

RBSO

REVISTA BRASILEIRA DE
SAÚDE
OCUPACIONAL

ISSN 0303-7657

ISSN (on-line) 2317-6369

RBSO

Vol.38 • nº 128
jul/dez 2013

Dossiê

**Atenção integral em Saúde do Trabalhador:
desafios e perspectivas de uma política pública - II**

***Integrated care in worker's health – challenges and
perspectives of a public policy - II***

Presidenta da República
Dilma Rousseff
Ministro do Trabalho e Emprego
Manoel Dias

FUNDACENTRO

Presidenta
Maria Amelia Gomes de Souza Reis

Diretor Executivo
Renato Ludwig de Souza

Diretora Técnica Substituta
Solange Regina Schaffer

Diretor de Administração e Finanças Substituto
Paulo Cesar Vaz Guimarães

MINISTÉRIO
DO TRABALHO E EMPREGO



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E RESCISÃO DO TRABALHO

www.fundacentro.gov.br

Editores Científicos

Eduardo Algranti – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
José Marçal Jackson Filho – Fundacentro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Editor Executivo

Eduardo Garcia Garcia – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil

Editores Associados

Andréa Maria Silveira – UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil
Carlos Machado de Freitas – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Claudia Carla Gronchi – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
Irlon de Ângelo da Cunha – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
José Prado Alves Filho – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
Marco Antonio Bussacos – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
Marcia Hespagnol Bernardo – PUC, Campinas-SP, Brasil
Mina Kato – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
Ricardo Luiz Lorenzi – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
Rita de Cássia Pereira Fernandes – UFBA – Salvador-BA, Brasil
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela – USP, São Paulo-SP, Brasil
Rogério Galvão da Silva – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
Rose Aylce Oliveira Leite – Museu Paraense Emílio Göeldi, Belém-PA, Brasil

Editores do Dossiê Temático

Danilo Costa – SRTE, São Paulo-SP, Brasil
Francisco Antonio de Castro Lacaz – Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
José Marçal Jackson Filho – Fundacentro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
Rodolfo Andrade Gouveia Vilela – USP, São Paulo-SP, Brasil

Conselho Editorial

Ada Ávila Assunção – UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil
Alain Garrigou – Université Bordeaux 1, Gradignan, França
Angelo Soares – Université du Québec, Montreal, Canadá
Carlos Minayo Gomez – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil
Ildelberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu-SP, Brasil
Leny Sato – USP, São Paulo-SP, Brasil
Mário César Ferreira – UnB, Brasília-DF, Brasil
Raquel Maria Rigotto – UFC, Fortaleza-CE, Brasil
Regina Heloisa M. de Oliveira Maciel – UECE/Unifor, Fortaleza-CE, Brasil
Renato Rocha Lieber – Unesp, Guaratinguetá-SP, Brasil
Selma Borghi Venco – Unicamp, Campinas-SP, Brasil
Vilma Sousa Santana – UFBA, Salvador-BA, Brasil
Victor Wünsch Filho – USP, São Paulo-SP, Brasil

Assessoria estatística

Andre Luis Santiago Maia – Fundacentro, Salvador-BA, Brasil
Marco Antonio Bussacos – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil
Ricardo Luiz Lorenzi – Fundacentro, São Paulo-SP, Brasil

Secretaria Executiva

Cristina do Amaral
Elena Riederer
Karla Machado
Vagner Souza Silva

Revisão de textos

Karina Penariol Sanches (português)
Elena Riederer (inglês)
Patricia Moura Dias (inglês)

Normalização bibliográfica

Alda Melânia César
Sérgio Cosmano
Vagner Souza Silva

Produção editorial

Gláucia Fernandes
Flávio Galvão
Gisele Almeida
Marcos Rogeri

Distribuição

Serviço de Documentação e Biblioteca da Fundacentro

Suporte em informática

Serviço de informática da Fundacentro

Digitalização da coleção da RBSO

Elisabeth Rossi

Indexação

- CAB Abstracts
- Directory of Open Access Journals – DOAJ
- Global Health
- International Occupational Safety and Health Information Centre / International Labor Organization – CIS/ILO
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs
- Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal – Redalyc
- Red Panamericana de Información en Salud Ambiental / Biblioteca Virtual en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental – Repidisca/BVSEDE
- Scientific Electronic Library Online – SciELO
- Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – Latindex

Copyright

Os direitos autorais dos artigos publicados na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional pertencem à Fundacentro e abrangem as publicações impressa, em formato eletrônico ou outra mídia. A reprodução total ou parcial dos artigos publicados é permitida mediante menção obrigatória da fonte e desde que não se destine a fins comerciais.

Política Editorial

A RBSO é o periódico científico da Fundacentro publicado desde 1973. Com frequência semestral, destina-se à difusão de artigos originais de pesquisas sobre Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) cujo conteúdo venha a contribuir para o entendimento e a melhoria das condições de trabalho, para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho e para subsidiar a discussão e a definição de políticas públicas relacionadas ao tema.

A RBSO publica artigos originais inéditos de relevância científica no campo da SST. Com caráter multidisciplinar, a revista cobre os vários aspectos da SST nos diversos setores econômicos do mundo do trabalho, formal e informal: relação saúde-trabalho; aspectos conceituais e análises de acidentes do trabalho; análise de riscos, gestão de riscos e sistemas de gestão em SST; epidemiologia, etiologia, nexos causais das doenças do trabalho; exposição a substâncias químicas e toxicologia; relação entre saúde dos trabalhadores e meio ambiente; educação e ensino em SST; comportamento no trabalho e suas dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais; saúde mental e trabalho; problemas musculoesqueléticos, distúrbios do comportamento e suas associações aos aspectos organizacionais e à reestruturação produtiva; estudo das profissões e das práticas profissionais em SST; organização dos serviços de saúde e segurança no trabalho nas empresas e no sistema público; regulamentação, legislação, inspeção do trabalho; aspectos sociais, organizacionais e políticos da saúde e segurança no trabalho, entre outros.

A revista visa, também, incrementar o debate técnico-científico entre pesquisadores, educadores, legisladores e profissionais do campo da SST. Nesse sentido, busca-se agregar conteúdos atuais e diversificados na composição de cada número publicado, trazendo também, sempre que oportuno, contribuições sistematizadas em temas específicos.

O título abreviado da revista é Rev. bras. Saúde ocup.

Informações sobre a revista, instruções aos autores e acesso eletrônico aos artigos em: www.fundacentro.gov.br/rbsoc • www.scielo.br/rbsoc

Sumário

- Editorial 173 **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional – 40 anos**
Ada Ávila Assunção
- 177 **A atuação do Estado e a saúde do trabalhador**
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Eduardo Garcia Garcia, Ildeberto Muniz de Almeida, José Marçal Jackson Filho
- Dossiê temático** **Atenção integral em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública - II**
- Debate **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública (continuação)**
- Debatedores 179 **Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras**
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
- 182 **Saúde do Trabalhador e Modelo de Desenvolvimento: aprofundando as origens e as contradições dos entraves**
Marcelo Firpo Porto
- 186 **A política do possível ou a política da utopia?**
Leticia Coelho da Costa Nobre
- 194 **O capitalismo contemporâneo e a saúde do trabalhador**
José Dari Krein
- Resposta dos autores 197 **Resposta dos autores**
José Marçal Jackson Filho, Francisco Antônio de Castro Lacaz, Danilo Costa, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- Artigos 199 **Os nós da rede para erradicação do trabalho infanto-juvenil na produção de joias e bijuterias em Limeira – SP**
Luis Eduardo Cobra Lacorte, Rodolfo Andrade Gouveia Vilela, Reginalice da Cera Silva, Anna Maria Chiesa, Elisa Sartori Tulio, Robson Ramalho Franco, Ecléa Spiridião Bravo
- 216 **Compassos e descompassos na trajetória do Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: 30 anos**
Andréa Maria Silveira, Elizabeth Costa Dias, Jandira Maciel da Silva, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
- 230 **Ações de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente: análise da atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas em postos de combustível**
Ana Paula Lopes dos Santos, Francisco Antonio de Castro Lacaz
- 243 **Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009**
Jorge Mesquita Huet Machado, Vilma Sousa Santana, Augusto Campos, Sílvia Ferrite, Maria Claudia Peres, Adriana Galdino, Renata Vasconcelos Neto, Roque Manoel Perusso da Veiga, Maria Cláudia Lisboa, Ana Paula Lopes dos Santos
- 257 **Processo de implantação de um Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul**
Paula Lamb Quilião, Anacláudia Gastal Fassa, María Clara Restrepo

Sumário

Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas	268	Ensaio
Fátima Sueli Neto Ribeiro		
Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil	280	
Hélder Pordeus Muniz, Jussara Brito, Kátia Reis de Souza, Milton Athayde, Marianne Lacomblez		
Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios	292	Revisão
Thiago Santos de Souza, Liliam Silva das Virgens		
Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)	302	Relato de experiência
Jaquelina Maria Imbrizi, Isabel Lopes do Santos Keppler, Marcelo Soares Vilhanueva		
Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas	315	Resenha
Ricardo Luiz Lorenzi		
Carta ao Editor	318	Carta
Francisco Arsego de Oliveira		
	321	Errata

