do PAIST, cabe ressaltar os seguintes: promover a saúde dos trabalhadores através das ações que venham garantir a melhoria da qualidade de vida no trabalho, mediante o desenvolvimento de educação em saúde e incentivo à melhoria das relações sociais nos ambientes de trabalho; proteger a saúde dos trabalhadores da SESAB, mediante medidas apropriadas de controle, monitoramento, redução e ou eliminação dos riscos identificados nos ambientes e processos de trabalho; articular ações de assistência à saúde e acompanhamento sistemático da situação de saúde dos trabalhadores visando à recuperação, reabilitação física, psicossocial e apoio à readaptação; prevenir problemas de saúde de relevância epidemiológica, bem como agravos relacionados ao trabalho; e monitorar e acompanhar os indicadores de forma a subsidiar as ações, planos e projetos de proteção e promoção da saúde dos trabalhadores. (BAHIA, 2012, Documento-base PAIST)

No que se refere às ações prioritárias, o PAIST destaca as seguintes: educação, comunicação e informação; vigilância de ambientes, processos e atividades de trabalho; assistência à saúde dos trabalhadores, especialmente os acometidos de acidentes ou doença do trabalho; notificação e gerenciamento de informação de agravos em saúde do trabalhador; e planejamento, monitoramento e avaliação.

O programa vem sendo implantado nas unidades assistenciais e administrativas sob gestão direta da SESAB, através da liderança da Equipe de Gestão do Programa que integra a coordenação da Diretoria de Humanização e Gestão do Trabalho em Saúde, ligada à Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH). O PAIST possui instrumentos norteadores para sua implantação que são o Documento-base e o Manual de Implantação e Funcionamento do Programa. Assim, os Serviços de Atenção Integrada à Saúde do

Trabalhador - SIASTs vêm sendo implantados em todas as unidades da rede própria da SESAB, desde 2012, com o objetivo central de promover e proteger a saúde dos trabalhadores. Cabe ressaltar que as Comissões Locais de Saúde do Trabalhador (CLST) vêm sendo constituídas em todas as unidades da SESAB com o objetivo de contribuir com a implementação do Programa, preservando o princípio da participação legitimada dos trabalhadores nos diversos níveis de decisão (BAHIA, 2012, Documento-base PAIST).

Dentre as estratégias de implantação do PAIST, preconizou-se a realização de um diagnóstico situacional que consiste em um levantamento da situação de saúde dos trabalhadores, além de inquérito sobre condições de trabalho com posterior análise e identificação dos agravos e riscos considerados como prioritários. Esse levantamento deverá ser realizado por meio da aplicação de instrumento para conhecimento da situação das unidades da Secretaria da Saúde do Estado em relação à saúde do trabalhador.

Conforme já definido na introdução deste trabalho que será mais bem detalhado nos capítulos seguintes, este projeto de pesquisa resultou do desenho e implementação de uma proposta metodológica para qualificar a implementação do PAIST na SESAB, com o objetivo de contribuir justamente para inovar na realização de diagnósticos situacionais acerca da saúde dos seus trabalhadores. O resultado desta metodologia poderá, pois, subsidiar uma atuação gerencial ajustada às necessidades dos trabalhadores da SESAB direcionando-as para um equacionamento de interesses e necessidades, valorizando o trabalhador e melhorando a qualidade dos serviços prestados para os usuários do SUS (BAHIA, 2012).

Como instrumentos normatizadores, além da Portaria Estadual nº 1.761, de 20 de dezembro de 2012, que instituiu o PAIST e do seu Documento-base, foi editado pela SESAB o manual de orientação contendo normas complementares e específicas que orientam seu funcionamento. Serão, ainda, produzidos ou adaptados protocolos, fluxos e instrumentos identificados como prioritários para sua implementação. Nesse sentido, essa pesquisa pretende contribuir para dar continuidade à orientação do PAIST, mediante ações de monitoramento que produzam informações que orientem sua implementação e operacionalização.

Merece destacar que o PAIST prevê uma Articulação de Rede de Apoio onde as ações assistenciais deverão ser asseguradas ao trabalhador no âmbito da unidade da SESAB a qual está vinculado. Será identificada como rede de apoio diagnóstico e terapêutico para dar suporte às necessidades de assistência à saúde, mais especificamente aos trabalhadores acometidos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho que não puderem ser atendidas

nas suas unidades de origem. Prevê ainda a notificação e o gerenciamento de informação de agravos à saúde do trabalhador relacionados ao trabalho, competindo às estruturas gestoriais e gerenciais do PAIST alimentar os bancos de dados e sistemas existentes e acompanhar, desse modo, as notificações do setor de vigilância epidemiológica, contribuindo para a produção de informação e análise para fins de planejamento, implementação e avaliação das ações do PAIST.

Por fim, o PAIST prevê ações permanentes de monitoramento e avaliação que, por seu pioneirismo no Estado da Bahia, precisará de ajustes no seu processo constitutivo e de implantação. A gestão do programa assumiu a responsabilidade de definir modelos, estratégias e instrumentos para este fim, de forma a garantir instrumentos para acompanhar e monitorar a cobertura do programa, bem como assegurar a efetividade das ações. Pode-se concluir que o PAIST é uma experiência nova no serviço público, em especial na área da saúde, e, certamente, enfrentará, ainda, muitos desafios no seu percurso. Mas esta pesquisadora considera que foi um importante passo para a conquista de avanços futuros, tais como: trabalhadores estimulados à adoção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis; diminuição de adoecimentos relacionados ao trabalho e, conseqüentemente, dos afastamentos e melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Para o sucesso de sua operacionalização, é fundamental que haja uma responsabilidade por parte dos gestores em permitir e subsidiar o aperfeiçoamento do processo de trabalho e a organização do trabalho favorecendo o direcionamento de profissionais para composição das equipes específicas de saúde do trabalhador por local de trabalho (BAHIA, Documento-base PAIST, 2012), bem como, o incentivo à organização dos trabalhadores em Comissões Locais (CLST).

A continuidade e fortalecimento do PAIST envolverão, portanto, uma gestão participativa com a atuação efetiva de cada unidade que deve se organizar de modo colegiado para dialogar sobre as questões que envolvem a valorização dos trabalhadores, proposição de estratégias de enfrentamento, realização de planejamento e intervenções conjuntas, potencializando, assim, os resultados propostos. O esperado é que a área de saúde do trabalhador não atue solitária, mas apoiando-se e sendo apoiada pelos demais atores que integram o SUS, de modo específico, e a gestão pública, de modo geral (BAHIA, Documento-base PAIST, 2012).

2.4 CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA SOCIAL PARA A ESTRATÉGIA DA PESQUISA

A experiência vivenciada pela Residência Social (RS) no Grupo Hospitalar Conceição

permitiu ampliar a perspectiva de desenvolvimento do projeto qualificando sua proposta enquanto projeto de intervenção organizacional com ênfase nas políticas públicas dirigidas para a saúde do trabalhador. A Residência Social é uma tecnologia de formação integrada pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sócio-territorial e Gestão Social da UFBA-PDGS. Caracteriza-se pela inserção dos alunos do curso de Mestrado em organizações e/ou projetos relacionados ao desenvolvimento de tecnologias sociais e que tem como objetivo complementar a formação através de uma vivência prática intensiva.

Para cumprir esse requisito, essa atividade foi realizada no período de 15 a 29 de fevereiro de 2016, no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado no Município de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. A experiência consistiu em um acompanhamento *in loco*, perfazendo uma carga horária total de 80 horas. O Plano de Atividades da RS contou fundamentalmente com a metodologia de estudo de caso e foram utilizadas técnicas de coleta de informações sobre a instituição visitada, assim como também foi realizada uma escuta livre dos trabalhadores e gestores da área de Gestão do Trabalho e Saúde do Trabalhador, especialistas envolvidos diretamente com as ações de Valorização e Saúde do Trabalhador, especialmente a equipe multiprofissional que atua no ambulatório do Setor de Saúde do Trabalhador, espaço similar ao foco da pesquisa desenvolvida.

A escolha da instituição para a realização da atividade curricular se deu por conta de ser uma instituição da Saúde Pública que presta atendimento exclusivamente pelo SUS e que possui uma estrutura para seus trabalhadores semelhante à realidade analisada na unidade hospitalar objeto deste projeto de pesquisa, com serviço de Saúde do Trabalhador implantado. Nesse sentido, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é caracterizado por ser uma instituição pública federal de referência no atendimento pelo SUS na região. O GHC é formado por um complexo de 04 hospitais - Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina -, 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, 03 centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, conhecido como Escola GHC. O GHC está vinculado ao Ministério da Saúde e tem o seu organograma constituído por uma Diretoria, Conselho de Administração e nove gerências.

Durante o período da residência, a pesquisadora acompanhou as atividades de dois setores ligados à Gerência de Recursos Humanos, o setor de Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento e o setor de Saúde do Trabalhador. Essa escolha se deveu ao fato de que esses são os setores que desenvolvem as atividades vinculadas às ações dirigidas para a saúde do trabalhador, alinhadas às políticas de Saúde Pública. Essa experiência contribuiu,

sobremaneira, para a construção deste projeto de pesquisa visto que, além das atividades de observação participante e análise documental, foi possível acompanhar as atividades desenvolvidas pelo setor da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED) e pelo setor de Saúde do Trabalhador.

O setor GTED é constituído por uma equipe multiprofissional composta por técnicos de educação, assistente social, psicólogo, administradores, técnicos administrativos, auxiliares administrativos, programadores, enfermeiros e estagiários. Tem como missão institucional "promover ações orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do GHC/SUS, visando ao desenvolvimento, à valorização e à qualificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho, para melhoria contínua da qualidade da gestão e da atenção prestada aos usuários". Esse setor objetiva, pois, contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do GHC/SUS, visando, assim, o fortalecimento do modelo de planejamento e gestão participativa, assim como os processos de educação permanente, de desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade da atenção em saúde e promoção de ações em conformidade com a Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - NOB/RH-SUS.

A GTED divide-se internamente nas seguintes áreas de atuação: Recrutamento e Seleção; Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento de Pessoas; Programa de Integração e Acompanhamento de Novos Funcionários; Educação Permanente e Núcleo Digital; Núcleo de Atividades para Formação e Banco de Remanejamento. No período de acompanhamento, a pesquisadora teve a oportunidade de participar de diversas pautas relacionadas aos processos de trabalho que conformam cada uma das áreas citadas. Constatou-se que todas essas atividades possuem relação direta com a saúde do trabalhador na medida em que impactam, direta ou indiretamente, sobre sua saúde. Observou-se, pois, que as atividades lideradas por aquela equipe estão imbricadas, portanto, com vários setores do HGC, inclusive com a saúde do trabalhador e revelaram trabalhar de forma articulada em muitas atividades.

Merece destacar que o Setor Saúde do Trabalhador desenvolve atividades para os trabalhadores do GHC nas seguintes áreas de atuação:

- *Assistência:* Esta área é desenvolvida para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Formada por uma equipe de saúde ocupacional, composta por auxiliares e técnicos administrativos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos clínicos, ginecologista, ortopedista, psiquiatra, psicólogo,

terapeutas ocupacionais, nutricionista, assistentes sociais e médica clínica especialista em dependência química;

- *Medicina do Trabalho*: Esta área desenvolve atividades em medicina do trabalho e a equipe de saúde é composta por auxiliares de enfermagem do trabalho, enfermeiros do trabalho e médicos do trabalho;
- *Engenharia e Segurança do Trabalho*: Esta área desenvolve as atividades preconizadas pela legislação do trabalho e Normas Regulamentadoras do trabalho e é composta por técnicos e engenheiros de segurança do trabalho.

Nessa experiência da Residência Social percebemos que as propostas de ações para garantir as políticas de Saúde do Trabalhador do GHC alinham-se à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), com reflexos na melhora da qualidade de saúde, no grau de satisfação, motivação e valorização dos trabalhadores, importantes indicadores de qualidade de vida no trabalho. Durante essa experiência, ficou evidente que a estruturação da Saúde do Trabalhador do GHC consolida a política de atenção integral à saúde, a partir da integralidade do cuidado, não só em relação à referência, responsabilização e vínculo no acompanhamento, pressupostos do Setor Saúde do Trabalhador, como também em relação à continuidade da assistência de forma resolutiva, garantindo uma busca pelo desenvolvimento das ações necessárias para a solução dos problemas de saúde apresentados, bem como ações de promoção que possam intervir no processo de adoecimento.

A Linha de Cuidado Saúde do Trabalhador do GHC tem suas ações centradas em dois focos principais: a assistência e recuperação e a prevenção e controle das causas de adoecimento, por meio da intervenção nos ambientes e processos de trabalho.

Nas unidades hospitalares, foram ainda constituídas as equipes de referência formadas por médicos (clínicos ou do trabalho), engenheiros de segurança do trabalho, técnicos de segurança do trabalho, equipe de enfermagem e assistente social, responsáveis por um universo delimitado de trabalhadores e setores. Assim, a Saúde do Trabalhador do GHC busca desempenhar um papel de referência em saúde e segurança, intensificando o vínculo e a responsabilidade para com os trabalhadores e também buscando resultados.

Na área de assistência e recuperação, a Linha de Cuidado Saúde do Trabalhador/GHC prevê atendimentos ambulatoriais nas diversas áreas, disponibilização de consultas especializadas nos ambulatórios do GHC, de exames complementares, de cirurgias de traumato-ortopedia no HCR, ampliação no atendimento à saúde da mulher, internação

hospitalar na área clínica e de saúde mental, além de outros encaminhamentos para recursos internos ou externos ao GHC. O serviço oferece a condição de o trabalhador ser cuidado dentro do ambiente de trabalho, evitando que ele precise buscar atendimento fora da instituição.

O serviço possui três unidades de atendimento ao trabalhador: no Hospital Conceição, atendendo a trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição, da Criança Conceição e do Serviço de Saúde Comunitária, no Hospital Cristo Redentor e no Hospital Fêmeina, para seus respectivos trabalhadores. As Equipes de Referência nos ambientes de trabalho são responsáveis pela atenção integral aos trabalhadores, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos, quando necessários, e realizando planos de ações construídos com o conjunto dos trabalhadores para garantir, assim, a prevenção das causas de adoecimentos e acidentes e maior qualidade de vida nos ambientes de trabalho. Na Prevenção de Acidentes de Trabalho com Material Biológico - ATMB, as Equipes de Referência da Saúde do Trabalhador/HNSC estão capacitando os trabalhadores para a prevenção de acidentes de trabalho com material biológico - ATMB - nos ambientes de trabalho.

Durante a segunda semana da RS, deu-se o acompanhamento dos trabalhos realizados pela equipe da Saúde do Trabalhador do GHC. Esse setor também está ligado à Gerência de Recursos Humanos, e possui uma coordenação, assistentes e técnicos. A implantação dessa equipe iniciou-se com a aprovação da Linha de Cuidado Saúde do Trabalhador/GHC e resgata a trajetória histórica da reivindicação dos trabalhadores, em 1986; quando solicitaram a criação de um serviço que atendesse a sua saúde, sendo criada a Unidade Profilática e Terapêutica de Saúde dos Funcionários (UPTSF). A proposta era oferecer um atendimento integral (biopsicossocial) a todos os trabalhadores do HNSC e do HCC, nos níveis primário e secundário, com ênfase em educação em saúde e prevenção de doenças, tanto em nível individual como coletivo, nos locais de trabalho.