Contents

- Editorial 173 ***Revista Brasileira de Saúde Ocupacional – 40 years***
Ada Ávila Assunção
- 177 ***State action and worker's health***
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Eduardo Garcia Garcia, Ildeberto Muniz de Almeida, José Marçal Jackson Filho
- Dossier ***Integrated care in Worker's Health – challenges and perspectives of a public policy - II***
- Debate ***Worker's Health within the Brazilian Unified Health System: challenges for a public policy (continuance)***
- Discussants 179 ***Two policies, two surveillances, two faces***
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
- 182 ***Worker's health and development model: plunging into the origins and contradictions of the hindrances***
Marcelo Firpo Porto
- 186 ***The possible policy or the utopian policy?***
Leticia Coelho da Costa Nobre
- 194 ***Contemporary capitalism and worker's health***
José Dari Krein
- The authors' reply 197 ***The authors' reply***
José Marçal Jackson Filho, Francisco Antônio de Castro Lacaz, Danilo Costa, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- Articles 199 ***The knots of the child labor eradication network within the jewelry and costume jewelry production in Limeira, São Paulo, Brazil***
Luis Eduardo Cobra Lacorte, Rodolfo Andrade Gouveia Vilela, Reginalice da Cera Silva, Anna Maria Chiesa, Elisa Sartori Tulio, Robson Ramalho Franco, Ecléa Spiridião Bravo
- 216 ***Comings and goings in the 30-year trajectory of the Workers Health Special Service linked to the Minas Gerais Federal University Clinic Hospital***
Andréa Maria Silveira, Elizabeth Costa Dias, Jandira Maciel da Silva, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
- 230 ***Surveillance actions in worker's health and environment: analyses of the procedure carried out in gas stations by the Campinas Worker's Health Reference Center, Campinas, SP, Brazil***
Ana Paula Lopes dos Santos, Francisco Antonio de Castro Lacaz
- 243 ***Status of the Brazilian National Workers' Health Network, 2008-2009***
Jorge Mesquita Huet Machado, Vilma Sousa Santana, Augusto Campos, Sílvia Ferrite, Maria Claudia Peres, Adriana Galdino, Renata Vasconcelos Neto, Roque Manoel Perusso da Veiga, Maria Cláudia Lisboa, Ana Paula Lopes dos Santos
- 257 ***The process of implanting a Regional Worker's Health Reference Center in the state of Rio Grande do Sul, Brazil***
Paula Lamb Quilião, Anacláudia Gastal Fassa, Maria Clara Restrepo

Contents

<i>Worker's Health Surveillance - The temptation of making up answers for unaskable questions</i>	268	Essay
Fátima Sueli Neto Ribeiro		
<i>Ivar Oddone and his contribution to Worker's Health in Brazil</i>	280	
Hélder Pordeus Muniz, Jussara Brito, Kátia Reis de Souza, Milton Athayde, Marianne Lacomblez		
<i>Workers' health in primary health care: interfaces and challenges</i>	292	Review
Thiago Santos de Souza, Liliam Silva das Virgens		
<i>The newcomers group (Grupo dos Novos): trainees' experience welcoming workers at a Worker's Health Reference Center (Cerest)</i>	302	Report on experience
Jaquelina Maria Imbrizi, Isabel Lopes do Santos Keppler, Marcelo Soares Vilhanueva		
<i>Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas</i>	315	Book review
Ricardo Luiz Lorenzi		
<i>Letter to the Editor</i>	318	Letter
Francisco Arsego de Oliveira		
	321	Errata

Ada Ávila Assunção^{1,2}

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional – 40 anos

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional – 40 years

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Pesquisadora Nível 1 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Consultora do Ministério da Saúde no tema relacionado aos trabalhadores da saúde. Membro do Conselho Editorial da RBSO.

Contato:

Ada Ávila Assunção

E-mail:

adavila@medicina.ufmg.br

A *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* alcançou estabilidade no último período, firmando o seu objetivo de disseminar a produção de conhecimentos sobre saúde e segurança no trabalho. Construindo um novo ponto de vista no referido campo de conhecimento, o Conselho Editorial tem destacado em suas publicações as obras de autores que visam a identificar e a entender as relações entre saúde e trabalho, interessando também a elaboração e a avaliação das políticas de saúde do trabalhador em determinado momento e em diferentes instâncias da ação social.

A fim de evitar a estrutura arcaica adotada em alguns estilos editoriais de encadear artigos, buscou-se construir, pelo menos ao que se vê no *Editorial* do número 105-106, um modo de conceituação capaz de criar uma identidade da RBSO (EDITORIAL, 2003a). No número subsequente (107-108), o *Editorial* é claro quanto à feição científica da revista, como se vê na justificativa para a ampliação do Conselho Editorial: agregar qualidade à publicação, alargar o espectro temático, reforçar o perfil multidisciplinar que seria “fundamental para a abordagem científica” (EDITORIAL, 2003b, p. 5). Em 2005, o *Editorial* do número 111 desenvolve a ideia já acenada nas edições anteriores ao explicitar o objetivo de “difundir novas representações e dimensões sobre os conceitos e fenômenos que os expliquem melhor e que permitam ações preventivas efetivas” (JACKSON FILHO; BARREIROS, 2005, p. 3). Mudanças contundentes foram planejadas para embasar a qualificação da RBSO na Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

Em seus 40 anos, a RBSO retratou o contexto político e econômico em que se dão os processos de trabalho e suas relações com a saúde. Depois de um período perpassado tanto por interrupção, quanto por irregularidade da publicação (**Figura 1**), a revista, em 2003, retomou suas edições com o seguinte *Editorial* (2003a, p. 5): “Este primeiro ano do novo governo brasileiro representou para a Fundacentro um ano de recuperação institucional”. Destacando a questão do meio ambiente, aquele *Editorial* continua: “[...] o desenvolvimento sócio-econômico também requer processos sustentáveis de trabalho [...]” (EDITORIAL, 2003a, p. 5).

Como tudo começou? A RBSO foi lançada em 1973, dois anos antes do governo instituir uma política de prevenção dos acidentes que tinham “manchado” o início daquela década. Quatro anos depois é aprovada a Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 (BRASIL, 1977), sobre segurança, higiene e medicina do trabalho. Em 1979, ocorreram as primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), as quais fundamentaram a mobilização sindical relativa ao tema nos anos seguintes.

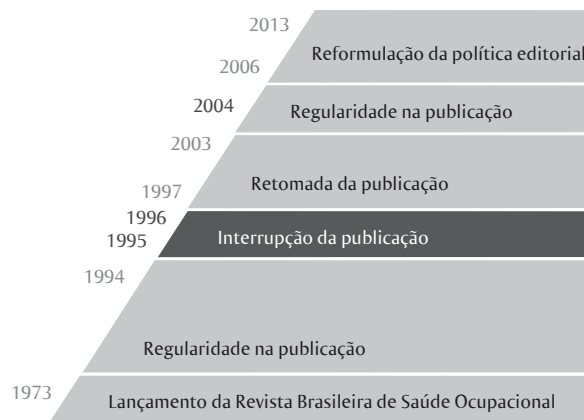


Figura 1 Linha do tempo da *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*

O *Editorial* do primeiro número da revista, elaborado por Gilson Luiz Vianna, à época secretário do Ministério do Trabalho e Previdência Social, apresenta na primeira linha: “O Governo do Presidente Médici traçou a seguinte diretriz: a meta é o homem” (VIANNA, 1973, p. 5). O Presidente da Fundacentro, Jorge Duprat Figueiredo, escreve: “Uma revista que represente o Brasil, seu progresso e a qualidade do seu desenvolvimento, como voltado fundamentalmente para o homem, visando à implantação de um moderno sistema econômico e social, dentro de uma sociedade aberta e livre” (FIGUEIREDO, 1973, p. 7). Mais à frente, um artigo cita o Plano Nacional de Valorização do Trabalhador e a Portaria Ministerial de 1972, que regulamenta a matéria. Vale a pena ler! A segunda capa deste primeiro número exibe um desenho do “trabalhador da cabeça aos pés”: capacetes, máscaras, respiradores, protetores auriculares, óculos, aventais, luvas, mangas, calçados, porta eletrodos, filtros de luz, lentes e vidros... No final da mesma página, consta o endereço da empresa fabricante dos referidos equipamentos de proteção individual.

Durante os anos de 1995 e 1996, a RBSO não apareceu. Curioso! Segundo escreve Hobsbawn, o século XX foi breve: começou em 1914 com a primeira guerra e terminou em 1991 com o fim da era soviética. Para o historiador, “o mundo perdeu suas referências e resvalou para a instabilidade e a crise” no terceiro quartil do breve século (HOBSBAWN, 1994, p. 393).

O período difícil da RBSO ocorre na última parte do século XX, aquela caracterizada por decomposição, incerteza e crise. Com a nova desigualdade global, “o mais barato ser humano é mais caro que uma máquina capaz de fazer o trabalho” (HOBSBAWN, 1994, p. 403). Os acontecimentos no final do breve século XX teriam trazido “perplexidade” e “impotência”, tal como citam Minayo-Gomez e Lacaz (2005), para aqueles que estudavam e atuavam na área? É certa a crítica dos autores no que se refere aos limites do modelo tradicional da saúde do trabalhador. Tal modelo desenvolvido para a abordagem da fábrica taylorista-fordista seria insuficiente para capturar “os efeitos mais nefastos do movimento mundial de reestruturação produtiva” (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 800). Ficou para trás, no breve século XX de Hobsbawn, abordar as relações saúde e trabalho como se fazia nos consultórios médicos das fábricas de Henry Ford?

A estabilidade da RBSO talvez tenha sido uma demonstração de que saímos do referido estado de perplexidade e impotência. Contudo, ainda enfrentamos desafios teórico-metodológicos e dilemas no âmbito da prática. As formas desorientadas e desagregadas da vida no século XXI estão articuladas às rápidas mudanças nas condições de trabalho, cujo caráter mudou profundamente. Apesar dos efeitos relacionados às inovações organizacionais e tecnológicas, desde 1980, a agenda sindical teve de adotar como tema central a manutenção do emprego em detrimento de ações específicas visando à proteção da saúde dos trabalhadores (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2012).

Quase metade da população ocupada nas regiões metropolitanas brasileiras encontra-se na informalidade (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2012). Quanto aos empregos formais, a maioria (78,4%), em 2010, concentrou-se no setor de serviços, o qual foi responsável, em 2012, por 68,5% do PIB brasileiro (BRASIL, 2013). Concomitantemente, o trabalho escravo ainda é realidade em várias regiões do país e as repercussões da escravidão remota ainda estão presentes no trabalho livre em um ou em outro ramo da produção. Quanto a ela, é Caio Prado Junior que esclarece sobre a força

das barreiras que separam as classes no Brasil quando caracteres somáticos, no caso, a cor, agregam uma discriminação na estrutura social (PRADO JUNIOR, 2011). Os cargos de direção e gerência nas empresas são, predominantemente, ocupados por não negros. Nesse plano, agrega-se um diferencial de gênero: as mulheres negras vivenciam mais dificuldade de se inserir no mercado de trabalho, ocupam postos vulneráveis, sendo menor o rendimento médio por hora se comparado ao do homem assalariado não negro (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2012).

Em que pese o crescente aumento da inserção feminina (independentemente de cor/raça) no mercado do trabalho, a taxa de desemprego das mulheres continua maior do que as dos homens. Em 2009, o trabalho doméstico foi o segundo setor de atividade que mais empregou mulheres nas regiões metropolitanas de Bahia, São Paulo e Distrito Federal. Continua menor a possibilidade de as mulheres ocuparem posições de mando superior quando comparada à situação dos homens (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2012).

Adicionando aos dados citados anteriormente aqueles fornecidos pela Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), torna-se claro o posicionamento da RBSO “em difundir novas representações e dimensões sobre os conceitos e fenômenos” (JACKSON FILHO; BARREIROS, 2005, p. 3). Segundo Veras et al. (2011), a RAIS informa que os desligamentos que se referem aos problemas de saúde do trabalhador (no caso, indicadores específicos como doenças profissionais) são quase nulos numericamente. A maior incidência de casos de afastamentos ocorre no grupo de doenças não relacionadas ao trabalho. Todavia, cresceu, entre 2006 e 2008, o número de trabalhadores expostos a agentes nocivos, o que dá direito à aposentadoria especial pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A licença maternidade é a segunda causa de afastamento de maior relevância numérica (VERAS; PINTO; SANTOS, 2011).

A Organização Internacional do Trabalho – OIT (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010) comemorou o Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho, em 28 de abril de 2010, enfatizando três grupos de problemas: as novas tecnologias e os novos processos de produção (nanotecnologias e biotecnologias); novas condições de trabalho (cargas de trabalho, intensificação das tarefas devido à restrição de efetivos, disparidades relacionadas à migração da força de trabalho, empregos em uma economia informal); formas emergentes de emprego (*home work*, contratos terceirizados, contratos temporários, banco de horas).

A OIT, à semelhança do exposto na linha do *Editorial* da RBSO (JACKSON FILHO; BARREIROS, 2005), assume a importância do aporte científico para compreender os novos e emergentes riscos profissionais cuja origem é atribuída às inovações técnicas e às mudanças sociais ou organizacionais (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010). A tarefa é complexa, pois exigiria, nos dizeres de Morin (2010), a religação de saberes.

A leitura daqui a 40 anos destas linhas provocará que tipo de crítica e indignação do Conselho Editorial da revista? Podemos pensar sobre isso. Mas a tradicional estratégia retrospectiva que os historiadores utilizam pode ser mais confortável do que antever o futuro. Vamos a ele!

Referências

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. *Panorama do Comércio Internacional de Serviços*. Dados Coletados de 2012. Brasília: Departamento de Políticas de Comércio e Serviços, 2013.

_____. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm>. Acesso em: 30 dez. 2013.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. *A situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000*. São Paulo: Dieese, 2012.

EDITORIAL. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 28, n. 107-108, p. 5, 2003a.

EDITORIAL. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 28, n. 105-106, p. 5, 2003b.

FIGUEIREDO, J. D. A informação como instrumento do progresso. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7, 1973.

HOBSBAWM, E. *A era dos extremos: o breve século XX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JACKSON FILHO, J. M.; BARREIROS, D. Editorial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 30, n. 111, p. 3, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

MORIN, E. Introdução às jornadas temáticas. In: _____. *A religião dos saberes*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p. 13-23.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança. Genebra, 2010.

PRADO JUNIOR, C. *Formação do Brasil contemporâneo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

VERAS, M. E. P.; PINTO, M. G. P.; SANTOS, A. R. M. Sistemas de informação do Ministério do Trabalho e Emprego relevantes para a área de saúde e segurança no trabalho – RAIS, CAGED, SFIT. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011.

VIANNA, G. L. A meta é o homem. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5, 1973.

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela¹
Eduardo Garcia Garcia²
Ildeberto Muniz de Almeida³
José Marçal Jackson Filho⁴

A atuação do Estado e a saúde do trabalhador

State action and worker's health

¹ Editor associado da RBSO. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

² Editor executivo da RBSO. Centro Técnico Nacional da Fundacentro. São Paulo, SP, Brasil.

³ Membro do Conselho Editorial da RBSO. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

⁴ Editor científico da RBSO. Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

O presente texto tem por finalidade restabelecer, reposicionar os leitores sobre possível equívoco de interpretação decorrente de trecho do nosso editorial publicado no último número (JACKSON FILHO et al., 2013), que trata da “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e do inaceitável conceito de ato inseguro.

No mencionado trecho, agora excluído para evitar mal-entendidos (errata neste número), ao apreciarmos a ação do Estado, apoiamos-nos na recente tese de doutorado de Filgueiras (2012). Retiradas do contexto do trabalho referido e da maneira como foram apresentadas, as afirmativas podem induzir a uma generalização inadequada sobre a ação do Estado nessa questão. Essa possibilidade nos incita a refletir sobre a natureza da atuação do Estado, suas contradições, fissuras e brechas que possibilitam atuação em defesa da saúde dos trabalhadores, mesmo que em oposição a outras políticas hegemônicas que possam predominar no interior da ação estatal.

No campo da Saúde do Trabalhador, essa reflexão nos remete à importância da atuação do Ministério Público do Trabalho (MPT) como um dos atores do aparelho de Estado na defesa da saúde e da integridade dos trabalhadores. Sempre que a inação ou a omissão do Estado propiciam correlações assimétricas de forças na sociedade, a intervenção do MPT no cumprimento de seu papel constitucional de instituição garantidora da defesa dos direitos coletivos e individuais tem sido fundamental, como mostram muitos eventos marcantes no nosso campo que podem ser destacados – citamos alguns que vivenciamos de perto:

- A atuação histórica do MPT em parceria com entidades de trabalhadores, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (Cerest-Campinas), auditores fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e pesquisadores, que resultou na maior indenização já vista em nosso país, imputada às empresas Shell e Basf, responsáveis pela contaminação ambiental e da saúde de um grande contingente de trabalhadores em Paulínia-SP;
- A atuação do MPT articulada ao grupo móvel do MTE, Cerest(s) e Agentes da Vigilância em Saúde, que resultou na eliminação da prática corrente de terceirizações, coibição de situação degradante de alojamentos e outras condições precárias de trabalho e moradia dos trabalhadores canavieiros no Estado de São Paulo (MINAYO-GOMEZ, 2012);

- O apoio político e institucional à atuação dos Cerest(s) para assegurar condição de independência e autonomia destes serviços municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), ou como parceria em iniciativas e projetos de intervenção nas questões de saúde e segurança;
- O apoio a iniciativas de pesquisa com o estabelecimento de cooperação técnico-científica como as firmadas entre o MPT, a Universidade de São Paulo (Faculdade de Saúde Pública) e a Universidade Federal de Minas Gerais, assegurando condições para o desenvolvimento de estudos e pesquisas de interesse mútuo.

Por atuações como estas é que, no penúltimo parágrafo do referido editorial (JACKSON FILHO et al., 2013, p. 8), destacamos a atuação do MPT, que caminha em direção oposta à conciliação e à precarização das condições de trabalho:

a atuação de grupo de agentes públicos e de pesquisadores, a ação crescente do Ministério Público do Trabalho e da Advocacia Geral da União (por meio das ações regressivas) mostram que possibilidades concretas de mudanças estão surgindo.

Nas manifestações de junho de 2013, foi visto nas mãos de um jovem na Avenida Paulista um cartaz que dizia: “um novo mundo é possível”... Por entendermos o Estado como espaço de disputas complexas de forças e de interesses, acreditamos que os agentes públicos precisam ampliar e fortalecer seu leque de alianças, suas redes e conexões, e abranger de modo mais amplo a sociedade civil. Isso pode ser viável se conseguirmos disputar na sociedade uma nova cultura, novos consensos, novas utopias. Um caminho difícil, mas inevitável para quem sempre esteve no olho do furacão.

Agradecimento

À Mara Takahashi, pela reflexão proposta.

Referências

FILGUEIRAS, V. A. *Estado e direito do trabalho no Brasil: regulação do emprego entre 1988 e 2008*. 2012. 471 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

JACKSON FILHO, J. M. et al. Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável

conceito de ato inseguro. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 6-8, 2013.

MINAYO-GOMEZ, C. Produção de conhecimento e intersetorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3361-3368, 2011.

Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública

Worker's Health within the Brazilian Unified Health System: challenges for a public policy
(continuação/continuance)

Artigo em debate:

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo*, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=pt&nrm=iso.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>.

Os textos a seguir dão seguimento ao debate iniciado em torno do artigo acima referenciado, publicado no primeiro número do dossiê temático *Atenção integral em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública*. No primeiro número, foram dois os debatedores e, neste, são mais quatro convidados, aos quais a RBSO agradece pelas expressivas contribuições.

Além dos manuscritos dos debatedores, este segundo número completa o dossiê com mais quatro artigos, dois ensaios, uma revisão, dois relatos de experiência e uma resenha, trazendo suas contribuições para a discussão deste tema fundamental para o campo da Saúde do Trabalhador.