O acompanhamento dessas atividades foi bastante qualificador para este projeto de pesquisa, visto que se assemelham às bases da Linha de Cuidado Saúde do Trabalhador do GHC a temática em Saúde do Trabalhador, com bases legais na PNSTT e demais políticas de saúde pública. Na ocasião, foi possível evidenciar os pontos críticos e as potencialidades do Setor Saúde do Trabalhador do GHC, o que possibilitou promover discussões sobre os desafios daquele setor. O acompanhamento foi permeado por muitos diálogos com as equipes de saúde, visitas aos setores, assim como acesso a materiais didáticos, vídeos, relatórios e

artigos produzidos por aquela unidade hospitalar, além de troca de experiências sobre os objetos e atividades em Saúde do Trabalhador desenvolvidos na nossa área de atuação.

Pode-se concluir que essa vivência da Residência Social foi bastante enriquecedora para o desenvolvimento do projeto de mestrado, visto que foi possível observar a dinâmica de trabalho da unidade observada, assim como dimensionar suas potencialidades e fraquezas, o que possibilitou estabelecer uma comparação com o nosso projeto de estudo, reforçando, desse modo, a relevância da troca de experiências de pautas semelhantes que acontecem no Grupo Hospitalar Conceição e na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Ao observar a realidade do GHC, constatou-se que as principais causas de afastamentos dos trabalhadores assemelham-se ao perfil encontrado na SESAB, além de se constatar que vem sendo desenvolvidas pelos dois grupos de saúde do trabalhador nas unidades selecionadas estratégias direcionadas para a minimização do problema. Merece destacar que a equipe de Saúde do Trabalhador do ambulatório do GHC desenvolve diversas ações coletivas e individuais de prevenção e controle, especialmente de educação em saúde nos temas de maior impacto no nível de adoecimento.

Na qualidade de pesquisadora, considero a experiência muito rica e bastante qualificadora para nosso projeto de mestrado, visto que o GHC possui um serviço de Saúde do Trabalhador bem estruturado, com profissionais qualificados e objetos definidos, sempre pautados nas bases legais das políticas de Saúde Pública, especialmente na PNSTT. Como já destacado, tivemos a oportunidade de realizar uma observação participante podendo, inclusive, opinar em temas importantes do setor, especialmente acerca de alguns ‘nós críticos’ que vinham sendo tratados naquela instituição no quesito da “Violência no Trabalho.” Atualmente, a instituição vem enfrentando desafios relacionados a esse tema, o que motivou a formação de um grupo especial de trabalho para tratar do seu enfrentamento, visto que o problema vem causando muitos danos para os trabalhadores do GHC.

Um ponto fundamental vivenciado durante a RS e que teve um impacto positivo no direcionamento deste projeto, foi o relato de experiência profissional da médica do trabalho da equipe, Dra. Cecília. A referida profissional possui vasta experiência em saúde do trabalhador, medicina do trabalho e saúde ocupacional, tendo atuado no setor privado e público por muitos anos e considera fundamental que haja um nível de comprometimento por parte do trabalhador em melhorar sua condição de saúde. Por sua experiência, ressalta que ações educativas de promoção de saúde são importantes, mas se não há um engajamento por parte do trabalhador para melhorar sua saúde por meio do autocuidado, dificilmente ocorrerão

mudanças significativas do seu perfil de saúde.

Se considerarmos que os principais problemas de saúde dos trabalhadores, evidenciados nas duas instituições, são bastante semelhantes e ainda que esses sejam problemas de saúde pública e não apenas problemas ocupacionais, fica claro que existe uma grande necessidade de que sejam desenvolvidas estratégias de coparticipação do trabalhador nesse processo, de forma que ele possa ser motivado a assumir, juntamente com o setor de saúde do trabalhador da unidade, a responsabilidade pela sua saúde, fazendo sua parte num trabalho de parceria. Em síntese, fica evidenciado na pesquisa que é fundamental o engajamento e motivação dos trabalhadores e que não seja simplesmente chamado ou obrigado a cumprir as prescrições do setor, de forma vertical ou unilateral.

Merece destacar que muitas empresas privadas atuam, hoje, nessa perspectiva de comprometimento e coparticipação, motivando seus trabalhadores, por intermédio de incentivos para o autocuidado, fornecendo subsídios para que os mesmos façam sua parte em bom alinhamento com as ações dirigidas pelo serviço de Saúde do Trabalhador. Cabe à instituição fazer sua parte como: identificar e mapear o perfil de saúde dos seus trabalhadores e, independentemente donexo causal, proceder às recomendações e intervenções para a redução de danos, procurando um adequado equacionamento dos interesses patronais com as necessidades dos trabalhadores, sempre em busca de uma melhoria da sua qualidade de vida, visto que esta irá ainda se refletir numa melhor qualidade na prestação dos serviços prestados pela instituição. Grandes corporações que atuam nessa perspectiva possuem resultados positivos que se traduzem em ganhos para trabalhadores e instituições. Pode-se concluir, portanto, que o trabalhador é capital humano e o investimento na sua saúde e bem-estar pode representar um ganho para a instituição, para os trabalhadores e, conseqüentemente, para toda a sociedade.

3. DESENHO METODOLÓGICO PARA O MONITORAMENTO NUTRICIONAL DOS TRABALHADORES: UM ESTUDO APLICADO AOS TRABALHADORES DA SESAB

Conforme já destacado nos capítulos anteriores, o PAIST foi instituído na SESAB com a finalidade de reduzir os agravos e promover uma atenção integral à saúde dos seus trabalhadores dentro das suas linhas de ação que envolvem vigilância e monitoramento em saúde. É sabido que as DCNT representam um dos problemas de maior impacto para saúde e qualidade de vida desses trabalhadores. Com base nos dados da JME, fica demonstrado um elevado índice de afastamento dos trabalhadores, o que gera prejuízos com reflexos graves na

queda na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Atualmente na SESAB não existem estudos que avaliem a prevalência de Síndrome Metabólica (SM) entre seus trabalhadores. Os exames periódicos e admissionais não contemplam essa avaliação, apesar do registro da elevada prevalência de afastamentos por DCNT. Analisando os preceitos da PNSTT, assim como levando em conta os objetivos da OMS e as orientações de estudos em saúde pública, consideramos que desenvolver uma proposta metodológica para o monitoramento nutricional dos trabalhadores da SESAB que avalie a prevalência de SM é uma importante estratégia que poderá também fortalecer o processo de implementação do PAIST. Ademais, os resultados desse projeto podem contribuir para a redução dos índices de afastamento desses trabalhadores por DCNT, situação que certamente contribuirá para o fortalecimento da PNSTT.

Neste capítulo, serão descritos os procedimentos metodológicos adotados para o desenvolvimento e implementação deste projeto em uma unidade hospitalar selecionada da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Inicialmente, veremos nesse capítulo como as DCNT são um impacto para a saúde pública mundial e brasileira e as razões para que esta proposta metodológica esteja inserida nas políticas públicas de saúde do trabalhador. Em seguida, será feita uma breve descrição da unidade hospitalar selecionada e descrito o desenho metodológico do estudo contendo sua caracterização, o método de obtenção da amostra, os critérios de exclusão, as variáveis de dados, os instrumentos de pesquisa, as questões éticas, o cronograma que orientou o estudo e, por fim, os resultados das análises estatísticas.

3.1 AS DCNT COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SEUS IMPACTOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE DO CASO DA SESAB.

Um grupo de DCNT representa o principal problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo a maior causa de mortalidade no país. Informações do Ministério da Saúde mostram que o acidente vascular cerebral (ACV), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) somados foram responsáveis pela morte de mais de 300 mil brasileiros em 2013. Assim, muitos estudos destacam que as DCNT possuem um grande impacto para a saúde do trabalhador e muitos são os fatores que predis põem ao seu aparecimento, sendo a obesidade e o sedentarismo os principais fatores de risco. (FALCÃO, M.C.; TARDIO, A.P, 2006).

No nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em 2005, como

objetivos para a população mundial, que os índices de obesidade não aumentassem com relação aos dados de 2010. Contudo, em 2014, cientistas do Imperial College of London concluíram em um estudo envolvendo 20 milhões de adultos, realizado em 186 países, que será praticamente impossível atingir essa meta global estabelecida pela OMS no sentido de estabilizar os valores da obesidade nos níveis de 2010. O estudo preconiza a necessidade de haver uma política global de combate à obesidade por parte dos governos e não centrada apenas nos indivíduos, por conta de ser a obesidade um dos grandes fatores de risco para muitas doenças, com um custo social brutal para os países. (NEWS.MED.BR, The Lancet, 2016).

Em um estudo realizado por FALCÃO, M.C.; TARDIO, A.P. em 2006, o excesso de peso foi atribuído às mudanças de hábitos alimentares que vêm ocorrendo nos últimos anos que, associadas ao sedentarismo, vêm impactando no aumento da epidemia mundial de obesidade. A prevalência de obesidade está em ascensão no mundo e no Brasil e um dos fatores que contribui para isto é a transição nutricional com aumento do fornecimento de energia pela dieta e redução da atividade física, o que tem sido chamado estilo de vida ocidental contemporâneo. A industrialização e a urbanização trouxeram, ainda, um aumento na ingestão de calorias e uma diminuição da prática de atividade física, pelas modificações no quadro distributivo da mão de obra, redução das ocupações nos setores extrativos e da agricultura. O estudo recomenda a necessidade de intervenção nutricional como estratégia para controlar o problema, visto que a obesidade causa diversos danos à saúde, favorecendo o aparecimento de DCNT (FALCÃO, M.C.; TARDIO, A.P, 2006).

Tal como as estatísticas mundiais e nacionais, os servidores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia vêm apresentando um perfil epidemiológico semelhante, evidenciados pelos estudos realizados por Viterbo et al. ISC-UFBA 2012 e confirmados pelos dados da JME (Junta Médica do Estado da Bahia) sobre as principais causas de afastamentos de servidores dos últimos oito anos. A elevada prevalência do adoecimento por DCNT entre trabalhadores da SESAB revela que a gestão de recursos humanos não tem conseguido atuar preventivamente e identificar o perfil nutricional desses trabalhadores para definir, assim, as reais ou potenciais causalidades que têm agravado esse fenômeno. Há um reconhecimento, pois, que a criação e execução de um projeto de monitoramento do perfil nutricional desses trabalhadores pode ajudar a qualificar a implementação do PAIST, como ação dirigida para a promoção da saúde do trabalhador e para o Sistema Estadual de Saúde.

3.2 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA ENTRE TRABALHADORES DA SESAB: UMA PROPOSTA PARA A REDUÇÃO DAS DCNT.

Reduzir a ocorrência de DCNT entre trabalhadores é algo que envolve a avaliação e o acompanhamento dos fatores que predispõem ao seu aparecimento. De forma abrangente, a síndrome metabólica (SM) é conhecida como uma condição clínica que envolve o aparecimento de vários fatores de risco para o aumento de ocorrência de DCNT, especialmente para as doenças cardiovasculares. (CUPPARI, 2007) Essa síndrome corresponde a um conjunto de doenças que tem como base a resistência à insulina. Existem critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do National Cholesterol Education Program (NCEP) americano para a classificação da SM. Porém, de acordo com critérios nacionais validados no Consenso Brasileiro sobre a Síndrome Metabólica, um indivíduo apresenta SM quando estão presentes pelo menos três dos cinco critérios citados abaixo.

- Obesidade central - circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem;
- Hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica igual ou superior a 130 e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 85 mmHg;
- Glicemia alterada (glicemia igual ou superior a 110 mg/dl) ou diagnóstico de diabetes;
- Triglicérides igual ou superior a 150 mg/dl;
- HDL colesterol igual ou inferior a 40 mg/dl em homens e igual ou inferior a 50 mg/dl em mulheres

Estudos apontam modificações no perfil nutricional da população e nela estão compreendidos os trabalhadores, revelando que a síndrome metabólica é uma condição crescente na sociedade moderna, alcançando uma prevalência de 20% a 25% da população mundial. Um estudo relevante sobre o tema é o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) que fornece taxas de prevalência de SM na população americana adulta, onde os números foram fixados em cerca de 25%, em homens brancos, e 21%, em mulheres brancas. Entre os mexicanos-americanos, os homens têm 29 % e as mulheres 33%. Segundo o referido estudo, com o aumento da idade esse percentual cresce para 44 % em adultos, com faixa etária entre 60 e 69 anos. Na população brasileira, em um estudo de revisão realizado por Lopes (2009) a prevalência de SM encontrada variou de 8,6% a 87% entre

indivíduos adultos.

3.3 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO REALIZADO EM TRABALHADORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

A idealização do desenvolvimento de um desenho metodológico para o estudo do perfil nutricional de trabalhadores da SESAB parte da necessidade de monitoramento da saúde nutricional dos seus trabalhadores. Em 2009 foi realizado um estudo para avaliar o perfil nutricional dos trabalhadores daquela unidade selecionada, onde ficou evidenciado uma prevalência de SM de 20%, que tinha uma relação diretamente proporcional à quantidade de refeições realizadas pelos trabalhadores no hospital. Esse estudo motivou que o serviço de nutrição e dietética da unidade implementasse algumas modificações no cardápio servido, tais como tipo de preparações e porções, e foram iniciadas medidas coletivas e individuais para a prevenção desses agravos (atendimento nutricional individualizado, ações educativas entre outras atividades). Este estudo inicial motivou assim a idealização de uma proposta de metodologia para o monitoramento nutricional desses trabalhadores, que pudesse ser inserida ao programa de saúde do trabalhador recém-implantado na SESAB, o PAIST, através dos seus SIASTs. Os resultados desse primeiro estudo puderam ainda servir de base para conhecer a efetividade de algumas das propostas inicialmente implementadas em função daqueles resultados encontrados. A seguir serão descritas as etapas do desenho metodológico proposto para o monitoramento nutricional dos trabalhadores que tem seu início com a caracterização da unidade estudada, seguida pela concepção do desenho metodológico, variáveis, coleta de dados e instrumentos de pesquisa e, ao final desta sessão, serão propostas estratégias para a implantação do presente projeto.

3.3.1. Caracterização da Unidade Hospitalar e Perfil da Amostra Selecionada

A unidade hospitalar selecionada tem 163 anos de existência e faz parte do conjunto de hospitais estaduais que integram a rede própria da SESAB. A unidade é caracterizada como um hospital de médio porte, de referência no tratamento de doenças infecciosas e parasitárias. Atualmente, cerca de 500 profissionais ativos formam a equipe responsável por atender até 2.000 pacientes por mês. A estrutura do hospital é dividida em três pavilhões e possui uma estrutura física com 101 leitos, entre os quais seis de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e 30 pediátricos, além de oferecer ambulatórios para pessoas com HIV nas áreas de especialização em neuroinfecologia e em assistência a pacientes com hanseníase.

A unidade possui um Núcleo de Educação e Pesquisa (NEP) que tem por finalidade

incentivar a realização de estudos com a participação de estudantes de medicina e médicos residentes, em parceria com universidades. Atualmente, a unidade hospitalar atende pacientes referenciados ou regulados, sendo priorizado o atendimento aos pacientes com doenças infecciosas e parasitárias. A unidade possui o Serviço de Saúde do Trabalhador (SIAST), implantado desde 2013, que realiza o acompanhamento de atenção integrada à saúde dos trabalhadores lotados naquela unidade no que concerne às atividades descritas no PAIST. A partir da implantação deste serviço de saúde do trabalhador, foi constituída, em 2014, uma Comissão Local de Saúde do Trabalhador (CLST). Ambos apoiaram a realização do presente estudo dando o suporte logístico necessário, especialmente quanto às ações de educação e de promoção à saúde dos trabalhadores da unidade selecionada.