Debatedor

Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras

Two policies, two surveillances, two faces

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos¹

O convite para debater o artigo de Danilo, Lacaz, Marçal e Rodolfo (COSTA; LACAZ; JACKSON FILHO; VILELA, 2013), a par de me honrar, deixou-me apreensivo pelos desafios contidos. Um deles, o fato de ainda prevalecer no campo da saúde do trabalhador (ST) a imensidade das perdas humanas e dos obstáculos políticos institucionais que exigem um alinhamento dos autores às expectativas otimistas. Os autores, além do respeito que merecem pelo que são, pensadores e formuladores de

boa parte do acervo acumulado no campo da ST, usam de forma magistral esse acúmulo, o que torna difícil crescer algo ao que propõem no texto. Outro desafio foi o convite estendido para que eu comentasse também os dois textos debatedores do número anterior, um deles do professor Minayo-Gómez (p. 21-25), com a credencial de ser um dos principais pensadores da ST, referência obrigatória no dimensionamento conceitual do campo, e o outro de Claudia Chiavegatto em parceria com Eduardo Algranti (p. 25-27), pesquisador histórico da área e das pneumoconioses. Em todos os textos vimos observações contundentes, instigantes e polêmicas. Lendo-os e relendo-os com atenção e interesse, direcionei minha análise para alguns dos pontos abordados. Considerando que os textos têm como objeto central os desafios para uma

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: elfadel@globo.com.

política pública de saúde do trabalhador no SUS, é preciso ressaltar que os formatos apresentados, com suas limitações físicas, não possibilitariam um maior aprofundamento, tal a complexidade do tema. O mesmo vale para esta minha reflexão. De qualquer modo, tentei caminhar por vertentes do que foi dito, mas merece ser enfatizado, inclusive para valorizar o que foi dito.

A partir do artigo principal (COSTA; LACAZ; JAKSON FILHO; VILELA, 2013), observamos uma análise atual, densa, pertinente e propositiva do que se deve ter em conta na construção de uma política de ST. Como recordatório, trago uma brevíssima síntese do que foi dito e debatido. Partindo da contextualização do modelo socioeconômico vigente no mundo globalizado, com todas as consequências para o mundo do trabalho, cuja essência se contradiz com o ideário da ST, para autores e debatedores essa política tem como desafios: ombrear indicadores nacionais com os internacionais; enfrentar os dados submersos no setor informal; olhar para o novo perfil de morbidade; operar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, incorporando trabalhadores como sujeitos de ação; situar a vigilância em ST no centro da política, inclusive nas políticas de desenvolvimento; enfrentar os problemas estruturais dos serviços de ST, seja na gestão, na instabilidade contratual dos profissionais, na sua formação ou na relação com o controle social; e, finalmente, enfrentar as dubiedades e as indefinições que colocam as ações de ST fora do eixo central das “funções essenciais do Estado provedor”. Dessas variáveis elegi, três aspectos a que denomino: (1) as duas políticas; (2) as duas vigilâncias; (3) as duas caras.

(1) As duas políticas:

Ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador², o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter NENHUMA política de Estado para a área. Quem tem duas não tem uma. Demonstra-se que se cria uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS. É nenhuma política de Estado porquanto fragmenta, titubeia, virtualiza, mostra um Estado partido e envergonhado de assumir uma direcionalidade una de suas estruturas. Como resposta contra-hegemônica a este “buraco” político do Estado, existe uma política de fato (mais propriamente um conjunto de ações de fato) no âmbito do SUS, mas compreensivelmente débil, frágil, pontual e pouco resolutiva, a despeito do esforço feito pela Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS e por uma parcela expressiva da Renast. É nela que se abriga “o povo da saúde

do trabalhador”, em que reside a resistência à realidade imposta pela conjuntura tão bem assinalada no artigo principal.

Enquanto diversas corporações e instituições se mantiverem reativas e não compreenderem que o SUS é o responsável pela condução das políticas de saúde pública no Brasil e que a saúde do trabalhador, no seu todo, é uma política de saúde pública, andaremos sem um marco referencial legal e legítimo de política de Estado estruturante para a área. Essas corporações e instituições reativas não se situam só no campo da previdência e do trabalho, como pode parecer. Estão inseridas no próprio setor saúde, especialmente nas suas instâncias de gestão, em muitos dos profissionais de saúde da rede como um todo, na Anvisa, no controle social e, fora do setor saúde, nos outros ministérios, nos Poderes Legislativo, Judiciário e, claro, nos setores empresariais.

Ter o SUS como o condutor da política não significa excluir outros setores do Estado quanto às suas responsabilidades em ST, ao contrário, significa trazer para o campo da saúde pública a conjugação de todas as instâncias em uma perspectiva sistêmica, como a própria ideia de Sistema Único de Saúde prevê. Prevê, mas não faz. Significa, ainda, introduzir a categoria trabalho na perspectiva sistêmica das políticas desenvolvimentistas, tendo a saúde como foco de dignificação e valorização da vida. Nessa perspectiva, tantas são as possibilidades de uma política de Estado aglutinadora das diversas questões: interlocução em uma esfera única do Estado que abranja a totalidade de seus aparelhos; conjugação de ações e otimização de recursos financeiros e humanos; dissolução de barreiras institucionais (tais como as informações previdenciárias e as ações de vigilância citadas no debate); planejamento de ações conjugadas de Estado; incorporação da área de saúde, trabalho e ambiente aos planos de desenvolvimento; viabilização do olhar do Estado sobre as cadeias produtivas que alcancem o trabalho informal, infantil e escravo; e, entre outras, utilização da capilaridade epidemiológica do setor saúde para que as ações cheguem a todo o território brasileiro.

Para isso, é bom lembrar que o SUS é mais do que o setor de saúde propriamente dito e deste vai além, enquanto sistema. Portanto, para um único problema, o da saúde do trabalhador, uma única política e uma única solução de planejamento de Estado para um enfrentamento de Estado.

² Política Nacional de Segurança e de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011) e Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012)

(2) as duas vigilâncias:

Existem duas vigilâncias em ST: a da intenção e a do gesto. A da intenção frequenta o discurso da Renast, os textos acadêmicos e muito da expectativa do “fazer alguma coisa”. Já a vigilância do gesto, valendo-me do que foi debatido, é aquela que depende de iniciativas pontuais, muitas vezes voluntaristas, de pessoas engajadas, comprometidas e abnegadas: o “povo da ST”. Mas essas iniciativas tendem a ser aleatórias, muitas vezes redundantes e dispersivas, interrompíveis, pouco resolutivas e muito pouco transformadoras. Por outro lado, aqui, na vigilância do gesto, reside a exceção à regra da ST, ou seja, é onde efetivamente se consegue “fazer alguma coisa”. Entendo que a vigilância da intenção depende da política de Estado, no caso NENHUMA, e a vigilância do gesto na política de fato (ou do fato), aquela que faz alguma coisa. Nossa luta, inclusive na produção acadêmica de conhecimentos, é por fazer valer as duas, mas a do gesto já está posta, resta implementá-la enquanto trincheira de resistência.

Falar sobre isso demandaria espaço e tempo, mas podemos pensar em alguns passos factíveis: 1º - urge uma capacitação maciça de agentes públicos de vigilância em todo o Brasil, com o engajamento de todos os Cerests da Renast a partir de um método pedagógico inclusivo dos agentes, com capacidade de ser reproduzido, aplicado e apropriado de forma rotineira no cotidiano dos serviços; e 2º - urge ir bem além de implicar a atenção básica como ponto de partida, como foi aventado no segundo texto debatido, mas sim a rede como um todo e as demais estruturas afins de Estado, em uma abordagem por complexidade da ação, situando os Cerests como polos produtores de conhecimentos para a transformação da ST, articulados especialmente com as instâncias de ensino e pesquisa, em cada nível local. Um projeto deste tipo foi iniciado visando à formação de multiplicadores de Visat até meados de 2014 e a formação maciça de agentes na rede SUS no biênio 2014-2015, especialmente nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Trata-se de mais uma tentativa de aprimorar a vigilância do gesto e encorpar a resistência que “faz alguma coisa”, enquanto lutamos por uma vigilância de ST como política de Estado.

(3) as duas caras:

O Estado brasileiro tem duas caras quando olha para a ST. Uma finge que enxerga. A outra é cega. Os sucessivos governos utilizam colírios que não lhes facultam a visão. Aqui, a luta é mais complexa, pois depende do enfrentamento, ora de alguns dogmas, ora de práticas enraizadas, ora de instituições conservadoras, isso para não falar do poder econômico e da lógica mercantil de condução das políticas públicas. Algumas delas: a não inserção da categoria trabalho como determinante social central da saúde pública; a cultura da insalubridade como um direito inquestionável; a desfocalização do trabalho na ideologia da sustentabilidade, em suas formulações teóricas e nas suas práticas; a cooptação da classe trabalhadora pela “lógica” internacional do tripartismo; a desvinculação política, institucional e simbólica da violência social com o trabalho; a exclusão da ST da agenda de prioridades da luta sindical; a representação legislativa maciça de aliados aos setores empresariais conservadores, como o do agronegócio, por exemplo; a visão jurídica distorcida da ST no SUS e sua missão de vigilância da saúde; a formação dos distintos profissionais que atuam nas relações saúde-trabalho voltados para um mercado em que defender a saúde é desprezado e mesmo um contrassenso à sua lógica; a inexistência de uma pedagogia de inclusão do trabalho como símbolo positivo no imaginário infantil; uma “ética” do mercado sobrepujante a uma ética da vida no trabalho. Cada uma dessas variáveis mereceria uma discussão que ainda está por ser aprofundada na produção de conhecimentos do campo. Esses são alguns dos desafios de um debate sobre a verdadeira face do Estado brasileiro nesta questão.

Enfim, a iniciativa da RBSO de provocar essas questões e trazê-las ao debate acadêmico, além de louvável e oportuna, é instigante e nos deixa a boa sensação de insuficiência. Fica a sugestão para que a revista mantenha um espaço permanente para o tema dos desafios da política de saúde do trabalhador no Brasil.

Referências

BRASIL. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 08 de novembro de 2011. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>

ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso em: 5 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário*

Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 5 dez. 2013.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JAKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, 11-30, 2013.

Recebido: 26/08/2013

Aprovado: 17/09/2013

Debatedor

Saúde do Trabalhador e Modelo de Desenvolvimento: aprofundando as origens e as contradições dos entraves

Worker's health and development model: plunging into the origins and contradictions of the hindrances

Marcelo Firpo Porto¹

O convite para debater o artigo *Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública* (COSTA; LACAZ; JAKSON FILHO; VILELA, 2013) suscitou, inicialmente, uma dúvida: teria eu condições de discutir questões atuais de saúde do trabalhador, uma vez que há vários anos venho priorizando minha área de atuação no campo da saúde e ambiente, em especial em torno da ecologia política e dos movimentos por justiça ambiental? Porém, considero ser esta uma oportunidade de diálogo para com o campo que atuei desde 1985, incluindo parcerias importantes com companheiros como Francisco Lacaz e Danilo Costa. Dessa forma, pretendo contribuir, dentro das limitações desse espaço, com um diálogo que, a partir dos referenciais e das experiências sobre a relação entre saúde, produção, ambiente e desenvolvimento, possa ampliar e estabelecer novas possibilidades de compreensão dos desafios atuais da saúde do trabalhador, que, como veremos, são também da própria Saúde Coletiva.

Pretendo, neste comentário, aprofundar o entendimento acerca das dificuldades apontadas ao longo do artigo para a implementação das políticas públicas em saúde do trabalhador, em que pesem os avanços decorrentes da publicação da Política Nacional de Segurança e de Saúde do Trabalhador pelo Ministério do Trabalho e Emprego, em 2011 (BRASIL, 2011) e principalmente da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora pelo Ministério da Saúde, em 2012 (BRASIL, 2012).

Na visão dos autores, das quais em linhas gerais compartilho, as contradições residem no contexto de crescimento econômico brasileiro e seus determinantes macroestruturais, que vem ocorrendo em detrimento das políticas sociais, segundo argumento recorrente, por meio da continuidade de políticas neoliberais que impedem avanços em diversas políticas sociais. Contudo, é necessário aprofundar e atualizar o que isso significa no quadro econômico e político que vem sendo tecido, em especial desde a virada do século com a chegada ao poder do Partido dos Trabalhadores através da eleição do presidente Lula.

A tese que defendo é de que, de certa forma, o campo da Saúde do Trabalhador encontra-se no limite possível dos avanços políticos e conceituais historicamente já construídos dentro do atual modelo de desenvolvimento seguido pelo país em sua inserção econômica e geopolítica no comércio global. Avanços pontuais, ainda que importantes, poderão ocorrer na medida em que atendam ou não firam interesses estruturais ou conjunturais que conformam o modelo hegemônico. Por exemplo, ações de enfrentamento do trabalho escravo, questões de gênero, redução da informalidade, melhorias pontuais em regiões e atividades econômicas nas quais riscos e problemas de saúde tenham implicações políticas e econômicas relevantes, sendo enfrentados pelo SUS, Cerests minimamente organizados, com o apoio técnico-científico da academia e apoio político de movimentos de trabalhadores. Ou, ainda, quando conjunturas políticas favoráveis propiciem políticas mais ousadas em defesa dos trabalhadores, fato cada vez mais raro diante das coalizões políticas que limitam ações progressistas dos partidos de esquerda no poder. Aliás, avanços da Reforma Sanitária e do SUS como um todo sempre caminharam quando contaram com o apoio de forças progressistas (PAIM, 2008). Tais avanços, contudo, continuarão na atualidade a esbarrar na falta de apoio político e institucional em âmbitos federal, estadual e municipal sempre que ameaçarem os principais pilares das políticas de

¹ Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marcelo.firpo@ensp.fiocruz.br.

crescimento econômico. Nesse sentido, uma política integral e intersetorial de saúde do trabalhador está longe de ser uma prioridade do modelo.

Todavia, em que consiste este modelo hegemônico de crescimento típico do conjunto da América Latina, ainda que com distintos matizes de natureza econômica e ideológica, esta no sentido de uma maior ou menor ousadia redistributiva via políticas sociais como seguridade social, saúde e educação? A visão a seguir sintetiza, de forma bem pessoal, aprendizados provenientes da ecologia política (PORTO; MARTINEZ-ALIER, 2008), da vertente ecomarxista (O'CONNOR, 2001), assim como da Medicina Social (BREILH, 2008) e da Saúde Coletiva (RIGOTTO, 2011).

De forma bem sintética, o modelo de desenvolvimento econômico, também denominado extrativista e de pilhagem, está fortemente baseado na inserção no comércio internacional global via exportação de *commodities* agrícolas (grãos, carne, celulose...) e metálicas (ferro, ouro, prata, mas também metais brutos processados, como aço e alumínio, no caso brasileiro), além do petróleo. Tal concepção obsessiva de crescimento econômico, aliada ao aumento do consumo doméstico obtido pelo aumento da renda dos trabalhadores através de políticas redistributivas, incluindo políticas sociais focais como o bolsa família, tem propiciado um leque de alianças entre grupos nacionalistas, de esquerda e direita. Portanto, a inclusão social via inserção dos pobres na classe média é vista como estratégia para fortalecer o mercado doméstico, sendo tal discurso incorporado por diferentes setores políticos e econômicos, incluindo o setor financeiro e o agronegócio. A crise ambiental, quando reconhecida, é resolvida pelos instrumentos da ecoeficiência e da economia verde (PORTO; SCHÜTZ, 2012), visto que processos regulatórios que bloqueiam o crescimento econômico são considerados empecilhos ao progresso. Ecologistas fora desse esquema são vistos como fundamentalistas e inimigos da nação, como expresso na declaração do ex-presidente Lula: “o país não pode ficar a serviço de uma perereca...”.² Marcos legais ligados ao meio ambiente direta ou indiretamente (como o Código Florestal e o de Mineração) são revistos sob a pressão do agronegócio e de mineradoras, e o licenciamento ambiental é flexibilizado. Nesse contexto, indicadores econômicos e sociais positivos, lógicas de governabilidade e vitórias nas disputas eleitorais servem como justificativa pragmática e critérios de ação política e gestão pública.

Em recente trabalho (RODRIGUES, 2013), o Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas da UNB analisa vários indicadores que parecem justificar a hegemonia desse modelo nos últimos anos, principalmente na América do Sul. Algumas características gerais: (1) a urbanização e a ocupação crescem, e o desemprego e a informalidade tendem a cair, com exceção do México que expressa a crise do modelo Nafta³; (2) melhoria absoluta no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no conjunto da América Latina e dos BRICS⁴, sendo o destaque no Brasil para educação e saúde; (3) queda nos indicadores de pobreza e desigualdade de rendimentos, embora a desigualdade continue elevada face ao déficit histórico; (4) avanços educacionais indiscutíveis nas taxas de alfabetização, número médio de anos de estudo e frequência escolar; (5) queda nos diversos indicadores demográficos, como taxas de natalidade, mortalidade e fecundidade, implicando em baixo crescimento demográfico (faixa de 1% a 1,5% a.a.). Aumento nos indicadores como proporção de idosos e expectativa de vida ao nascer, com menor pressão na previdência (caso haja emprego) nas próximas duas a três décadas em função do aumento proporcional da População Economicamente Ativa (PEA); (6) na saúde, acelera-se a transição epidemiológica, com aumento das crônicas-degenerativas e causas externas. O gasto em saúde – público e privado – eleva-se no que diz respeito à proporção do Produto Interno Bruto (PIB) e também em termos *per capita*, com demanda crescente por ampliação do acesso e da qualidade.

Ainda com relação à saúde pública e levando em consideração as agendas recentes no Brasil, podemos apontar algumas características reforçadas pelo modelo hegemônico de desenvolvimento econômico, por exemplo: o mercado como instrumento de gestão e qualidade, com o “choque de gestão” para o SUS e o incremento da relação público-privado; saúde como motor do desenvolvimento, por exemplo, através do complexo industrial da saúde; com relação ao SUS, a preocupação central – legítima – é ampliar o acesso à rede assistencial e a procedimentos de saúde. O problema é que isso se realiza dentro de um reducionismo despolitizador da própria reforma sanitária, com políticas restritas de vigilância em saúde, ou ainda de uma promoção concebida no plano individual da qualidade de vida, abrindo-se mão de uma concepção ampla de vigilância da saúde e políticas intersetoriais. Pesquisas induzidas em

² Nota do editor: exemplo de divulgação do episódio pela imprensa: MERGEN, G. Lula diz que país não pode ficar a serviço de uma perereca. Portal Terra, 29 jul. 2010. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/lula-diz-que-pais-nao-pode-ficar-a-servico-de-uma-perereca.da3c63fc8940b310VgnCLD200000bbccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

³ North American Free Trade Agreement (Tratado Norte-Americano de Livre Comércio).

⁴ Acrônimo para definir a associação das 5 maiores economias emergentes: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

saúde do trabalhador e ambiental reproduzem esse reducionismo ao se concentrarem em agravos específicos, situações de risco e medidas mitigadoras/compensatórias, havendo uma enorme lacuna justamente no tema das políticas públicas intersetoriais e abrangentes em saúde do trabalhador.