A maioria dos trabalhadores da unidade eram servidores estatutários e pertencia ao grupo ocupacional saúde. A carga horária de trabalho desses trabalhadores variou entre 180 ou 240 horas semanais, em escalas de trabalho distribuídas por regime de trabalho de 12 horas ou plantões 24 horas. Os trabalhadores terceirizados da unidade atuam em regime semelhante, e de um modo geral, com remunerações inferiores aos trabalhadores estatutários. Aqueles trabalhadores administrativos possuíam suas escalas de trabalho distribuídas em jornadas de 6 ou 8 horas diárias de trabalho de segunda a sexta feira. Todos esses trabalhadores tinham acesso à alimentação fornecida pela unidade selecionada, mediante o fornecimento de refeições por empresa terceirizada, contratada por licitação pela secretaria de saúde.

O serviço de nutrição é dividido em nutrição clínico hospitalar e de produção. Na assistência hospitalar, os nutricionistas são todos estatutários, num total de 10 profissionais. A produção é realizada por empresa terceirizada, contratada por processo licitatório, e é responsável pelo fornecimento de refeições para os pacientes internados e para os trabalhadores da unidade. O fornecimento de refeições segue um contrato pré-estabelecido. A unidade possui refeitório onde são servidas 4 refeições por dia aos trabalhadores que estão escalados para o trabalho, essas refeições variam de desjejum, almoço, jantar e ceia a depender do tipo de escala de trabalho, dando direito a todas as refeições para aqueles que trabalham por 24 horas ou duas refeições para aqueles que estão escalados para jornadas de 12 horas diurnas ou noturnas.

O projeto-piloto da metodologia de monitoramento proposta neste trabalho foi realizado no período de fevereiro a julho de 2015. Foram selecionados trabalhadores com vínculo de trabalho regido pelo estatuto dos servidores públicos (estatutários), com idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, lotados na unidade hospitalar selecionada. A escolha de

trabalhadores estatutários se deu por conta de que não existem dados na Junta Médica do Estado acerca de trabalhadores terceirizados, e isso dificultaria as análises. Os servidores aceitarem participar da pesquisa de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE³ (ver APÊNDICE D). Foi estimada uma amostra de 82 servidores voluntários, mas apenas 67 completaram o estudo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório da unidade assistencial selecionada. Foram excluídos do estudo servidores que estavam em uso de marca-passo, as gestantes, servidores inativos no período da coleta de dados e aqueles que não concluíram todas as etapas da coleta de dados.

3.3.2 Concepção do Desenho Metodológico do Estudo

Metodologicamente, trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado com uma amostra de 67 trabalhadores, selecionada de forma aleatória e com significância estatística. O número de trabalhadores da amostra foi calculado pela equipe de estatísticos da UFBA que apoiou o GT na elaboração deste projeto. A coleta de dados foi realizada no ambulatório de nutrição da unidade hospitalar selecionada no período de fevereiro a junho de 2015, liderada por uma equipe de pesquisadores da SESAB e da UFBA. Inicialmente, foi realizada uma avaliação sociodemográfica com ênfase na identificação de algumas características relacionadas ao estilo de vida dos trabalhadores selecionados. Para cumprir esses objetivos, foi aplicado um questionário semiestruturado, que incluiu informações sobre: sexo, idade, grau de escolaridade, faixa de renda, hábitos de vida tais como tabagismo, etilismo e atividade física e número de refeições realizadas no hospital nos dias de trabalho. A renda foi definida pela classificação proposta pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas - FGV, categorizada em cinco níveis de renda: Classe A: Acima de R\$ 9.745,00; Classe B: de R\$ 7.475,00 a R\$ 9.745,00; Classe C: de R\$ 1.734,00 a R\$ 7.475,00; Classe D: de R\$ 1.085,00 a R\$ 1.734,00; e Classe E: de R\$ 0,00 a de R\$ 1.085,00.

Cabe esclarecer que foram considerados tabagistas os trabalhadores que faziam uso de fumo, independentemente da quantidade de cigarros por dia, e etilistas, independentemente do tipo e quantidade de bebida alcoólica consumida.

Foi realizada, ainda, uma avaliação nutricional e clínica dos trabalhadores selecionados onde se buscou verificar os seguintes dados antropométricos: Peso (em kg) e altura (em cm) aferidos, respectivamente, por balança digital da marca Camry, modelo EF972, com capacidade de até 150 kg e estadiômetro portátil com escala de 0,5 cm e alcance máximo de 2

³ Esse procedimento seguiu as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

metros. O peso e altura foram realizados com base nas técnicas descritas por Lohman et al.. O estado nutricional foi definido pelo Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela fórmula de quilogramas divididos pela estatura elevada ao quadrado (kg/m^2). Para classificação do IMC, foram considerados os pontos de corte diferenciados para adultos e idosos. (KRAUSE; MAHAN, 2012). A circunferência abdominal (CA) foi aferida com uma fita métrica inelástica, com o sujeito de frente para o avaliador. A medida foi determinada no mesmo plano horizontal e na altura da cicatriz umbilical, ao final da expiração. A CA foi classificada de acordo com a NIH.

A coleta de sangue foi realizada após jejum de 12 horas (glicemia de jejum, HDL colesterol e triglicerídeos) e, posteriormente, analisada no laboratório da própria unidade hospitalar, visto que possui certificação do Conselho Regional de Farmácia da Bahia.

A aferição da pressão arterial (PA) foi realizada e classificada de acordo com as orientações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Para o diagnóstico de SM utilizaram-se os critérios estabelecidos na I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica que considera presença de pelo menos três dos seguintes componentes: CC (>88 cm para mulheres e >102 cm para homens), $\text{PA} \geq 130 \times 85 \text{mmHg}$ ou uso de anti-hipertensivo; glicemia de jejum $\geq 110 \text{mg/dL}$ ou diagnóstico de *Diabetes Mellitus* tipo 2; Triglicérides (TG) $\geq 150 \text{mg/dL}$ e HDL-c $< 40 \text{mg/dL}$ para os homens e $< 50 \text{mg/dL}$ para as mulheres.

3.3.3 Variáveis, coleta de dados e instrumentos de pesquisa

O estado nutricional e de saúde atual dos servidores foi analisado por meio da avaliação nutricional (dados antropométricos, bioimpedância, bioquímicos, clínicos e dietéticos). No estudo, o estado nutricional e de saúde constituem-se nas variáveis dependentes. No padrão de dieta habitualmente consumida, será analisada a variável independente. Considerando que o estado nutricional está associado a múltiplos fatores, o estudo selecionou as seguintes subvariáveis: a) biológicas (sexo, idade, histórias médicas e familiares para DCNT); b) condições socioeconômicas (escolaridade e renda); e c) hábitos de vida (tabagismo, consumo de bebida alcoólica e atividade física).

Para a obtenção dos dados, foi aplicado um questionário pelos estagiários e equipe de nutrição do grupo ocupacional saúde da unidade hospitalar. Cada questionário recebeu um número de identificação do participante e contemplou informações sobre os dados biológicos (sexo, idade, história médica e familiar de DCNT); condições socioeconômicas (escolaridade

e renda); estilo de vida (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade física) e classificação sobre a qualidade geral do seu padrão alimentar habitual.

A avaliação da composição corporal foi realizada por balança de bioimpedância com equipamento digital da marca Camry, modelo EF972, com capacidade de até 150 kg. Todos os pacientes receberam orientações referentes ao preparo para a realização do exame e foram seguidas as orientações propostas por Kyle et al. (2004) para realização do teste. Inicialmente, foi aferido o peso corporal (em quilos), com o pesquisado utilizando roupas leves e sem sapatos, e a medida da estatura (em centímetros) utilizando-se uma balança com estadiômetro acoplado com escala de 0,5 cm e resolução de 100 gramas.

Foram fornecidas pelo aparelho as seguintes medidas antropométricas: peso em quilos, percentual de gordura corporal, percentual de hidratação corporal, percentual de massa magra e massa óssea, com o gasto energético total estimado pelo equipamento. Para a classificação do estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), foram estabelecidos pontos de corte diferenciados para adultos (OMS, 1997) e idosos (LIPSCHITZ, 1994).

Além disso, foi aferida a circunferência abdominal utilizando uma fita métrica inelástica, seguindo a classificação da NIH (2002), e solicitada a realização de exames bioquímicos após jejum de 12 horas (hemograma completo, glicemia, colesterol total com as frações HDL, VLDL, LDL e triglicerídeos) e aferição da pressão arterial (PA) que foram realizados no local da coleta.

No que se refere às questões éticas, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Couto Maia (Parecer n. 921.039/2014). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Ver Apêndice D).

Para a interpretação dos dados foram utilizados os parâmetros da estatística descritiva adotando-se as medidas usuais de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão) e cálculos de frequências simples e relativas. O Teste *t student* foi utilizado para comparar médias e o teste *Qui-quadrado* para avaliar a proporção entre as variáveis categóricas. Utilizou-se o programa SPSS, versão 20.0, para tabulação e análise dos dados e o nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

O projeto foi realizado em cinco meses, integrando desde a escolha do tema e concepção metodológica, levantamento bibliográfico, elaboração e coleta de dados, submissão ao Conselho de Ética, análise e tabulação dos dados e elaboração do relatório

preliminar e final.

3.4 ESTRATÉGIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

Como já destacado, a implantação do presente projeto constituiu-se em uma das estratégias para a implementação do PAIST nas unidades assistenciais da SESAB, que ficou a cargo da equipe de apoio matricial do PAIST. Essa equipe matricial, da qual esta pesquisadora fez parte, assumiu a responsabilidade de apresentar proposições aos SIAST implantados nas unidades da rede própria da SESAB, situação que garantiu a relevância deste projeto como objeto de estudo de mestrado. Assim, sua implantação contou com o apoio e a adesão de todos os SIAST das unidades da SESAB e das equipes multiprofissionais do grupo ocupacional saúde, conseguindo articular, ainda, outros parceiros vinculados às universidades integradas à unidade hospitalar selecionada (especialmente os estudantes vinculados aos programas de estágio do SUS).

Os componentes do projeto de vigilância nutricional estão bem descritos na cartilha do **Projeto de Vigilância e Atenção Nutricional para Trabalhadores da SESAB**, Tecnologia de Gestão Social (TGS) no APÊNDICE B. Além do inquérito transversal, os componentes da TGS são a elaboração de relatório de gestão, a análise de resultados e a elaboração de propostas de intervenção. As etapas para esta implementação envolveram a realização de visitas aos SIAST para a apresentação do pré-projeto, com destaque para as expectativas dos resultados do projeto-piloto que será implantado em uma unidade assistencial da rede própria da SESAB. Cabe destacar que se pretende descentralizar a multiplicação das ações de vigilância nutricional em trabalhadores do SIAST e, assim, cada unidade poderá ficar responsável pela constituição de um grupo de trabalho (GT) que dará sequência ao monitoramento nutricional dos seus trabalhadores. Esse grupo de trabalho poderá usar como base o desenho do presente projeto na íntegra ou adaptá-lo à sua realidade, necessidades e viabilidade, desde que sejam preservados os objetivos desta metodologia que é produzir informações sobre a saúde nutricional dos seus trabalhadores. Esses resultados deverão ser agrupados nos encontros e reuniões realizados entre serviços. Desse modo, espera-se que as estratégias institucionais que fundamentam a pesquisa possam ser construídas e implantadas coletivamente, complementando, desse modo, as estratégias locais.

Nesse sentido, merece destacar que a estratégia da pesquisa projetou que cada unidade terá a prerrogativa de traçar as táticas individuais e coletivas, de modo que sejam mais viáveis

em nível local para, assim, minimizar as condições de adoecimento por DCNT. A equipe matricial do PAIST deverá assumir, portanto, a responsabilidade pelo processo do monitoramento e do compilamento dos dados para a elaboração de estudo multicêntrico para subsidiar, desta forma, a elaboração de propostas no nível da gestão central (Superintendência de Recursos Humanos, Junta Médica Oficial do Estado e Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador). Essas estratégias gestoriais e gerenciais, conforme definido pela teoria da Administração Política, envolverão a elaboração de propostas coletivas e individuais, partindo do nível central (da gestão) da SESAB. Essas propostas deverão envolver a elaboração dos contratos de prestação de serviços de alimentação para os servidores, dos projetos de atenção e a promoção da saúde através de ações complementares, mediante, por exemplo, parcerias com academias corporativas e com instituições de pesquisa e ensino.

É importante destacar que o sucesso deste projeto depende também da adoção de estratégias que poderão coincidir com as propostas exitosas das unidades nas quais o projeto tenha sido aplicado com êxito, de forma a atingir os objetivos de minimizar o nível de adoecimento dos trabalhadores por DCNT, melhorando, desse modo, a qualidade de vida dos servidores da SESAB, conforme garantido pela Constituição Nacional e recomendado pelos diversos órgãos multilaterais e governamentais.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os principais resultados alcançados com a implementação da pesquisa de monitoramento nutricional aplicada na unidade hospitalar selecionada da SESAB. Também serão apresentadas algumas proposições voltadas para contribuir para a melhoria das políticas de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores do Estado da Bahia, no sentido de minimizar os níveis de adoecimento por DCNT.

4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA PESQUISA

Um dado relevante que caracteriza o perfil dos entrevistados é a predominância do sexo feminino e a idade superior a 44 anos que perfazem 74,4% do público-alvo. A faixa etária elevada observada indica, pois, uma predisposição à ocorrência da SM por conta da própria epidemiologia do envelhecimento. Essas características reforçam a possibilidade de aumento de risco de DC, especialmente nas mulheres, que constituem a maior parcela da amostra, considerando a proximidade da menopausa comum desta faixa etária. O nível de escolaridade tem associação inversa com o grau de esclarecimento a respeito da saúde e interfere nas

noções de boa alimentação, o que pode explicar as razões do sobrepeso e o elevado índice de obesidade no Brasil que indicam estar aumentando em populações de baixa escolaridade e renda. Conforme demonstra os dados da Tabela 3, na amostra observada, apenas 37,8% dos trabalhadores possuem instrução superior.

Tabela 3 - Distribuição das características sócio-demográficas de trabalhadores estudados em um hospital público estadual, Salvador, Bahia, 2015.

Dados Sociodemográficos de Trabalhadores de um hospital público em Salvador-Bahia.

Variáveis	Trabalhadores (n=82)	Frequência %
Sexo:		
Masculino	21	25,6
Feminino	61	74,4
Faixa etária:		
18 a 30 anos	04	4,8
31 a 43 anos	18	22
44 a 56 anos	45	55
Acima de 56 anos	15	18,3
Escolaridade:		
Média	51	62,2
Superior	31	37,8
Renda:		
Até 1.734 reais	23	28
Mais de 1.734 reais	59	72

Fonte: Dados coletados da pesquisa: Prevalência de SM entre trabalhadores de uma unidade hospitalar da SESAB 2015. ^IRenata B. Vilaça M. de Carvalho^{II} Adriana Dávila de Oliveira, ^{II}Norma Suely Pereira, ^IRebeca da S. Ribeiro.

A tabela 4 permite observar a prevalência dos fatores de risco na população pesquisada onde se evidencia um elevado número de servidores com percentual de gordura na composição corporal elevado (59,75%). Este fator, assim como a elevada prevalência de alteração da circunferência da cintura (54,87%) reforça o diagnóstico de sobrepeso e

obesidade desta população. A prevalência de sedentarismo relatada foi alta, 59,75%. Esses fatores demonstrados denotam a necessidade de implementação de medidas de prevenção, educação e controle dos fatores de risco e são, em conjunto ou não, aspectos predisponentes para ocorrência de SM.