É importante ressaltar que não apenas o Brasil, mas sim o conjunto da América do Sul tem tido um crescimento consistente do PIB e do superávit fiscal desde o ano 2000, basicamente graças ao que os economistas denominam “Efeito China”, com a elevação da demanda por *commodities* envolvendo minerais, alimentos e energia e que sustentou a região mesmo na crise financeira de 2008. A China também é responsável pela queda do preço mundial de vários produtos industrializados, favorecendo a ampliação mundial do consumo de massa. Nesse quadro, uma nova conformação geopolítica parece estar se constituindo, ainda não muito clara, em que países com governos mais à esquerda da América Latina assumem a transformação social pela inserção nas regras do jogo do comércio internacional, trabalhando “por dentro”.

Nesse momento, estão sendo formadas alianças estratégicas envolvendo interesses dos países emergentes, dos BRICS, dos antiamericanos, dentre outros, com uma estranha mescla de ideologias neoliberal, nacionalista e produtivista que pensa na virada do jogo ideológico pelo aumento do poderio geopolítico desses países. As alianças nacionais e internacionais formaram blocos políticos inimagináveis até algum tempo atrás: partidos de esquerda no poder junto com inúmeros outros partidos; economistas do Banco Mundial e dos Bancos Centrais de ideologia neoliberal; empresários, preferencialmente nacionais, mas não exclusivamente; setores econômicos como o agronegócio, a mineração, a infraestrutura e as indústrias específicas; e setores militares nacionalistas, como no Brasil na defesa de programas como o submarino nuclear. No Equador, por exemplo, ambientalistas foram presos há algum tempo por protestarem em frente da embaixada da China, e este mesmo país possui cooperação com a Rússia para iniciar a mineração de urânio com a promessa de transferência de tecnologia futuramente para reatores nucleares. Naturalmente isso é um poço de contradições que tendem a se aflorar, embora com certo afinamento discursivo de vários líderes políticos de Brasil, Argentina, Equador, Venezuela e Bolívia, dentre outros. Por exemplo, atacam os “fundamentalistas” indígenas, ambientalistas e ONGs como antiprogresso ou frutos de manipulações de interesses do centro imperialista.

Outra questão complexa e central para entendermos a expansão desse quadro no Brasil, e que o artigo apenas enuncia, é a posição pouco crítica e de

adesão ao modelo de desenvolvimento presente em boa parte do movimento sindical. Algumas pistas são dadas no artigo, como o caráter fragmentado e corporativo do tripartismo assumido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), problema reforçado com a chegada de vários quadros estratégicos do movimento sindical na saúde dos trabalhadores e que passaram a compor importantes escalões do governo federal. Uma consequência política desse processo diz respeito à perda de autonomia e combatividade do próprio movimento sindical, fato especialmente agravado por outro elemento indicado no artigo: o papel dos fundos de pensão de empresas estatais. Os três maiores do país (PREVI com R\$ 160 bilhões, PETROS com R\$ 60 bilhões e FUNCEF com R\$ 50 bilhões) desempenham um importante papel econômico e ideológico de atrelamento dos benefícios dos trabalhadores à lógica de mercado, visto que, em última instância, são os dividendos dos investimentos que importam, e não a construção de alternativas de desenvolvimento para o país. Esse é um importante mecanismo ideológico de despolitização que tem passado despercebido em diversas análises críticas sobre o atual modelo de desenvolvimento.

O quadro desenhado pelo artigo e pelos presentes comentários é complexo e não muito alentador. Configura-se também em uma espécie de crise tanto de horizontes, como das bases morais em diversas instâncias políticas e institucionais. Verificamos mais e mais o esgarçar de discursos e práticas de partidos e lideranças, inclusive com posições importantes no passado e no presente no campo da saúde do trabalhador e ambiental, e crescem os conflitos de interesse envolvendo questões éticas. Em nome da governabilidade, de alianças políticas, de disputas eleitorais e da defesa de projetos estratégicos de governo, surgem inúmeras contradições e limitações para avanços. No campo da saúde dos trabalhadores e ambiental, acrescentamos a lógica da mercantilização do próprio saber técnico-científico na manipulação de incertezas a serviço de interesses jurídicos ou de *marketing* das empresas, o que tem envolvido um número crescente de profissionais, inclusive de universidades públicas, como consultores ou coordenadores de pesquisas dirigidas. Os conflitos de interesse e dilemas éticos são por vezes camuflados através de estratégias como a política de “uma mão lava a outra”, ou seja, abraça-se uma causa pública que visa ocultar outras contradições. Enfim, a confusão política, institucional e moral é grande e não há perspectivas de ser reduzida.

Diante do exposto, que alternativas podem surgir para além de avanços pontuais possíveis, ainda que importantes, no atual quadro? Encerro os comentários com algumas breves sugestões na busca de alternativas e avanços.

- A crise do modelo de desenvolvimento não afeta só o campo da saúde do trabalhador, e sim o conjunto da Saúde Coletiva brasileira e da Medicina Social Latino Americana. Considero estratégica uma aliança com o movimento da reforma sanitária e da saúde coletiva na compreensão crítica dos limites teóricos, na produção de alternativas e no enfrentamento dos mal-estares que estão presentes em todos que ainda lutam pelos princípios fundamentais do SUS. De certa forma, isso já vem acontecendo de muitas maneiras em iniciativas realizadas pelo Cebes e pela Abrasco, e a saúde do trabalhador é estratégica nesse movimento. Evoco aqui as sábias palavras de Gastão Wagner (CAMPOS, 2000) de que a saúde coletiva implica na defesa da vida e da democracia, e deve trabalhar com autonomia relativa tanto em relação ao Estado, quanto a partidos políticos, ideologias e outras racionalidades técnicas. Neste momento, é estratégico ampliar nossa autonomia para que uma reflexão crítica e inspiradora ilumine novos caminhos em torno de futuros projetos de sociedade.
 - Outra questão central é a ampliação de conceitos como trabalho, saúde e desenvolvimento. No campo da saúde do trabalhador, uma importante contribuição já vem sendo realizada por áreas inovadoras, como a ergologia, que discute questões como gênero e coletivos de trabalho. Porém, é necessário avançar em direção à compreensão de outras alternativas de desenvolvimento e economia. Importantes pistas vêm sendo dadas por abordagens territoriais e das discussões sobre os conflitos ambientais, que trazem à tona simultaneamente temas como sustentabilidade e os direitos humanos fundamentais. Indígenas, camponeses, pescadores, quilombolas, movimentos culturais das periferias urbanas, movimentos pela democratização e humanização das cidades, experiências da reforma agrária e de agroecologia, de luta contra o racismo institucional e ambiental, tudo está ocorrendo neste momento e incluem trabalhadores envolvidos em áreas e discussões frequentemente desconsideradas pelas discussões do campo. As discussões sobre conflitos ambientais revelam a concretude do modelo, do comércio internacional injusto e de seus impactos sobre inúmeras populações e ecossistemas, envolvendo a expansão do agronegócio, da mineração, dos portos de exportação e da exploração de fontes energéticas, como petróleo, hidrelétricas, agrocombustíveis, nuclear a até mesmo a eólica, já que diversos parques têm afetado camponeses, quilombolas e indígenas no nordeste.
 - Para seguir o item anterior, é necessário revitalizar teoricamente alternativas de compreensão e produção de saberes sobre problemas e alternativas. Por exemplo, existe uma densa produção crítica latino-americana que ainda circula pouco no âmbito da saúde coletiva, e menos ainda na saúde do trabalhador. Refiro-me aos chamados estudos subalternos ou teorias descoloniais de autores como Aníbal Quijano, Ramón Grosfoguel, Walter Dignolo, Enrique Dussel e, de certa forma, também as contribuições mais conhecidas de Boaventura de Sousa Santos. Eles buscam desconstruir a noção do proletariado como sujeito histórico central dos processos de transformação social. Tais contribuições compreendem que os processos emancipatórios deveriam forçosamente articular as lutas das classes trabalhadoras com as de todos os outros grupos dominados e oprimidos no sistema-mundo, os quais foram desprezados como “sujeitos não históricos” pelo marxismo eurocêntrico. No nosso caso, isso traz à tona discussões como o racismo histórico que discrimina saberes, modos de vida e cosmologias de povos indígenas, além dos quilombolas, camponeses e pescadores. Trata-se de uma discussão não só política, mas também e essencialmente epistemológica, já que as formas de produção de conhecimento hegemônicas legitimam e tornam sutilmente obscuras as categorias e as relações que reproduzem formas de poder que se encontram por detrás dos processos de inferiorização, exclusão, dominação e exploração. É por isso que diversos autores, como Boaventura Santos, dão centralidade aos processos transculturais através de encontros, diálogos ou ecologia de saberes.
- As contribuições discutidas no último tópico são consistentes com o que autores ecomarxistas apontam como a segunda grande contradição do sistema capitalista contemporâneo, associada às *condições de produção* e que incluem as problemáticas ambientais, de gênero, e étnicas dentre outras. Seus principais protagonistas são coletivos contra-hegemônicos, como feministas, ambientalistas, povos tradicionais, agricultores familiares ligados à agroecologia, organizações de justiça ambiental, dentre outros. Elas estão presentes, por exemplo, no Encontro Diálogos e Convergências entre Movimentos Sociais, e que gerou uma bela Carta Política⁵. Experiências atuais de vanguarda vêm se constituindo como exemplos de diálogos de saberes entre movimentos sociais e grupos acadêmicos, como as

⁵ Ver a Carta Política em: <http://dialogoseconvergencias.org/noticias/carta-politica-do-encontro-nacional-de-dialogos-e-convergencias>.

ações de vigilância popular da saúde realizadas por Raquel Rigotto e o grupo Tramas da Universidade Federal do Ceará; ou o Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, coordenado por Fernando Carneiro da UNB. Certamente há um enorme percurso a ser trilhado para que processos legítimos, porém atomi-

zados, possam ir se articulando e construindo alternativas políticas mais consistentes. Porém, a crítica à fragmentação e ao receio de pós-modernismos relativistas pode recair na defesa de dogmas ainda muito fortes e que acabam por impedir a necessária renovação intelectual e espiritual da saúde coletiva e de todas as áreas que militamos.