Tabela 4: Frequência dos Fatores de Risco para Síndrome Metabólica e DCNT de Trabalhadores de um hospital público em Salvador 2015.

Variáveis	Trabalhadores (n=82)	Frequência %
Percentual de gordura aumentado	49	59,75
Circunf. Abdominal elevada	45	54,87
HDL baixo	26	31,7
Glicemia elevada	10	12,19
Triglicérides elevado	19	23,17
Tabagismo	04	4,87
Sedentarismo	49	59,75
Hipertensão	33	40,24

Fonte: Dados coletados da pesquisa: Prevalência de SM entre trabalhadores de uma unidade hospitalar da SESAB 2015.

Já nos dados disponibilizados na Tabela 5, encontra-se uma prevalência de 23,17% de SM na amostra estudada, levando em consideração a presença de três ou mais fatores de risco. É importante ressaltar que 28% desta população apresentaram dois fatores de risco e 24,3% apresentaram apenas um fator. Esta observação denota que uma elevada parcela de trabalhadores se encontra na iminência de ser caracterizada como portadores de SM em um futuro próximo e, se forem acrescentados um ou mais fatores de risco aos atuais, esses riscos aumentam exponencialmente.

No presente estudo, merece destacar que fatores como alteração de HDL, assim como alteração nos triglicérides, tiveram uma prevalência de 31,7% e 23,17%, respectivamente, e estão diretamente relacionados tanto à dieta quanto ao sedentarismo. Nota-se, ainda, que a hipertensão arterial teve uma prevalência importante (40%). Em contrapartida, evidenciou-se uma baixa prevalência no hábito de fumar (menor que 5%), o que é um importante dado, pois reduz um fator de risco grave em muitos casos.

O resultado da prevalência de SM encontrado no presente estudo foi bastante elevado quando comparado a estudos nacionais e à prevalência dessa síndrome em outros países verificadas na literatura, o que reforça a necessidade da introdução de medidas de prevenção e controle, especialmente no que se refere ao sedentarismo e alimentação inadequada.

Tabela 5 - Presença de fator de risco para síndrome metabólica em um hospital público em Salvador-Bahia. (n 82)

Presença	1 fator	2 fatores	3 fatores	4 fatores	5 fatores
N	20	23	16	1	2

Fonte: Artigo: Prevalência de SM entre trabalhadores de uma unidade hospitalar da SESAB 2015.

As Tabelas 5, 6 e 7 revelam os resultados da avaliação feita junto aos 19 servidores que apresentaram síndrome metabólica. Nesse universo, a maioria (84,22%) tinha função de nível médio, contra apenas 15,78% de nível superior, denotando uma relação inversa deste perfil de adoecimento com o grau de instrução e/ou renda. Sendo que 90% dos servidores que possuem pelo menos um fator de risco para síndrome metabólica tinham função de nível médio, o que reforça, ainda mais, a hipótese de que há uma relação inversa entre o nível de escolaridade e/ou renda com o perfil de adoecimento. Dados do IBGE reforçam as evidências identificadas nesta pesquisa e comprovam que a menor renda e o menor grau de escolaridade aumentam a probabilidade deste padrão de adoecimento.

Tabela 6 - Prevalência de síndrome metabólica em função da renda e ou escolaridade entre trabalhadores de um hospital público em Salvador-Bahia, 2015 (n 82).

Escolaridade:	Total	Presença de SM	%
Nível médio	51	16	31,37
Superior	31	03	09,67

Fonte: Artigo: Prevalência de SM entre trabalhadores de uma unidade hospitalar da SESAB 2015.

Tabela 7 - Prevalência de fatores de risco para síndrome metabólica em função da escolaridade entre trabalhadores de um hospital público em Salvador-Bahia. 2015 (n 82).

Escolaridade:	n.	Fator de risco p/ SM	%
Média	51	46	90%
Superior	31	16	51%

Fonte: Artigo: Prevalência de SM entre trabalhadores de uma unidade hospitalar da SESAB 2015.

A Tabela 8 mostra a frequência de refeições realizadas no hospital avaliado, evidenciando que mais da metade dos trabalhadores (56%) realizam mais de uma refeição no local de trabalho. Observa-se, ainda, uma relação inversa da prevalência de SM com a quantidade de refeições realizadas no hospital, demonstrando que o tipo de refeição servida no hospital atualmente não possui impacto negativo sobre o aumento deste tipo de adoecimento. Tal fato é relevante visto que, em 2009, semelhante estudo realizado na mesma unidade hospitalar da SESAB apresentou um resultado contrário ao atual e medidas de prevenção e controle foram adotadas pelo Serviço de Nutrição e Dietética, a partir de então, no sentido de solucionar o problema.

Tabela 8 - Relação da prevalência de síndrome metabólica e a quantidades de refeições realizadas por trabalhadores em um hospital da rede pública pelos trabalhadores em Salvador Bahia, 2015. (n 82).

Quantidade de refeições	Trabalhadores (n=82)	SM	%
1 refeição	25	5	6%
2 refeições	24	5	6%

3 refeições	10	4	4%
4 refeições	11	0	0%

Fonte: Artigo: Prevalência de SM entre trabalhadores de uma unidade hospitalar da SESAB 2015.

4.2. ALGUMAS PROPOSIÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PAIST

Os resultados desta pesquisa foram reunidos e transformados em um relatório para ser apresentado ao SIAST, além de tornar-se um instrumento de análise deste projeto de pesquisa. Os resultados também foram apresentados aos trabalhadores da unidade selecionada em evento intitulado “1ª Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT”, realizado na unidade hospitalar selecionada, no período de 26 a 30 de outubro de 2015. O referido evento foi organizado pela Coordenação de Recursos Humanos, pelo Grupo de Trabalho e Humanização (GTH), pelo SIAST e pela Comissão Local de Saúde do Trabalhador da unidade, contando, também, com o apoio da diretoria da unidade. Merece destacar que os resultados do referido estudo foram apresentados em sessões de discussões técnico-científicas, realizadas na unidade assim como foram apresentados em outros eventos científicos, a exemplo do Congresso da Universidade Federal da Bahia, em comemoração aos 70 anos da universidade, realizado no período de 14 a 17 de julho de 2016 (Ver apêndice F).

A partir desses resultados, foram formuladas propostas de promoção e de atenção à saúde dos servidores da unidade, idealizadas conjuntamente com o SIAST e GT, além de contar com o apoio de outros parceiros, a exemplo das universidades, e contemplaram as ações abaixo relacionadas:

- I. Atendimento nutricional individual (acompanhamento ambulatorial) para os trabalhadores da unidade. Essa atividade já vinha sendo realizada, desde 2014, com a disponibilização de consultas nutricionais onde o acompanhamento nutricional individualizado é realizado com um acompanhamento permanente do status nutricional do trabalhador. Este acompanhamento contempla educação, avaliação e monitoramento nutricionais com orientações sobre a dieta e hábitos saudáveis;
- II. Palestras sobre alimentação saudável para os trabalhadores da unidade;
- III. Modificações no cardápio fornecido aos trabalhadores da unidade com a inclusão de opções com preparações mais saudáveis (redução do oferecimento de bebidas industrializadas e adoçadas, modificação das preparações e ajustes das porções

- servidas);
- IV. Estudos de continuidade para a avaliação e o monitoramento do perfil nutricional dos trabalhadores, em parceria com as universidades;
 - V. Campanhas para Difusão de Ações de Saúde: Combate ao Diabetes, à Hipertensão e ao Sedentarismo, assim como se sugere a utilização de jornais, panfletos e atividades lúdicas na unidade;
 - VI. Implantação de exames periódicos de rotina a serem realizados pelos SIASTs com a inclusão dos parâmetros de avaliação nutricional aqui propostos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que os agravos nutricionais e o sedentarismo são as principais causas para o aparecimento de DCNT e suas complicações nos trabalhadores da SESAB e tendo em vista os resultados encontrados nesta pesquisa, fica evidenciado que o elevado nível de adoecimento revela que a gestão do sistema estadual de saúde não tem conseguido avançar em estudos que possibilitem identificar o perfil nutricional, de modo a verificar as reais e/ou potenciais causalidades desse problema, considerando a crescente precarização das condições de trabalho que tem como causa principal as orientações advindas da concepção de administração pública gerencial (de base neoliberal) e a incapacidade de o Estado brasileiro avançar na qualificação da gestão do SUS de modo a integrar as dimensões da concepção (gestão) e sua plena capacidade de execução (gerência), conforme consagrado na CF de 1988.

Nesse contexto adverso, considera-se que o desenho e implementação de um projeto de monitoramento do perfil nutricional dos trabalhadores da Saúde ganha relevância por contribuir para qualificar a implementação do PAIST, como ação dirigida para a promoção da saúde do trabalhador do sistema de estadual de saúde tendo como base a Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PNSTT).

É importante ressaltar que as medidas de prevenção e controle do nível de adoecimento adotadas na unidade assistencial selecionada em 2014 foram eficazes na redução de danos relacionados ao padrão do cardápio servido na unidade, apesar do nível de adoecimento entre os servidores ser, ainda, elevado. Esse dado demonstra, pois, que é possível aprimorar os processos de trabalho de modo a transformar e qualificar as relações interpessoais e institucionais, através da qualificação da capacidade de gestão e de gerência do SUS, com ênfase na saúde do trabalhador. Assim, torna-se evidente e necessária a continuidade do projeto de monitoramento nutricional em outras unidades da SESAB utilizando-se como

referência os resultados da experiência desta pesquisa. A relevância dessa replicação se justifica, pois, pela necessidade da introdução de medidas coletivas e individuais que minimizem a ocorrência e o agravamento dos fatores de risco acima evidenciados, especialmente as ações de caráter preventivo.

Atualmente, o PAIST não dispõe de profissional nutricionista para atuação exclusiva no programa com o objetivo de desenvolver atividades de vigilância e atenção nutricional dos servidores da SESAB. De acordo com o presente estudo, além de dados da JME, é evidente que essas ações devem integrar o portfólio de atividades permanentes do PAIST, em todas as unidades assistenciais da rede própria da SESAB, de forma a prestar um acompanhamento nutricional aos seus servidores, especialmente os que apresentam potencial de risco de adoecimento por DCNT, para que, de forma preventiva, sejam minimizados os danos evidenciados pelos dados disponibilizados pela JME.

Faz-se necessária, ainda, a atuação de nutricionista de forma exclusiva para as atividades de vigilância e atenção nutricional aos servidores da Saúde do Estado da Bahia, visto que é imprescindível que todos os servidores sejam acompanhados. Atualmente a Resolução CFN nº 380/2005 que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecendo parâmetros numéricos de referência por área de atuação, não traz no seu texto o dimensionamento para nutricionista em Saúde do Trabalhador. Por ser a Saúde do Trabalhador, um campo da Saúde Coletiva, é prudente que este dimensionamento leve em consideração os critérios já definidos por esta Resolução no seu item III, letra B, que trata da atuação deste profissional na área de Saúde Coletiva, e propõe um dimensionamento de 01 (um) nutricionista com carga horária semanal de 30 horas para até 10.000 trabalhadores (Resolução CFN nº 380/2005). Este profissional poderá estar vinculado ao SIAST implantado na unidade assistencial.

É essencial, também, que seja destinado um nutricionista para o acompanhamento dos trabalhadores já adoecidos e afastados pela Junta Médica do Estado por DCNT, e para aqueles que se encontram em processo de readaptação. Esses servidores poderão receber um acompanhamento nutricional, através do SIAST assistencial, que atua desde a implantação do PAIST, porém não dispõe de nutricionistas, apesar das DCNT serem a principal causa de afastamento desses trabalhadores, que têm os agravos nutricionais como principal causa de base, seguindo o mesmo dimensionamento.

Tendo em vista os resultados encontrados, as estratégias de aconselhamento nutricional devem ser implantadas de forma preferencial, considerando as particularidades dos resultados

e a experiência oriunda da Residência Social. Outras atividades educativas tais como a modificação no estilo de vida que envolva o incentivo à prática de atividade física regular, devem ser priorizadas visto que o sedentarismo obteve uma posição de destaque dentre os fatores modificáveis. Outros fatores como o tabagismo e etilismo não tiveram grande impacto nos resultados evidenciados, porém devem ser pontuados como hábitos a serem evitados.

As medidas de intervenção coletivas devem ser mantidas e, periodicamente, revisadas e adequadas às necessidades da coletividade. Recomenda-se a inclusão de novos protocolos aos SIASTs que contemplem a realização de exames periódicos com avaliação do perfil nutricional desses servidores, tal como proposto nesta metodologia. Estudos de continuidade devem ser realizados para o monitoramento permanente da situação de saúde e perfil nutricional dos trabalhadores para o adequado balizamento das intervenções. Programas de educação permanente devem ser mantidos visando dar continuidade às estratégias desenvolvidas no âmbito da promoção a saúde.

Recomenda-se, por fim, que os resultados aqui evidenciados sejam divulgados, através de publicações científicas, de forma a ajudar no fortalecimento das políticas de saúde dos trabalhadores, servindo de base para a construção de protocolos em saúde do trabalhador em instituições públicas e privadas.

REFERÊNCIAS

ADA - American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care** 2004; 27 (suppl. 1): S5-s10.

BAHIA. Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia**. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde: 2012. 24p.

_____. Junta Médica Oficial do Estado da Bahia. SAEB. Dados 2009, 2013, 2014.

_____. **Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador**. 2. ed. Salvador, 2002. 351 p.

_____. Lei Estadual n. 6677 de 26 de setembro de 1994. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Cíveis do Estado da Bahia, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais. 1994.

_____. **Manual de Implantação e Funcionamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014b. 116 p.

_____. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST): Documento-base**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014, 48p.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Institui o Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB. Portaria n.º 1.761, de 20 de dezembro de 2012. Diário Oficial do Estado, 21/12/2012.

BARBOSA, P. J. et al. Criteria for central obesity in a Brazilian population: impact on metabolic syndrome. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 407-14, oct. .

BARROS, E. **Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. I, n. I, p. 5-17, 1996;

BAPTISTA, R.; NOBRE, L.; PENA, P. **A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios**. EDUFBA, Salvador, BA, 2011.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Lei Federal n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências**, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS). 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSus: Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.1-20. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa 47 Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo 008. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm> >, acesso em: 28/07/2012.

_____. Ministério da Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Portaria Federal GM/MS n.º 1823, de 23 de agosto de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf> Acesso em: 10/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: MS, 1998.45p.

_____. Ministério da Saúde. Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador 2006. [www.portal da saude.gov.br.](http://www.portal.da.saude.gov.br) >Acesso em 30/05/2016.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. Multiplica SUS: oficina: uma introdução ao Sistema Único de Saúde/GHC. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2013.

CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo), *apud* Cartilha Multiplica SUS: oficina: uma introdução ao Sistema Único de Saúde/GHC. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. Resolução CFN n.º 380, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília, DF, 2005

CUNHA, J.P.P. CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., 1998.

CUPPARI, 2007. Lílian. Nutrição Clínica no Adulto. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 2ª. ed. p. 149 a 159, São Paulo: Ed. Manole 2007).

DONNANGELO MCF. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades; 1976/Medicina Ambulatorial e Hospitalar. 2 ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

FAGUNDES, A. A. et al. Vigilância alimentar e nutricional. **SISVAN orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FALCÃO, M. C.; TARDIO, A. P. - O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade The impact of the modernization in the nutritional transition and obesity El impacto de la modernización en la transición nutricional y obesidad (Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(2):117-24).

GARRIDO, R. et al. Metabolic syndrome and obesity among workers at Kanye Seventh-day Adventist Hospital, Botswana. Vol. 99, nº 5, May, 2009.