Referências

BRASIL. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 08 nov. 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso em: 5 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 5 dez. 2013.

BREILH, J. Pilhagens, ecossistemas e saúde. In: MIRANDA, A. C. et al. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 159-180.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JAKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

O'CONNOR, J. *Causas naturales: ensayos de marxismo ecológico*. México: Siglo XXI, 2001.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, F. C. J. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

PORTO, M. F.; MARTINEZ-ALIER, J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, suppl. 4, p. S503-S512, 2007.

PORTO, M. F.; SCHUTZ, G. E. Gestão ambiental e democracia: análise crítica, cenários e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1447-1456, 2012.

RIGOTTO, R. M. Os conflitos entre o agronegócio e os direitos das populações: o papel do campo científico. *Revista Pegada Online*, Presidente Prudente, v. 12, n. 1, 123-140, 2011. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/918/947>>. Acesso em: 4 dez. 2013.

RODRIGUES, V. A. (org). *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises n. 1*. Brasília: NESP/UNB, 2013.

Recebido: 17/09/2013

Aprovado: 27/09/2013

Debatedor

A política do possível ou a política da utopia?

The possible policy or the utopian policy?

Leticia Coelho da Costa Nobre¹

Estou muito grata por participar deste debate que considero da maior relevância no atual contexto brasileiro de esforços coletivos para avançar nas políticas públicas e não retroceder nas conquistas sociais frente ao desenvolvimento econômico. Reflexões

teóricas e conceituais desempenham importante papel na construção do campo da saúde do trabalhador no país. Os autores Costa, Lacaz, Jackson Filho e Vilela (2013) discorrem com muita propriedade sobre o quadro do mundo de trabalho contemporâneo, sobre o contexto do desenvolvimento e crescimento econômico no Brasil, com a predominância e a hegemonia dos interesses do capital em detrimento das políticas sociais, dentre elas a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

¹ Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador, Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. E-mail: leticia.nobre@saude.ba.gov.br.

Questões importantíssimas foram explicitadas acerca da centralidade do trabalho na vida das pessoas e dos coletivos humanos; das relações sociais e políticas, de dominação, de práticas hegemônicas e contra-hegemônicas; dos valores e princípios que informam as políticas públicas e as práticas dos sujeitos; das contradições e dos paradoxos que vivemos nos ambientes de trabalho, nas instituições e serviços de Saúde, do Trabalho, da Previdência Social, entre outras. Do papel do Estado. Dos sujeitos da história. Minha contribuição a este debate parte de meu lugar enquanto um dos sujeitos na construção da política de saúde do trabalhador, compartilhada com tantos outros, seja na Bahia ou no Brasil.

Os autores propõem que a política de Estado, relativa aos setores Trabalho e Previdência, constituída na época da ditadura militar “prevalece até hoje sem grandes mudanças substantivas”. Essa é uma questão importante sobre a qual necessitamos refletir. Vivenciamos o processo de redemocratização do país, os movimentos sociais e sindicais do final dos anos 1970 e anos 1980, a árdua construção da Constituição Federal de 1988, que propôs novas configurações e competências institucionais, dentre as quais a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De lá para cá, todos enfrentamos crises, dificuldades e desafios. Vivenciamos o subfinanciamento em vários setores, as ameaças de privatização do seguro acidente de trabalho. Muitas mudanças ocorreram, algumas em direção a avanços reais, trazendo o novo, outras nem tanto.

Que outros elementos podem auxiliar na avaliação dos nós críticos das relações interinstitucionais entre Saúde, Trabalho e Previdência Social? Estes são três sujeitos institucionais e áreas de políticas públicas da maior importância não só para os trabalhadores, mas para toda a sociedade brasileira. Suas relações ao longo desses anos precisam ser analisadas considerando-se as concepções sobre o papel do Estado e as políticas sociais, que se traduzem tanto em ações e intervenções do Estado em planos e dimensões macropolíticas, quanto em processos singulares de sujeitos sociais em cada ambiente, organização e instituição. Para avançar, é necessário explicitar as diferentes concepções, propósitos e metodologias, ao mesmo tempo buscar os objetivos comuns e incluir as expectativas de cada ator. Será que perdemos uma oportunidade histórica de mudar o quadro institucional – e a política brasileira para a ST – quando, em 1993 (IX Conferência Nacional de Saúde) e em 1994 (2ª Conferência Nacional de ST) (BRASIL, 1994), as conferências deliberaram pela integração no SUS dos setores de SST do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Fundacentro? Esse foi um momento histórico de ruptura e acirrado conflito interinstitucional. Ao mesmo tempo, outros processos e avanços ocorreram em cada instituição, alguns compartilhados, outros não.

Outro momento histórico crítico foi o da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em 2005. A despeito de ter sido convocada pelos três ministérios, com discussões articuladas em torno de eixos temáticos que permitiriam a técnicos, gestores e sociedade civil organizada refletir sobre o mundo do trabalho, seus impactos sobre a saúde e as relações interinstitucionais, ela aconteceu sob um clima de crise e resistência deliberada por parte de parcela dos auditores fiscais do trabalho (NOBRE, 2011). Vale ressaltar que durante esta conferência, a proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que havia sido construída pelo Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat) desde 2003, foi apresentada oficialmente pelos três ministros e colocada em consulta pública (BRASIL, 2005).

Apesar de apresentar ambiguidades em relação aos conceitos, conforme explícito no próprio nome proposto para a política, indefinição quanto às competências comuns e cooperadas entre os três ministérios, além de insuficiente explicitação das responsabilidades, necessidades de financiamento e dos mecanismos de participação e controle social, esta proposta foi avaliada como tendo apresentado um elenco razoável de possibilidades para a atuação dos três ministérios, expresso nas estratégias propostas para cada diretriz (NOBRE, 2011). Não foi a melhor, mas era a política possível para seu momento histórico. Tinha um propósito que ainda hoje se faz necessário: avançar na integração e na redução da fragmentação das políticas de interesse à Saúde do Trabalhador.

E hoje? Como entender a persistência de disputas, conflitos e discrepâncias, inclusive de valorização social do trabalho de cada um? É fato que o exercício da intersetorialidade, com raras exceções, continua sendo difícil. Então, cabe perguntar-nos: a quem mesmo interessa a persistência da fragmentação e dos conflitos institucionais? Como analisar as dificuldades, os nós críticos e os resultados também da Previdência Social e do MTE? Como avançar em relações solidárias e compartilhadas, com propósitos comuns de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores?

Ainda há outros dois atores institucionais importantes a serem incluídos nesta relação: o Meio Ambiente e as secretarias do trabalho de estados e municípios. Em espaços, conselhos, órgãos setoriais e políticas ambientais, são definidos que empreendimentos e atividades produtivas serão implantados nos territórios. Nos estados e nos municípios, as secretarias do trabalho e emprego são potenciais aliados para a promoção de trabalho e empregos decentes, na construção de um sistema nacional de trabalho, emprego e geração de renda, na diminuição

dos trabalhos precários e na inclusão de parcelas de trabalhadores tradicionalmente excluídos dessas políticas (BAHIA, 2011; ABRAMO, 2010). Por sua vez, o SUS tem grande potencial de contribuição para a promoção do trabalho decente mediante especialmente as ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, produção de informações sobre situação de saúde dos trabalhadores e participação em processos regulatórios (NOBRE, 2010).

As reflexões acerca dos modelos de regulação do estado e de participação e controle social das políticas públicas são bastante pertinentes. Assistimos ao longo da década de 1990 à morosidade, quando não o engavetamento, de diversas propostas inovadoras, como é o caso da Cipa totalmente eleita pelos trabalhadores. Por outro lado, à criação de comissões tripartites, funcionando somente mediante consensos, evitando que propostas contrárias aos interesses empresariais sejam arrastadas por décadas. Vejamos o exemplo ímpar do acordo e legislação sobre o benzeno, que até hoje sofre pressões empresariais em direção a seu retrocesso e somente resiste pelo compromisso e propósitos comuns compartilhados entre auditores fiscais do trabalho e técnicos do SUS, em aliança com os trabalhadores. Não tendo conseguido, até então, ampliar essa experiência para outros agentes químicos, finalmente, este ano, a Previdência Social assumiu a avaliação qualitativa da exposição a substâncias carcinogênicas nos processos de aposentadoria especial (BRASIL, 2013).

Precisamos questionar essa lógica de que sempre é melhor produzir consensos e rever a forma de funcionamento de alguns fóruns tripartites. Esperar pelo consenso frequentemente é a não tomada de posição do Estado perante uma situação de conflito em que a balança pesa para os interesses mais poderosos, que, em nosso caso, são quase sempre do capital. É a política da omissão. O caso da Iª Conferência Nacional de Emprego e Trabalho Decente, realizada em agosto de 2012, e interrompida pela decisão da bancada empresarial de se retirar das plenárias de grupo, no segundo dia, e da plenária final, com o aval da Comissão Organizadora da Conferência, é outro exemplo de distorção, senão da concepção, da prática do tripartismo.

A afirmação dos autores de que a PNSST (BRASIL, 2011) foi “fruto de pressões dos profissionais e representantes da sociedade civil desde a década de 1990”, e de que a instituição da PNSST pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) estabelece a participação do SUS no contexto da PNSST, necessita de alguns reparos em relação ao processo de construção de cada política e da relação entre elas.