KYLE, UG et al. **Bioelectrical impedance analysis – part II:** utilization in clinical practice. Clinical Nutrition, v. 23, p. 1430-1453, 2004.

LIPSCHITZ, D.A. **Screening for nutritional status in the elderly.** Primary Care. 1994; 21(1): 55-67.

LOPES, Michelly Jacquelline Sitta. **Prevalência da síndrome metabólica no Brasil: um estudo de revisão.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Universidade Estadual de Maringá – UEM, 2009.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80.** Physis, Rio de Janeiro, v. I, n. I, . 77-96, 1991.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. KRAUSE: **alimentos, nutrição e dietoterapia.** Tradução de Claudia Coana. et al. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012.

MAURIEL APO. Capitalismo, políticas sociais e combate à pobreza. Ijuí: Editora Unijuí; 2011.

MENDES, René; DIAS, Elisabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, v.25, n 5 p.341-349, 1991.

MYNAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas.** Cad. Saúde Pública, v. 13 p. 21-32, 1997.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - NIH. National Heart, Lung and Blood Institute. National Cholesterol Education Program. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). NHI, 2002.

NCEP – National Cholesterol Education program. Expert Panel on Detection, evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). JAMA

NOBRE, L; PENA, P; BAPTISTA, R. **A Saúde do trabalhador na Bahia: História, conquistas e desafios.** Salvador: EDUFBA. 2011.

OLIVEIRA, A. D.; PEREIRA, N. S., **Prevalência de Síndrome Metabólica em Trabalhadores de uma Unidade hospitalar da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia,** 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) site:
http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9882:hgrs-realiza-caminhada-e-feira-de-saude-pelo-dia-mundial-de-combate-ao-avc&catid=13:noticias&Itemid=25

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 48, 2009.148p.

_____. J. S. A constituição-cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (10): 1927-1953, out, 2013.

PINELL P. Análise sociológica das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

PINTO I. C.; SILVA, I. V., **Perfil da morbidade e fatores subjacentes às licenças médicas de servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**. Instituto de Saúde Coletiva. 2012.

REVISTA CUBANA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA. **Epidemiología y prevención del síndrome metabólico**. Versión On-line ISSN 1561 – 3003, vol.50, no.2, Ciudad de la Habana, Mayo-ago.2012. Visita em 14 de junho de 2016.

RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. NESP. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos para conselheiros de saúde. Brasília: MS, 1998.p.7-17;

ROLLO, AA. **É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado?** In SANTOS-FILHO, SB; BARROS, MEB. *Trabalhador da Saúde: Muito prazer! – Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

ROUQUEYROL, M. Z. e FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2003.

SANTOS R. S.; RIBEIRO, E. M.; CHAGAS, T. et. al. *Bases Teórico- Metodológicas da Administração Política*. **RAP**, 2009.

SANTOS, Reginaldo; RIBEIRO, Elizabeth. *Projeto do Núcleo de Estudos Conjunturais em Administração*. Salvador, 2013 (mimeo)

_____ A administração política como campo do conhecimento. São Paulo: Mandacaru/Hucitec, 2009, parte I.

_____Bases Teóricas Metodológica da Administração Política. REBAP, nº 2, Salvador, 2009

_____Empiria e Construção de novos Parâmetros Teórico-metodológicos para Avaliação da Administração Política Brasileira: Uma análise aplicada à realidade do município de Itabuna-BA. Projeto de Pesquisa. Salvador, 2009 (mimeo).

_____Reestruturação produtiva do Estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. **RAP**, v. 38, n. 1, p. 7-32, jan./fev. 2004.

_____Notas metodológicas para a concepção de uma nova política social para o Brasil. **RAP**, v. 36, n. 6, p. 933-957, nov./dez. 2002.

_____. A administração política brasileira. RAP, Rio de Janeiro, n. 4, 1993.

SANTOS, Reginaldo, Souza. A controvertida crise fiscal brasileira. **Revista Desenbahia**, Salvador, v. 1, n. 1, set. 2004.

_____. Em busca da apreensão de um conceito para a administração política. RAP, Rio de Janeiro, n. 5, 2001.

SANTOS, Reginaldo Souza (Org.). A administração política como campo do conhecimento. São Paulo, Salvador: Edições Mandacaru, 2004. p. 26-27.

SIIMON, MISS et al. Avaliação nutricional dos profissionais do serviço de nutrição e dietética de um hospital terciário de Porto Alegre **Cad. saúde colet.** vol.22 no. 1 Rio de Janeiro jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010011>>. Acesso em: 29/11/2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivo brasileiro de Cardiologia. Volume 84. Suplemento I, 2005

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/> Acesso em 14 de junho de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. Disponível em: <www.endocrino.org.br/prevalencia-da-obesidade-no-brasil> Acesso em: 09/09/2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO SBEM. . Disponível em<<http://www.endocrino.org.br/obesidade/>>- Acesso em: 09/09/2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Associação Brasileira para Estudos da Obesidade (ABEO),. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Hipertensão 2004**; 7 (4):130-59.

SPEDO, S.M. Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS). 1998. 57f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Trabalhador) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 1998.

TAULER, P. Prevalence of promorbid Metabolic Syndrome in Spanish Adult workers using IDF and ATPIII Diagnostic Criteria: Relationship with cardiovascular risk factors. Plos one. Vol. 9. Issue 2. Feb, 2014.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS: Modelos assistenciais e vigilância da saúde. (Texto elaborado para a Oficina em Vigilância a Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia), Salvador: 1998.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (org.) Políticas, instituições e AIDS. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. Cap.2, p.43-68.

VELOSO, I. S.; SANTANA, V. S. Impacto nutricional do programa de alimenta do trabalhador no Brasil. 2009. Revista Panamericana de Salud Publica. v. 11, n.1, p. 24-31, Washington, jan. 2002

APÊNDICE A – Apresentação dos Resultados da Pesquisa em Congresso da UFBA, de
14 a 17 de julho de 2016



Prevalência de Síndrome Metabólica em
Trabalhadores de uma Unidade Hospitalar da
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

¹Renata B. Vilaça M. de Carvalho

²Adriana Dávila de Oliveira, ³Norma Suely Pereira, ⁴Rebeca da S. Ribeiro

¹Graduandas de Nutrição, Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto, Salvador.

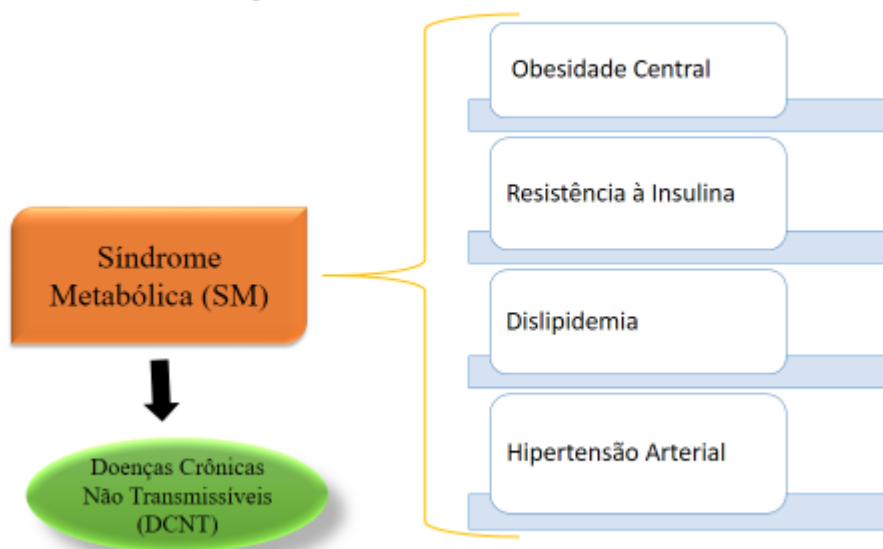
⁴Nutricionistas SESAB, Salvador.



Salvador
2016

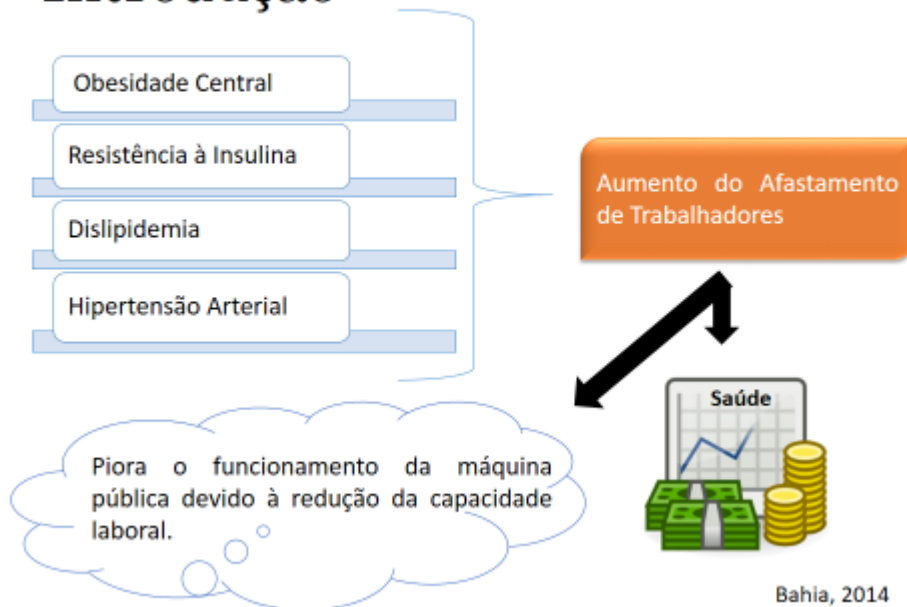


Introdução



Garrido *et al.*, 2009; Tauler *et al.*, 2015

Introdução

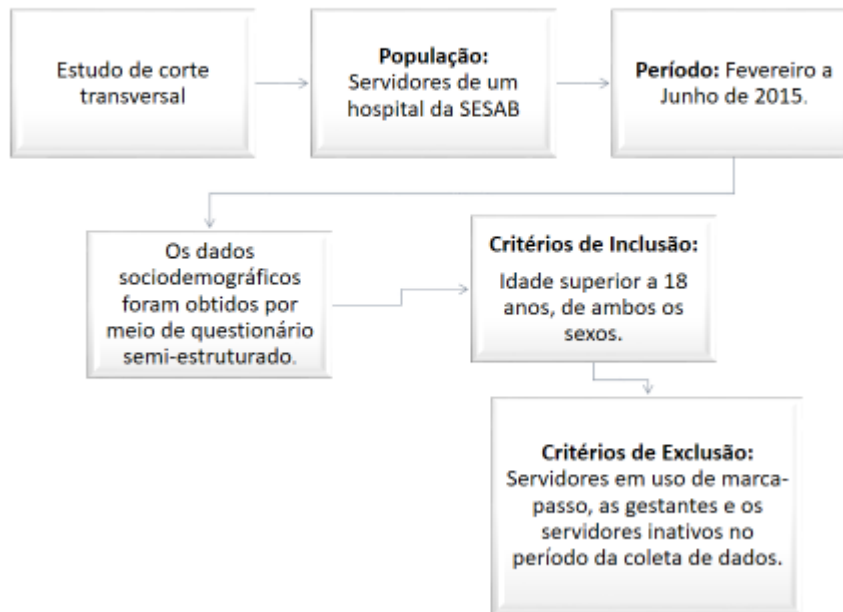


Introdução

As consequências são negativas para a sociedade, uma vez que onera o orçamento público e diminui a verba destinada ao atendimento primário e de prevenção.

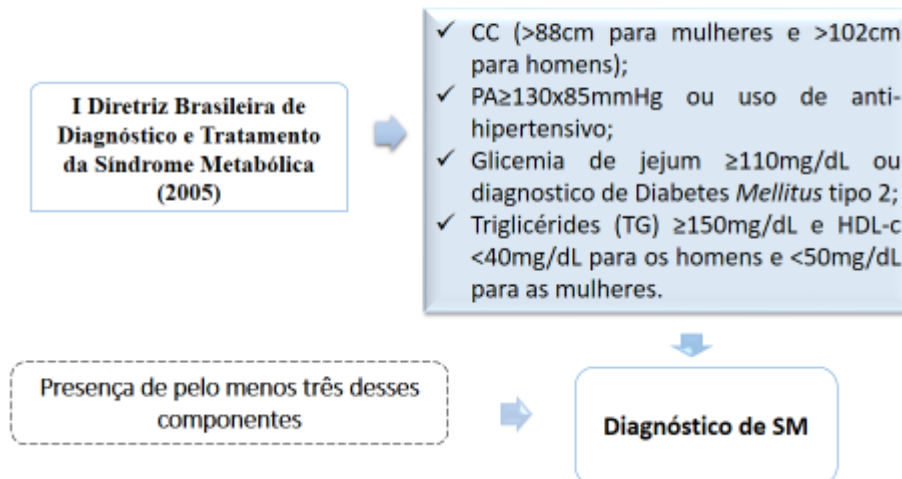
Objetivo: Avaliar a prevalência de SM em servidores de um hospital público da rede estadual de saúde, localizado em Salvador-BA.

Métodos

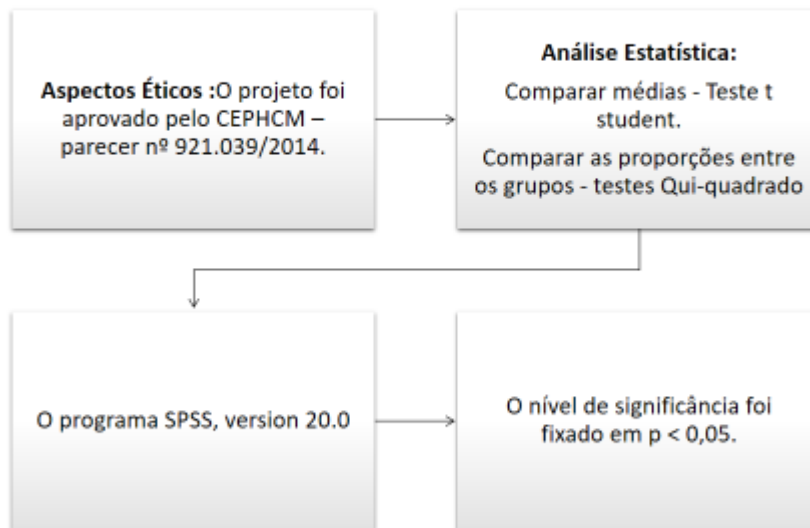


Métodos

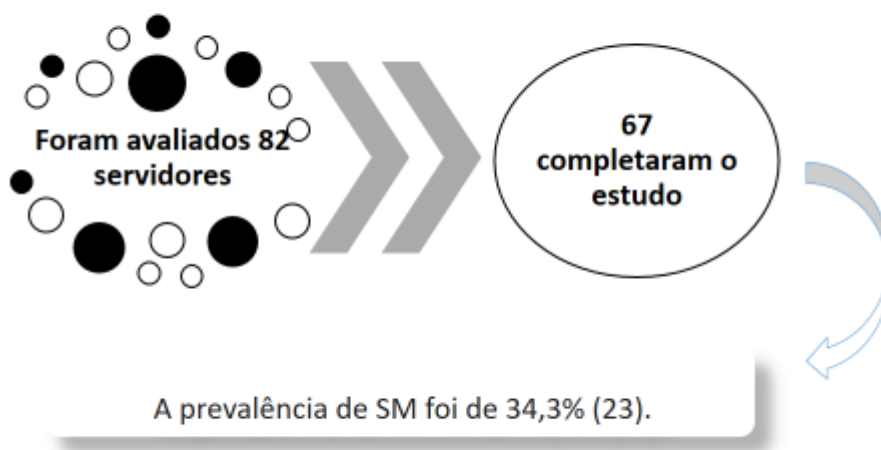
Diagnóstico de SM



Métodos



Resultados



Resultados

Tabela 1. Prevalência de Síndrome Metabólica de acordo com as características sócio demográficas e estilo de vida de trabalhadores de um hospital público da SESAB (n=67), Salvador-BA, 2015.

Variáveis	Total n (%)	Síndrome Metabólica		P
		Sim n (%)	Não n (%)	
Gênero				
Masculino	15 (22,4)	06 (26,1)	09 (20,5)	
Feminino	52 (77,6)	17 (73,9)	35 (79,5)	0,599*
Idade (anos) Média (DP)	48,6 (9,45)	48,9 (9,2)	48,2 (9,7)	0,776**
Escolaridade				
Até 1º grau	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	
2º grau incompleto	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	
2º grau completo	39 (58,2)	14 (60,9)	25 (56,8)	
3º grau incompleto	03 (4,5)	00 (0,0)	03 (6,8)	
3º grau completo	25 (37,3)	09 (39,1)	16 (36,4)	0,273***

DP = Desvio Padrão; * Teste qui-quadrado de Person; **Teste t- student; *** Teste qui-quadrado de tendência; **** Teste qui-quadrado de Fisher.

Resultados

Tabela 1. Prevalência de Síndrome Metabólica de acordo com as características sócio demográficas e estilo de vida de trabalhadores de um hospital público da SESAB (n=67), Salvador-BA, 2015. (Continuação)

Variáveis	Total n (%)	Síndrome Metabólica		P
		Sim n (%)	Não n (%)	
Classe Social				
Classe A	09 (13,4)	03 (13,0)	06 (13,6)	
Classe B	05 (7,5)	01 (4,3)	04 (9,1)	
Classe C	36 (53,7)	14 (60,9)	22 (50,0)	
Classe D	14 (20,9)	04 (17,4)	10 (22,7)	
Classe E	03 (4,5)	01 (4,3)	02 (4,5)	0,903***
Atividade física				
Sim	29 (43,3)	09 (39,1)	20 (45,5)	
Não	38 (56,7)	14 (60,9)	24 (54,5)	0,620*
Tabagismo				
Fumante/ Ex-fumante	08 (11,9)	04 (17,4)	04 (9,1)	
Não fumante	59 (88,1)	19 (82,6)	40 (90,9)	0,431****
Sim	42 (62,7)	16 (69,6)	26 (59,1)	
Não	25 (37,3)	7 (30,4)	18 (40,9)	0,400*

DP = Desvio Padrão; * Teste qui-quadrado de Person; **Teste t- student; *** Teste qui-quadrado de tendência; **** Teste qui-quadrado de Fisher.

Resultados

Tabela 2. Prevalência dos componentes da Síndrome Metabólica em trabalhadores portadores ou não deste agravo, de um hospital público da SESAB, Salvador-BA, 2015.

Componentes	Total	Indivíduos com SM	Total	Indivíduos sem SM	P
	n *	n (%)	n *	n (%)	
Hipertensão Arterial	23	19 (82,6)	43	09 (20,9)	0,000**
Baixo HDLc	21	14 (66,7)	44	12 (27,3)	0,002**
Hipertrigliceridemia	22	13 (59,1)	44	06 (13,6)	0,000**
Hiperglicemia	23	08 (34,8)	44	02 (4,5)	0,002***
Obesidade Abdominal	23	20 (87,0)	44	20 (45,5)	0,001***

SM: Síndrome Metabólica; HDLc: HDL colesterol; *n diferente devido a dados incompletos; **Teste qui-quadrado de Person; ***Teste qui-quadrado de Fisher.

Limitações do Estudo

- ✓ Pequeno número de indivíduos avaliados;
- ✓ Amostragem não representativa.

➡ Estudos com maiores grupos amostrais e duplo-cego para melhor análise.

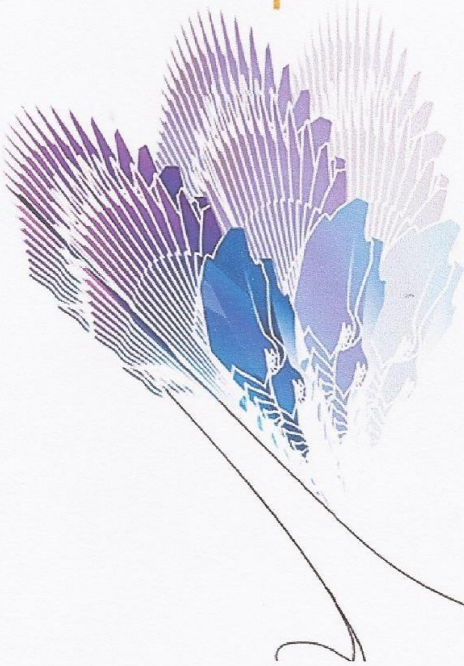
Conclusão

- ❖ Há necessidade de se implementar, medidas coletivas e individuais que minimizem a ocorrência e o agravamento dos fatores de risco da SM.
- ❖ Oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas e ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador.

Referências

1. BAHIA. Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST): Documento base. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. 2014. 48p.
2. GARRIDO, R. et al. Metabolic syndrome and obesity among workers at Kanye Seventh-day Adventist Hospital, Botswana. *Original Articles*. Vol. 99, nº 5, may, 2009.
3. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Management of hepatitis C: 2002—June 10-12, 2002
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arquivo brasileiro de Cardiologia*. Volume 84. Suplemento I, 2005
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51
6. TAULER, P. Prevalence of promorbid Metabolic Syndrome in Spanish Adult workers using IDF and ATPIII Diagnostic Criteria: Relationship with cardiovascular risk factors. *Plos one*. Vol. 9. Issue 2. Feb, 2014.

CERTIFICADO



Certificamosque **RENATA BARBOSA VILAÇA MARQUES DE CARVALHO, ADRIANA DÁVILA DE OLIVEIRA, NORMA PEREIRA e REBECA DA SILVA RIBEIRO** apresentaram o trabalho **Prevalência de Síndrome Metabólica em Trabalhadores de uma Unidade Hospitalar da Secretaria da Saúde do Estadual da Bahia** no Congresso da UFBA, entre os dias 14 e 17 de julho de 2016.

Salvador, 17 de Julho de 2016


João Carlos Salles
Reitor

APÊNDICE B – Tecnologia de Gestão Social (TGS)

CARTILHA

Projeto de Vigilância e Atenção Nutricional para Trabalhadores da SESAB



Universidade Federal da Bahia – UFBA

Escola de Administração – EA

Programa de Desenvolvimento e Gestão Social - PDGS

Centro Interdisciplinar em Desenvolvimento e Gestão Social - CIAGS



Projeto de Vigilância e Atenção Nutricional para Trabalhadores



Elaboração: Adriana Dávila de Oliveira - *Tecnologia de Gestão Social (TS)* Mestrado Multidisciplinar em Gestão Social – CIAGS UFBA 2016.



EAUFBA/CIAGS/ Programa de Desenvolvimento e Gestão Social

Mestrado Multidisciplinar e Profissionalizante em Desenvolvimento e Gestão Social



"Justiça é Justiça Social, antes de tudo: é atualização dos princípios condutores, emergindo nas lutas sociais, para levar à criação duma sociedade, em que cessem a exploração e opressão do homem pelo homem".
(Roberto Lyra Filho, 1999)

Releituras de Tarsila do Amaral, Estudantes 8 ano. Disponível em <http://galeriadearteessj.blogspot.com.br/> acesso em 2 de dezembro de 2016



Apresentação:

Esta cartilha tem a finalidade de difundir metodologia para o monitoramento nutricional de trabalhadores nas instituições que desejem atuar na perspectiva da atenção integral à saúde do trabalhador.

Realizar a Vigilância e a Atenção Nutricional de Trabalhadores é uma importante ferramenta estratégica para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do trabalhador, pela possibilidade de prevenir certos agravos nutricionais que são fatores de risco para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis.



Objetivo geral:

O Projeto de Vigilância e Atenção Nutricional para Trabalhadores da SESAB tem por finalidade propor uma metodologia para o monitoramento nutricional dos trabalhadores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), como estratégia de implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST).



Objetivos específicos:

- (a) *Conhecer a prevalência dos agravos nutricionais em trabalhadores da SESAB: Avaliar a Prevalência de Síndrome Metabólica (SM) entre os trabalhadores nas unidades que possuem SIASTs implantados ou que desejem desenvolver esta proposta.*
- (b) *Monitorar a prevalência dos agravos nutricionais entre os trabalhadores, sensibilizando-os quanto à importância do cuidado com a saúde e melhoria de sua qualidade de vida, repercutindo na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS;*
- (c) *Propor estratégias de promoção da saúde e de prevenção do adoecimento por agravos nutricionais, com vistas à redução de DCNT entre seus trabalhadores.*



Justificativa:

A implantação de um Projeto de Vigilância e Atenção Nutricional para Trabalhadores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia SESAB, através da realização do monitoramento periódico do seu perfil nutricional, permitirá definir as reais e/ou potenciais causalidades que tem culminado no crescente aumento das doenças crônicas não transmissíveis desses trabalhadores.



Problema:

Elevado índice de afastamento de trabalhadores na SESAB em razão de DCNT – (1, 2)

Principais fatores de risco para DCNT: Sedentarismo e obesidade.

Referências:

- (1)PINTO I. C. SILVA, I. V. "*Perfil da morbidade e fatores subjacentes às licenças médicas de servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*". Instituto de Saúde Coletiva. 2012.
- (2)Junta Médica do Estado da Bahia 2013/2014. Relação de licenças médicas concedidas a trabalhadores da SESAB por grupo de patologias em 2013-2014.



Como fazer?

Metodologia

Constituição de um Grupo de Trabalho (GT) formado por profissionais do Grupo Ocupacional Saúde e/ou SIASTs/CLST implantados nas unidades, e instituições parceiras, para realizar uma avaliação do perfil nutricional e da prevalência de Síndrome Metabólica (SM) de trabalhadores, por amostragem.

Aplicar a pesquisa, com base no Pré-projeto já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP (Parecer: 921.039/2014), realizando as adaptações ao mesmo, caso necessário, com nova submissão do CEP para aprovação.



Os resultados obtidos servirão de base para reorientar os Serviços de Saúde do Trabalhador (SIASTs) e implementar estratégia de prevenção de agravos e promoção à saúde desses trabalhadores.

Esses dados poderão compor um estudo multicêntrico prospectivo para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.



Por que avaliar a SM?

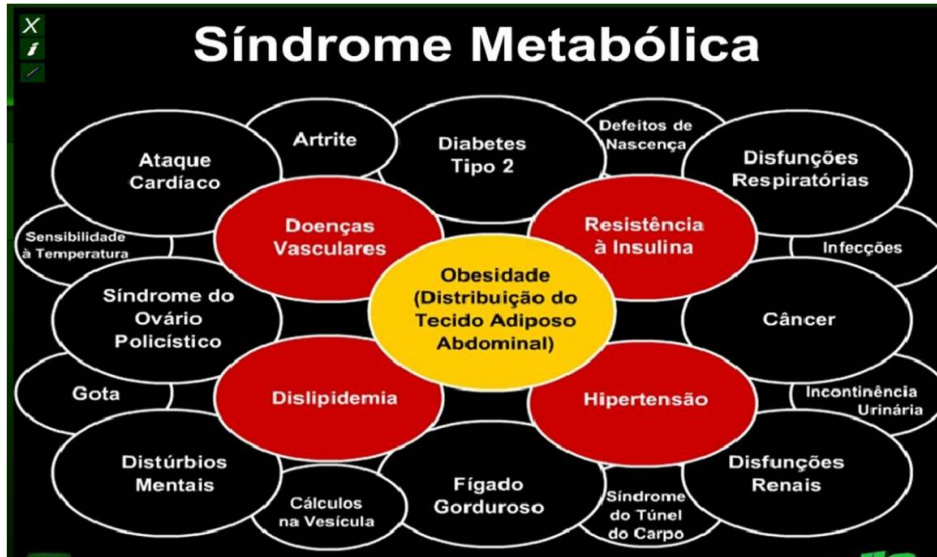
A SM traz consequências sociais negativas - diminuição da qualidade de vida e capacidade laboral.





Por que avaliar a Síndrome Metabólica (SM)?

A SM leva ao aumento de DCNT.



Etapas:

Constituição de Grupo de Trabalho GT -

Aplicação do Estudo – adaptações ao pré-projeto - Caracterização da unidade hospitalar, desenho do estudo, variáveis de coleta, resultados discussão.

Elaboração de relatório final com as conclusões para o SIAST/Recursos Humanos/demais instâncias gestoras/PAIST.

Resultados serviram para orientar as ações de promoção da saúde dos trabalhadores – SIASTs implantados



Elaboração de propostas:

As propostas serão feitas com base nos resultados encontrados (exemplo):

Atendimento nutricional individual (acompanhamento ambulatorial) com nutricionista para os trabalhadores da unidade.

*Práticas motivacionais: Palestras sobre alimentação saudável, palestras motivacionais
Modificações do cardápio de refeição fornecida aos trabalhadores.*

Campanhas educativas: difusão de ações de saúde: Combate ao diabetes, Combate à hipertensão, Combate ao sedentarismo. Veículos: jornais, palestras, oficinas de culinária saudável e atividades lúdicas.

Apresentação dos resultados para os trabalhadores e em eventos científicos – publicações científicas e estudos de continuidade.



Considerações finais:

Implantar este projeto nas unidades assistenciais da rede própria representa uma importante ferramenta de gestão que irá subsidiar as ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, tendo em vista o seu caráter técnico-científico na busca por soluções para os principais problemas institucionais evidenciados, minimizando assim a ocorrência de DCNT entre trabalhadores.

Esta Tecnologia de Gestão Social (TS) fortalece o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da SESAB (PAIST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e pode ainda servir de base para demais esferas públicas e instituições privadas, atuarem na perspectiva da Atenção Integral à saúde dos seus Trabalhadores.



Referências Bibliográficas

- ADA - American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004; 27 (suppl. 1): S5-s10.
- BAHIA. Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia**. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde: 2012. 24p.
- _____. Junta Médica do Estado da Bahia. Dados 2009, 2013, 2014.
- _____. Lei n. 6677 de 26 de setembro de 1994. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado da Bahia, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais. 1994.
- _____. **Manual de Implantação e Funcionamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014b. 116 p.
- _____. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST): Documento-base**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. 2014. 48p.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Instituto do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB. Portaria n.º 1.761, de 20 de dezembro de 2012. Diário Oficial do Estado, 21/12/2012.
- _____. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014b. 116 p.
- BARBOSA, P. J. et al. Criteria for central obesity in a Brazilian population: impact on metabolic syndrome. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 407-14, oct. .
- BARROS, E. **Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p. 5-17, 1996;
- BAPTISTA, R.; NOBRE, L.; PENA, P. **A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios**. EDUFBA, Salvador, BA, 2011.
- BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71p.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.
- _____. Lei Federal n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências**. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS). 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 110 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSus: Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.1-20, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa 47 Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo 008. Instituto das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>, acesso em: 28/07/2012.
- _____. Ministério da Saúde – Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, 2011
- _____. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Portaria n.º 1823, de 23 de agosto de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/web/acesstrfocs/Extrata_1823_12_institu_politica.pdf> Acesso em: 10/09/2015.
- _____. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: MS, 1998.45p.
- _____. Ministério da Saúde. Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador 2006. www.portal.da.saude.gov.br. >Acesso em 30/05/2016.



Referências Bibliográficas

- _____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. **Multiplica SUS: oficina: uma introdução ao Sistema Único de Saúde/GHC**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2013.
- CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo). *apud* Carilha Multiplica SUS: oficina: uma introdução ao Sistema Único de Saúde/GHC. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2013.
- CUNHA, J.P.P. CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., 1998.
- CUPPARI, 2007. Lúlian. **Nutrição Clínica no Adulto**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 2ª. ed., p. 149 a 159, São Paulo: Ed. Manole 2007).
- DONNANGELO MCF. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades; 1976. Medicina Ambulatorial e Hospitalar. 2 ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.
- FAGUNDES, A. A. et al. Vigilância alimentar e nutricional. **SISVAN orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FALCÃO, M. C.; TARDIO, A. P. - Artigo de Revisão - O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade The impact of the modernization in the nutritional transition and obesity El impacto de la modernización en la transición nutricional y obesidad (Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(2):117-24)
- GARRIDO, R. et al. Metabolic syndrome and obesity among workers at Kanye Seventh-day Adventist Hospital, Botswana. *Original Articles*. Vol. 99, nº 5, May, 2009.
- KYLE, UG et al. **Bioelectrical impedance analysis – part II: utilization in clinical practice**. *Clinical Nutrition*, v. 23, p. 1430-1453, 2004.
- LIPSCHITZ, D.A. **Screening for nutritional status in the elderly**. *Primary Care*. 1994; 21(1):55-67.
- LOPES, Michelly Jacqueline Sitta. **Prevalência da síndrome metabólica no Brasil: um estudo de revisão**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Universidade Estadual de Maringá – UEM, 2009.
- LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. I, n. I, . 77-96, 1991.
- MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. KRAUSE: **alimentos, nutrição e dietoterapia**. Tradução de Claudia Coana. et al. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- MAURIEL APO. **Capitalismo, políticas sociais e combate à pobreza**. Ijuí: Editora Unijuí; 2011.
- MENDES, René; DIAS, Elisabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v.25, n 5 p.341-349,1991.
- MYNAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas**. *Cad. Saúde Pública*, v. 13 p. 21-32, 1997.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - NIH. National Heart, Lung and Blood Institute. National Cholesterol Education Program. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). NHI, 2002.
- NCEP – National Cholesterol Education program. Expert Panel on Detection, evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA*
- NOBRE, L.; PENA, P.; BAPTISTA, R. **A Saúde do trabalhador na Bahia: História, conquistas e desafios**. Salvador: EDUFBA. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) site:http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9882:hrgs-realiza-caminhada-e-feira-de-saude-pelo-dia-mundial-de-combate-ao-avc&catid=13:noticias&Itemid=25
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 48, 2009.148p.
- _____. J. S. A constituição-cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 (10):1927-1953, out, 2013.
- PINELL P. **Análise sociológica das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
- PINTO I. C. SILVA, I. V. **Perfil da morbidade e fatores subjacentes às licenças médicas de servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**. Instituto de Saúde Coletiva, 2012.
- REVISTA CUBANA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA. **Epidemiología y prevención del síndrome metabólico**. Versión On-line ISSN 1561 – 3003, vol.50, no.2, Ciudad de la Habana, Mayo-ago.2012. Visita em 14 de junho de 2016.
- RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. NESP. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos para conselheiros de saúde. Brasília: MS,1998.p.7-17;
- ROLLO, AA. **É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado?** In SANTOS-FILHO, SB; BARROS, MEB. **Trabalhador da Saúde: Muito prazer!** – Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.



EAUFBA/CIAGS/ Programa de Desenvolvimento e Gestão Social
Mestrado Multidisciplinar e Profissionalizante em Desenvolvimento e Gestão Social



Referências Bibliográficas

- ROUQUEYROL, M. Z. e FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**, 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.
- SANTOS R. S.; RIBEIRO, E. M.; CHAGAS, T. et. al. **Bases Teórico-Metodológicas da Administração Política**. RAP, 2009.
- SANTOS, Reginaldo; RIBEIRO, Elizabeth. Projeto do Núcleo de Estudos Conjunturais em Administração. Salvador, 2013 (mimeo)
- _____. A administração política como campo do conhecimento. São Paulo: Mandacaru/Hucitec, 2009, parte I.
- _____. Bases Teóricas Metodológica da Administração Política. REBAP, nº 2, Salvador, 2009
- _____. Empíria e Construção de novos Parâmetros Teórico-metodológicos para Avaliação da Administração Política Brasileira: Uma análise aplicada à realidade do município de Itabuna-BA. Projeto de Pesquisa. Salvador, 2009 (mimeo).
- _____. Reestruturação produtiva do Estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. RAP, v. 38, n. 1, p. 7-32, jan./fev. 2004.
- _____. Notas metodológicas para a concepção de uma nova política social para o Brasil. RAP, v. 36, n. 6, p. 933-957, nov./dez. 2002.
- _____. A administração política brasileira. RAP, Rio de Janeiro, n. 4, 1993.
- SANTOS, Reginaldo, Souza. A controversa crise fiscal brasileira. **Revista Desenharia**, Salvador, v. 1, n. 1, set. 2004.
- _____. Em busca da apreensão de um conceito para a administração política. RAP, Rio de Janeiro, n. 5, 2001.
- SANTOS, Reginaldo Souza (Org.). A administração política como campo do conhecimento. São Paulo, Salvador: Edições Mandacaru, 2004, p. 26-27.
- SIIMON, MISS et al. Avaliação nutricional dos profissionais do serviço de nutrição e dietética de um hospital terciário de Porto Alegre **Cad. saúde colet**. vol.22 no.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010011>>. Acesso em: 29/11/2014
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivo brasileiro de Cardiologia. Volume 84. Suplemento I, 2005
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/> Acesso em 14 de junho de 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. Disponível em: <www.endocrino.org.br/prevalencia-da-obesidade-no-brasil/> Acesso em: 09/09/2015
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO SBEM. Disponível em:<<http://www.endocrino.org.br/obesidade/>>. Acesso em: 09/09/2015
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Associação Brasileira para Estudos da Obesidade (ABEO), I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Hipertensão** 2004, 7 (4):130-59.
- SPEDO, S.M. Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS). 1998. 57f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Trabalhador) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP, Campinas, 1998.
- TAULER, P. Prevalence of promorbid Metabolic Syndrome in Spanish Adult workers using IDF and ATPIII Diagnostic Criteria: Relationship with cardiovascular risk factors. Plos one. Vol. 9. Issue 2. Feb, 2014.
- TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÓAS, Ana Luiza. SUS: Modelos assistenciais e vigilância da saúde. (Texto elaborado para a Oficina em Vigilância a Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia). Salvador: 1998.
- TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (org.) Políticas, instituições e AIDS. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. Cap.2, p.43-68.
- VELOSO, I. S.; SANTANA, V. S. Impacto nutricional do programa de alimentação do trabalhador no Brasil. 2009. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 11, n.1, p. 24-31. Washington, jan. 2002.
- VITERBO, Iracema et al. (MS/GHC) http://www.saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=5901&id_atividade=867&tipo=



EAUFBA/CIAGS/ Programa de Desenvolvimento e Gestão Social
Mestrado Multidisciplinar e Profissionalizante em Desenvolvimento e Gestão Social



Tela: O trabalhador e as borboletas. Americo Poteiro, Instituto Antonio Poteiro- GO, 2012. Disponível em <http://www.antonioboteiro.com/obras-IAP/o-trabalhador-e-as-borboletas/> acesso em 2 de dezembro de 2016.

APÊNDICE C – Divulgação na *Internet* dos resultados da pesquisa com os servidores do HCM/SESAB

http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9882:hgrs-realiza-caminhada-e-feira-de-saude-pelo-dia-mundial-de-combate-ao-avc&catid=13:noticias&Itemid=25

Hospital Couto Maia comemora a Semana do Servidor

Sex, 23 de Outubro de 2015 15:49



Em comemoração ao Dia do Servidor, o Hospital Couto Maia (HCM) promoverá na semana de 26 a 30 próximos, diversas atividades envolvendo os trabalhadores. O evento contará com atividades de cunho científico, como a apresentação do resultado da Pesquisa sobre o Perfil Nutricional dos Servidores da unidade e debate sobre alimentação saudável, realizada pela nutricionista do HCM Adriana Dávila, e atividades artísticas como a oficina "Vivências Lúdicas e Jogos Teatrais", ministrada pela servidora Solange Simões, que tem formação específica nesta área.

A semana também contará com atividades de lazer e de valorização do servidor, como o II Torneio de Dominó do HCM, Espaço da Beleza, Cine Pipoca e a Exposição Culinária e Arte, na qual os servidores irão expor suas habilidades e comercializar seus produtos.

Também acontecerá a exposição "Conheça Mais", com fotos e entrevistas concedidas por servidores, abordando aspectos pessoais de suas vidas e relatos de suas experiências no serviço público. E no Dia do Servidor Público, 28, acontecerá o almoço festivo no refeitório, com cardápio especial, música ao vivo e sorteio de brindes.

O evento foi idealizado pela Coordenação de Recursos Humanos, Grupo de Trabalho e Humanização (GTH) e pelo Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (SIASST), contando com todo o apoio da diretoria da unidade.

Fonte: Hospital Couto Maia/servidor

APÊNDICE D - PRÉ-PROJETO

GT equipe:

**ADRIANA DÁVILA DE OLIVEIRA
NORMA SUELY PEREIRA
MARIZE FRANCISCA DE SOUZA
REBECA DA SILVA RIBEIRO
RENATA BARBOSA VILAÇA MARQUES DE CARVALHO**

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DOS SERVIDORES EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DA SESAB EM SALVADOR – BA

Projeto apresentado ao CEP para a realização da pesquisa que integra o Projeto de Vigilância em Saúde do Trabalhador – Projeto de Vigilância de Ambientes, Processos e Atividades do Trabalho na SESAB, conduzida pelo setor de Nutrição do HCM em parceria com o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da SESAB – PAIST e o SIAST no Hospital Couto Maia.

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
1.1 PROBLEMA.....	5
1.2 HIPÓTESE	5
1.3 JUSTIFICATIVA.....	6
1.4 OBJETIVOS	6
1.4.1 Objetivo Geral	6
1.4.2 Objetivos Específicos	6
2 MATERIAIS E MÉTODOS	7
2.1 Desenho do Estudo	7
2.2 Caracterização e Obtenção da Amostra	7
2.3 Local e Período do Estudo	7
2.4 Critérios de Exclusão	7
2.5 Variáveis, Coleta de Dados e Instrumentos	7
2.6 Questões Éticas	8
2.7 Análises Estatísticas.....	9
3 CRONOGRAMA	9
REFERÊNCIAS.....	
APÊNDICE A – Carta-convite.....	10
APÊNDICE B – Questionário.....	11
APÊNDICE C – TCLE	13
APÊNDICE D – Carta de Anuência do HCM.....	15

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde do trabalhador surge no mundo ocidental após a revolução industrial inglesa no século XVIII, se expandindo para outros países como Itália e França, na medida em que surgiam as fábricas e a classe operária. No Brasil, esta preocupação chega paralelamente ao surgimento da industrialização nacional, no governo de Getúlio Vargas no sul do país. A motivação que leva à preocupação com a saúde do trabalhador tem uma lógica contrária àquela originariamente perseguida pela medicina do trabalho e pela saúde ocupacional que tem suas bases na defesa dos interesses do capital, na mera reposição de mão de obra e diminuição dos prejuízos ao capitalismo. Seu fortalecimento se dá após um longo percurso, que vai do reconhecimento da relação trabalho-saúde até a constituição da Saúde do Trabalhador como objeto de políticas públicas e a sua institucionalização como um campo da Saúde Pública. Esta construção é oriunda de uma história de muitas lutas e conquistas, tendo os trabalhadores como os seus principais protagonistas (NOBRE; PENA; BATISTA, 2011).

A Saúde do Trabalhador foi incorporada, na Constituição de 1988, ao SUS a partir do movimento da Reforma Sanitária (NOBRE; PENA; BAPTISTA, 2011). Contudo, somente em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) foi publicada através da Portaria Federal GM/MS 1.823 de 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012a). A partir desse mesmo ano, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia- SESAB, a fim de consolidar o campo de Atenção e Vigilância em Saúde do Trabalhador, implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST), através da Portaria nº 1.761 de 21 de dezembro de 2012. (BRASIL, 2012b).

O PAIST representa um marco para a consolidação das ações em Saúde do Trabalhador institucionalmente, contribuindo para o fortalecimento da PNST no SUS (NOBRE; PENA; BAPTISTA, 2011). Dessa forma, a abordagem de ações voltadas para a saúde do trabalhador, permite conhecer a prevalência dos principais agravos em trabalhadores da SESAB, estabelecendo um nexos causal para subsidiar as estratégias de prevenção e controle, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida e qualidade da prestação de serviços ao usuário do SUS (BAHIA, 2014a).

No Brasil, dentre os principais problemas que acometem a saúde dos trabalhadores estão, as doenças crônicas não transmissíveis, que têm como problema de base os agravos nutricionais. Dentre estes, a obesidade é o mais importante, fato que se observa também na grande maioria dos países desenvolvidos do mundo ocidental, pois que leva a um aumento na prevalência do diabetes tipo 2 e é fator de risco para doenças cardiovasculares e insuficiência

renal, entre outras condições (SBEM, 2014).

Estudos recentes e dados estatísticos apontam modificações no perfil nutricional da população no mundo, uma transição nutricional que consiste na redução dos índices de desnutrição e aumentos na prevalência de obesidade. Evidencia-se um aumento na prevalência de obesidade principalmente na região Nordeste do Brasil, tanto em homens quanto em mulheres (SBEM, 2014). Além disso, o excesso de peso é um dos problemas que mais contribuem para o aumento dos afastamentos de trabalhadores em função dos seus desfechos a sua saúde (BAHIA, 2014b). De acordo com dados da Junta Médica Oficial do Estado da Bahia, no período de julho de 2009 a julho de 2010, identificou-se que as causas que mais afastam os trabalhadores da SESAB têm a sua etiologia de base agravada pela condição do sobrepeso e da obesidade, além dos agravos psíquicos e ergonômicos (BAHIA, 2014b).

Assim como o sobrepeso e a obesidade, a Síndrome Metabólica é uma condição que potencializa os piores desfechos clínicos para as doenças crônicas não transmissíveis entre trabalhadores por ser um transtorno complexo, caracterizado por um conjunto de distúrbios como a obesidade, a resistência à insulina, as dislipidemias e a hipertensão (MAHAN, 2012). Dessa forma, o excesso de peso e suas comorbidades exercem influência negativa direta sobre a capacidade de trabalho do indivíduo afetando a sua qualidade de vida. Além disso, o tipo de atividade laboral, a alimentação oferecida no trabalho ou o tipo e a disponibilidade de alimentos, o estilo de vida sedentário e outras condições e subjetividades também podem ter impacto sobre a saúde do trabalhador, podendo contribuir para o agravamento da obesidade (SIMON et al, 2014).

Portanto, o trabalhador deve ser plenamente assistido no seu ambiente de trabalho, já que nele permanece a maior parte do seu tempo, realizando muitas vezes aí as suas principais refeições.

1.1 PROBLEMA

Qual a relação do perfil nutricional com agravos à saúde dos servidores de um hospital público de Salvador-BA?

1.2 HIPÓTESE

Supõe-se que através do perfil nutricional dos trabalhadores seja possível observar fatores

associados à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis que representam uma das principais causas de afastamento desses trabalhadores.

1.3 JUSTIFICATIVA

No âmbito mundial, existe o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas a modificações no estilo de vida como o sedentarismo, alimentação inadequada e mudanças na composição demográfica devido ao envelhecimento populacional. Esses fatores têm contribuído para o aumento dos afastamentos por incapacidade, elevando os gastos em saúde e piorando o funcionamento da máquina pública devido à redução da capacidade laboral. As consequências são negativas para a sociedade, uma vez que onera o orçamento público e diminui a verba destinada ao atendimento primário e de prevenção. Assim, a realização de um diagnóstico de saúde em coletividades pode subsidiar a elaboração de políticas públicas e ações de promoção e prevenção à saúde.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Conhecer o estado nutricional dos servidores de um hospital público de Salvador-BA, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SESAB).

1.4.2 Objetivos específicos

- Realizar análise da situação de saúde dos servidores através da avaliação do perfil nutricional;
- Identificar as necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores;
- Avaliar a contribuição da dieta frequentemente consumida para o estado nutricional e de saúde do servidor;
- Proteger a saúde dos trabalhadores, mediante medidas apropriadas de controle e monitoramento dos agravos nutricionais;
- Prevenir problemas de saúde de relevância epidemiológica, bem como agravos

relacionados ao trabalho;

- Promover subsídios para a elaboração de políticas públicas e ações de promoção e prevenção à saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal que integra o Projeto de Vigilância e Atenção Nutricional dos Trabalhadores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB/Programa de Atenção integral à Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores da SESAB.

2.2 Caracterização e Obtenção da Amostra

A amostra aleatória estratificada será composta por servidores, de 18 a 65 anos de idade, de ambos os sexos, de um hospital da rede pública em Salvador-BA, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) que aceitarem participar da pesquisa de forma voluntária, os quais devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C).

A amostra será selecionada de forma estratificada por setor. Estimou-se um tamanho amostral total de 100 indivíduos para um intervalo de confiança de 95% com margem de erro de 5% e precisão desejada de 50%.

2.3 Local e Período do Estudo

A coleta dos dados será realizada no ambulatório de Nutrição da unidade hospitalar na qual os servidores estão lotados, no período de Janeiro de 2014 a Março de 2015, por Nutricionistas e por estagiárias de Nutrição previamente treinadas.

2.4 Critérios de Exclusão

Serão excluídos do estudo servidores que estiverem em uso de marca-passo, as gestantes, servidores inativos no período da coleta de dados e aqueles que não concluírem todas as etapas da coleta de dados.

2.5 Variáveis, coleta de dados e instrumentos.

O estado nutricional e de saúde atual dos servidores será analisado por meio da avaliação nutricional (dados antropométricos, bioimpedância, bioquímicos, clínicos e dietéticos). No estudo, o estado nutricional e de saúde constituem-se nas variáveis

dependentes. A dieta frequentemente consumida será considerada a variável independente.

Considerando que o estado nutricional está associado a múltiplos fatores, o estudo selecionará as seguintes covariáveis: a) biológicas (sexo, idade, história médica e familiar de DCNT); b) condições socioeconômicas (escolaridade e renda); c) estilo de vida (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade física) e d) número de refeições realizadas no hospital.

Para obtenção dos dados será aplicado um questionário (APÊNDICE B), por Nutricionistas e por estagiárias do curso de Nutrição. Cada questionário receberá um número para identificação futura do participante e contemplará informações sobre dados biológicos (sexo, idade, história médica e familiar de DCNT); condições socioeconômicas (escolaridade e renda); estilo de vida (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade física) e número de refeições realizadas no hospital nos dias de trabalho.

A avaliação da composição corporal será realizada por balança de bioimpedância com equipamento digital da marca Camry, modelo EF972, com capacidade de até 150kg; Todos os pacientes receberão orientações referentes ao preparo para a realização do exame e serão seguidas as orientações propostas por Kyle et al. (2004) para realização do teste. Inicialmente será aferido peso corporal (em kg), utilizando roupas leves e sem sapatos, e a medida de estatura (em centímetros), utilizando-se uma balança com estadiômetro acoplado com escala de 0,5 cm e resolução de 100g. Serão fornecidas pelo aparelho as seguintes medidas antropométricas: peso em quilos, percentual de gordura corporal, percentual de hidratação corporal, percentual de massa magra e massa óssea, com o gasto energético total estimado pelo equipamento. Para a classificação do estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) serão estabelecidos pontos de corte diferenciados para adultos (OMS, 1997) e idosos (LIPSCHITZ, 1994). Além disso, será aferida a circunferência abdominal utilizando uma fita métrica inelástica, seguindo a classificação da NIH (2002); e solicitado à realização de exames bioquímicos após jejum de 12 horas (Hemograma completo, glicemia, colesterol total com as frações HDL, VLDL, LDL e triglicerídeos) e aferição da pressão arterial (PA) que serão realizados no ambulatório da própria unidade hospitalar.

Para avaliar o consumo alimentar habitual dos servidores no âmbito profissional e familiar será aplicado o inquérito de frequência alimentar. Esse procedimento possibilita o cálculo da quota energética frequentemente consumida para posterior comparação com as necessidades energéticas médias recomendadas para a coletividade em estudo.

2.6 Questões Éticas

O projeto será previamente enviado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

APÊNDICE A - Carta-convite aos servidores do Hospital Couto Maia/SESAB para participarem da pesquisa relativa ao Projeto de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com o objetivo de investigar o perfil nutricional dos participantes.

**SESAB/ HOSPITAL COUTO MAIA
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR- PAIST
PROJETO DE VIGILÂNCIA EM AMBIENTES, PROCESSOS E ATIVIDADES DO
TRABALHO NA SESAB**

COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO

Prezado (a) Trabalhador (a)

Venho, por meio desta, informá-lo (a) sobre a realização de uma pesquisa que está sendo conduzida pela Coordenação de Nutrição do Hospital Couto Maia (HCM) em parceria com o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da SESAB – PAIST e o SIAST no HCM. Esta pesquisa integra o Projeto de Vigilância em Saúde do Trabalhador – Projeto de Vigilância de Ambientes, Processos e Atividades do Trabalho na SESAB. Trata-se de um estudo com trabalhadores da SESAB e tem por objetivo investigar o seu perfil nutricional. Este estudo será realizado com uma amostra de trabalhadores da SESAB lotados no Hospital Couto Maia. A escolha dos participantes foi feita por meio de seleção estratificada, sendo que o (a) senhor (a) foi uma das pessoas selecionadas para esse estudo. A sua participação é livre, mas de fundamental importância para êxito da pesquisa, pois através do estudo será possível identificar e prevenir o que pode levar ao adoecimento e com repercussões sobre os serviços prestados à população.

Antes da coleta dos dados o (a) senhor (a) deverá dar o seu consentimento para a realização da mesma. Caso concorde em participar, solicitamos que o senhor (a) assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que também será assinado pelo entrevistador, conforme determinação da Resolução CONEP nº 466/2012 que dispõe sobre os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos. Uma cópia do documento ficará com cada participante contendo informações sobre a pesquisa e telefones para contato da equipe da pesquisa, caso necessite de outras informações.

Em breve o (a) senhor (a) será procurado (a) em seu setor de trabalho pelo entrevistador (a) para fazer o agendamento para a coleta de dados que consiste na aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas, tomada de medidas antropométricas (circunferência de cintura, estatura e peso), bioimpedância, solicitação de exames bioquímicos (Hemograma completo, colesterol total e frações, glicemia) e inquérito alimentar. A entrevista tem previsão de durar 30 minutos e as perguntas dizem respeito às características sócio-demográficas como função, gênero, faixa etária, grau de escolaridade, renda familiar, prática de atividade física, de etilismo, de tabagismo e história pessoal e familiar de doenças crônicas não transmissíveis do servidor da SESAB.

A pesquisa é sigilosa e confidencial, sendo as informações utilizadas apenas para fins científicos e como subsídio para a formulação de políticas, realização de ações e programas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador da SESAB. Finalmente, ressalta-se o nosso compromisso com o trabalho que será realizado no sentido de apresentar os resultados da pesquisa assim que investigação estiver concluída.

Desde já agradecemos pela sua adesão e confiança.

Coordenação de Nutrição

APÊNDICE B ~Questionário

Questionário

Ficha de Anamnese - Comensais Hospital Couto Maia N°: _____

Iniciais: _____ Função/Setor: _____

Sexo: 1 Fem. () 2 Masc. ()

Faixa etária: 18 a 30 anos () 31 a 43 anos () 44 a 56 anos () Acima de 56 anos ()

Escolaridade: () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo ()
superior incompleto () Superior completo

Renda Familiar: () 1a 2 SM () 3 a 4 SM () 5 ou mais SM

1. Qual (is) das refeições costuma fazer diariamente?

Desjejum () Colação () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Ceia ()

2. E qual (ais) a (s) refeição (ões) faz no HCM?

Desjejum () Almoço () Jantar () Ceia ()

3. Que tipo de preparação costuma consumir com maior frequência?

Cozida () Assada () Frita ()

4. Onde costuma fazer as refeições? Casa () Rua () Trabalho () Outro

5. Costuma retirar a gordura aderida dos alimentos? 1- Sim () 2- Não ()

6. Em média, quantos copos (200 ml) de água ingere por dia?

1-2 copos () 2- 5 copos () 5-10 copos () + de 10 copos ()

7. Pratica algum tipo de atividade física? Não () Sim (), Se sim, qual frequência
semanal? Diariamente () 2x /sem.() 3x /sem.() + de 4x /sem

8. É tabagista? Não () Sim (), Se sim, quanto?

1-5 cigarros/dia () 10 cigarros/dia () 1 maço/dia () + de 2 maços/dia

9. Ingere bebida alcoólica? Não () Sim (), Se sim, com qual frequência?

Diariamente () 1 a 3 x /sem.() 4 a 6 x /sem.() Raramente()

10. Com que frequência você realiza suas dejeções?

1 a 2x/dia () 3x ou mais /dia () 1x a cada 3 dias ou mais ()

11. Possui alguma dessas patologias?

Doença cardiovascular () Diabetes () Hipertensão () Hipercolesterolemia ()

Hipertrigliceridemia () Obesidade () Anemia () Outras _____

10. Possui antecedentes familiares em relação às patologias abaixo:

Doença cardiovascular () Diabetes () Hipertensão () Obesidade ()

Dados antropométricos

Peso _____ kg Alt. em cm: _____ Circ. do abdômen _____ cm IMC _____ kg/m²

Dados da Bioimpedância

%gordura: _____ %Hidratação: _____

%massa magra: _____ %osso: _____

GET: _____

Dados Clínicos

PA _____ mmHg Exames Laboratoriais: Ht _____% Hb _____ HCM _____ g/dl VCM _____ g/dL

Colesterol total _____ mg/dL HDL _____ mg/dL VLDL _____ mg/dL LDL _____ mg/dL

Triglicérides _____ mg/dL

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DOS SERVIDORES EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DA SESAB EM SALVADOR – BA, que tem como objetivo conhecer o estado nutricional dos servidores do Hospital Couto Maia para subsidiar a elaboração de políticas públicas e ações de promoção e prevenção à saúde. No âmbito mundial, existe o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em decorrência das mudanças na composição demográfica devido ao envelhecimento populacional e modificações no estilo de vida como o sedentarismo e alimentação inadequada. Esses fatores têm contribuído para o aumento dos afastamentos por incapacidade. A observação de tais mudanças no perfil dos trabalhadores foi a principal motivação para a pesquisa.

A coleta de dados se fará através da aplicação de um questionário, da coleta de sangue, aferição da pressão arterial (PA), de dados antropométricos, bioimpedância e da aplicação do inquérito alimentar. O questionário contemplará questões que dizem respeito às características sócio-demográficas, ocupacionais e sobre as condições de saúde do trabalhador da SESAB.

Para avaliar o estado nutricional serão tomadas algumas medidas antropométricas – peso, altura para determinação do Índice de Massa Corporal (IMC) e medida da circunferência abdominal de acordo com as técnicas padronizadas. Para isso, no dia agendado para a coleta de dados, o senhor (a) deverá usar roupas leves, estar descalço e sem nenhum adereço na cabeça para evitar alteração das medidas. Será também aplicado o inquérito de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar. Além disso, será realizada a bioimpedância obtendo-se o peso, massa de músculo esquelético, massa de gordura corporal, água corporal total, massa livre de gordura e percentual de gordura corporal; e serão também solicitados exames laboratoriais (Hemograma completo, colesterol total e frações, glicemia).

Essa pesquisa não lhe trará riscos ou desconfortos. Será garantido aos participantes o recebimento dos resultados de todos os exames realizados durante a pesquisa, sendo encaminhados aqueles servidores em que se detectar alguma alteração para acompanhamento e/ou tratamento, além de assistência nutricional prestada pelo ambulatório de Nutrição do Hospital Couto Maia. A sua participação é voluntária e para tanto o senhor (a) não receberá

nenhuma remuneração. O senhor (a) tem a liberdade de recusar a participação ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização pela sua decisão. As suas informações serão confidenciais, sendo de uso exclusivo da pesquisa. As pesquisadoras assumem a responsabilidade de garantir total sigilo sobre os dados fornecidos.

Eu, _____
declaro que estou devidamente informado sobre a pesquisa e concordo em participar como voluntário (a) deste estudo.

Salvador, ____/____/____

Trabalhador (a) participante

Pesquisador responsável

Caro (a) participante,

Em caso de dúvidas e outros esclarecimentos, entrar em contato com a equipe do projeto, na coordenação de Nutrição do HCM: Nutricionistas: Norma Suely Pereira; Adriana Dávila, pelo ramal: 239. Podem ainda ser consultadas as estagiárias Marize (nutricionista em estágio voluntário), Renata ou Rebeca (estagiárias da ESSP).

APÊNDICE D - Carta de Anuência do HCM/SESAB

**SESAB/ HOSPITAL COUTO MAIA
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR- PAIST
PROJETO DE VIGILÂNCIA EM AMBIENTES, PROCESSOS E ATIVIDADES DO
TRABALHO NA SESAB**

3 de dezembro de 2014

CARTA DE ANUÊNCIA

Prezada Diretora,

Venho, por meio desta, solicitar autorização para a realização de uma pesquisa que será conduzida pela Coordenação de Nutrição do Hospital Couto Maia (HCM) em parceria com o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da SESAB – PAIST e o SIAST no HCM. Trata-se de um estudo com servidores da SESAB e tem por objetivo investigar o seu perfil nutricional com finalidade de diagnóstico institucional, publicação científica e contribuição para futuras políticas de saúde pública. Este estudo será realizado com uma amostra de servidores da SESAB lotados no Hospital Couto Maia.

O projeto será submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa- CEP. E ressaltamos o nosso compromisso em apresentar os resultados da pesquisa na unidade assim que investigação estiver concluída.

Desse modo, uma vez que esteja de acordo, solicitamos que seja assinado o termo abaixo:

Atenciosamente,

Norma Suely da Silva Pereira

A Diretoria do Hospital Couto Maia – HCM, CNPJ nº1393712100/1032, de inscrição estadual, nº70745597 situado na **Rua Rio São Francisco s/nº - Mont Serrat**, no município de Salvador – Bahia, CEP **40425-060**, tel. fixo 3386-3084, dá ciência e autoriza a equipe de profissionais da Coordenação de Nutrição SESAB em parceria com o Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- PAIST a realizar a pesquisa sob o título **AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DOS SERVIDORES EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DA SESAB EM SALVADOR – BA**. A coleta de dados dar-se-á no período de janeiro a fevereiro de 2015.

Atenciosamente,

Diretora do H C Maia