O primeiro documento de uma política nacional de saúde do trabalhador foi construído entre 1999-2000 por grupo de trabalho constituído pelo Ministério da Saúde. Foi apresentado e discutido em seminário público realizado na Câmara de Deputados no início de 2001 (NOBRE, 2011). O principal questionamento feito pelas representações sociais e institucionais presentes foi se havia vontade política para a implantação da proposta. Ficou demonstrado que não. Com a argumentação de que deveria ter um plano de aplicação de recursos financeiros, o que evidentemente era necessário, mas que não foi providenciado, o Ministério da Saúde engavetou a proposta. Somente em 2004, já no Governo Lula, a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde retoma internamente o documento da PNSST de 2001 e elabora nova proposta, que acaba sendo substituída pelo processo então em andamento no Geisat desde sua reativação em 2003.

A atual PNSST foi resultado do engavetamento da PNSST produzida pelo Geisat, lançada e colocada em consulta pública na 3ª CNST em 2005. Este processo foi interrompido e a política passou a ser elaborada por uma comissão tripartite intersetorial, composta por bancadas de governo, empresarial e de trabalhadores (centrais sindicais), criada em 2009, que resultou na PNSST publicada em 2011. Não era a primeira vez que se alterava o nome da política, nem a primeira em que se descartava a produção do Geisat.

Cabe perguntar por que criar uma comissão tripartite para produzir uma norma que somente dispõe sobre (algumas) atribuições institucionais já previstas em lei e na Constituição Federal? Bases legais que, aliás, nem são mencionadas no decreto. E as responsabilidades e atribuições dos empregadores e dos trabalhadores? Mais graves do que as inconsistências apontadas pelos autores destacam-se os seguintes aspectos: em relação à sua implementação, o que mesmo se pretende com a menção à “participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores”? Significa diminuir a responsabilidade dos empregadores em relação à manutenção de condições de trabalho seguras e saudáveis e de proteção da saúde dos trabalhadores? Significa não assumir o preceito constitucional do direito dos trabalhadores à participação em todas as etapas e instâncias de implementação das políticas públicas que lhe dizem respeito? E a atribuição à Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST) de estabelecer os mecanismos de validação e de controle social da PNSST? O que pensavam os propositores desta política em relação aos mecanismos e às instâncias de participação e controle social das políticas existentes, especialmente considerando-se que a participação e o controle social, por

exemplo, no âmbito do SUS, já são garantidos em outras bases pela Constituição Federal? Seria importante saber como tem sido a participação das representações dos trabalhadores nesse processo; quais as perspectivas e posições das centrais sindicais.

Independentemente do processo da PNSST, em 2008, gestores, técnicos e coordenadores estaduais de ST, reunidos em Brasília, deliberam pela retomada da elaboração da política de ST no âmbito do SUS, para o qual se constitui grupo de trabalho com representações estaduais, sob coordenação da área técnica do Ministério da Saúde. Ao longo de 2009, ocorrem reuniões do GT e oficinas de trabalho com a participação de outros atores. Em maio de 2010, o GT apresenta a primeira versão da política, a qual é apresentada em algumas instâncias de gestão e controle social, a exemplo da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST/CNS), no 4º Encontro Nacional da Renast (30 junho a 1º julho), no Conselho Nacional de Saúde (julho 2010), no III Encontro das CIST (dezembro 2010). Após, passa por discussão no Colegiado da Secretaria de Vigilância em Saúde; vai para consulta pública (30 dias); recebe mais sugestões de conselhos de saúde, estaduais e municipais e de outros atores sociais; passa por discussão e pactuação nas instâncias e esferas de gestão do SUS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT); retorna para discussão e aprovação no Conselho Nacional de Saúde; passa por revisão jurídica da Procuradoria do MS; nesse processo, a proposta incorpora sugestões e vai sendo aprimorada, resultando na atual PNSTT, Portaria MS/GM nº 1.823, publicada em 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012).

Desse modo, considero que a PNSTT, mesmo tendo sido aprovada e publicada em 2012, após a PNSST, não pode com ela se confundir. Os princípios, os objetos, os processos de construção, as participações sociais, as pactuações foram bastante diversas. Poderão e deverão se articular, complementar-se e ser compartilhadas? É claro que sim. Desde que tenhamos claras suas histórias, seus propósitos e seus alcances.

Rememoro todos esses fatos por considerar que complementam a análise dos autores acerca das contradições e dos paradoxos que vivenciamos e das posições do Estado na condução “da política real, que conjuga interesses do Estado e do capital”, pautada pelos princípios do liberalismo, que é o lastro para a manutenção da fragmentação das ações institucionais, para o esvaziamento dos serviços e das políticas públicas, na perspectiva da anulação do Estado provedor” (COSTA; LACAZ; JACKSON FILHO; VILELA, 2013, p. 16). Como os processos

trazem consigo as contradições, e nelas as oportunidades, também trago esses fatos na esperança de que, talvez, se tivermos capacidade, lucidez e coragem, ainda possamos refletir sobre e aprender com as rupturas e os conflitos de modo a resgatar novas possibilidades de construção compartilhada. Nesse sentido, a PNSTT aponta algumas potencialidades e muitos desafios.

Os autores apontam alguns nós críticos e fragilidades da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast) que são reais. Frente a eles, questionam se é possível garantir as ações de vigilância em ST no SUS. Penso ser necessário aprofundar a análise sobre esses aspectos, bem como clarear as proposições da PNSTT, entendendo o momento atual de amadurecimento das discussões sobre a saúde do trabalhador no SUS.

O diagnóstico apontado pelos autores, que consta dos documentos ministeriais, relatórios de gestão, em pesquisas, nos encontros regionais e nacionais, dá conta de diversos nós críticos, que vão de dificuldades de gestão da política, das insuficiências do planejamento, de insuficientes e ou inadequados indicadores de monitoramento e avaliação, até as fragilidades técnicas, na assistência e na vigilância, na produção e análise de informações. Há fragilidade e insuficiência nos modelos de gestão e nos modelos de atenção propostos; a descentralização ainda não é uma realidade; criaram-se centros de gestão municipal para dar conta de ações em abrangência regional; nem metade das regiões do país tem um centro de referência especializada como sua retaguarda técnica; a população trabalhadora, as atividades produtivas, as necessidades, os problemas de ST e as ações para enfrentá-los praticamente não existem na maior parte dos planos de saúde país afora; os perfis, de qualificação e composição, das equipes técnicas e gerenciais são insuficientes e inadequados; os vínculos frequentemente são precários; as concepções sobre ST e especialmente sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) frequentemente são distorcidas; há inúmeras fragilidades, carências, insuficiências; a estratégia adotada de rede de unidades sentinela esgotou-se frente à necessidade de incorporar as ações de ST em toda a rede SUS e de ter a atenção básica como ordenadora do sistema e a vigilância em saúde como eixo estratégico central (BAHIA, 2010; LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002; DIAS; HOEFEL, 2005; SANTANA; SILVA, 2009; GONÇALVES; DIAS, 2009; NOBRE; 2011; CORREA; PINHEIRO; MERLO, 2012).

Sobre a Renast e o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), considero que a PNSTT aponta para uma importante revisão e reconfiguração de sua arquitetura, funções e

papéis. Ao explicitar a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS em uma concepção de rede, cuja ordenadora deve ser a Atenção Primária, a ST amplia suas possibilidades. A Renast não está mais restrita à atuação dos centros de referência. Entretanto, o papel dos Cerest não somente continua sendo fundamental, como retaguarda técnica especializada para toda a rede, como assume uma concepção de complexidade crescente, compartilhando conhecimentos e práticas com os demais setores ou pontos de atenção, especialmente com as vigilâncias em saúde, presentes em cada município do país. Desse modo, a PNSTT alinha-se internamente com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

Do princípio da universalidade decorre que são sujeitos da PNSTT todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Com exceção de parcelas de trabalhadores formais, os demais são praticamente invisíveis para os serviços de saúde em suas necessidades e especificidades enquanto trabalhadores. É possível afirmar que há barreiras de acesso em relação a várias ações e instâncias do sistema (MIQUILIN; CORRÊA FILHO, 2011). Mesmo os trabalhadores celetistas frequentemente buscam o SUS somente como meio para garantir seus direitos previdenciários; em especial aqueles que dispõem de planos e seguros privados coletivos de saúde.

Que implicações decorrem disso? Identificar a condição de trabalhador/a e as situações de trabalho em todos os pontos da rede e em todos os níveis do sistema, desde a identificação do perfil da população trabalhadora e das atividades produtivas no território, das suas demandas e necessidades de saúde, até o planejamento de ações de atenção e vigilância. A começar pela atenção básica ou atenção primária em saúde, até a atenção de maior densidade tecnológica. Implica pensar os territórios e sua dinâmica produtiva, com suas atividades e cadeias produtivas, com trabalhadores vivendo, residindo, trabalhando e circulando nesses territórios. Essa é uma grande potencialidade do SUS. Dar visibilidade à população trabalhadora, às atividades produtivas, aos fatos e acontecimentos nos territórios, aos impactos à saúde, identificar necessidades e problemas na ótica da intervenção em saúde coletiva, mobilizando os refe-

renciais, os instrumentos e as práticas, articulando e construindo a integralidade da atenção.

Considerar o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença implica: produzir informações para o conjunto dos trabalhadores e não somente para a população coberta pela Previdência Social; viabilizar sua inclusão nas análises de situação de saúde; identificar toda a população trabalhadora, suas necessidades e demandas; incluir ações de ST nos planos de saúde; planejar, executar e avaliar essas ações. Com frequência as atividades produtivas impactam profundamente as dinâmicas populacionais, ambientais e do desenvolvimento nos territórios. É importante que na declaração de seu propósito, a PNSTT tenha feito menção aos modelos de desenvolvimento, além dos processos produtivos, que estão na origem de parte do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores. Isso, somado à inclusão da precaução como um de seus princípios, atualiza e reforça a potencial contribuição do SUS na discussão sobre desenvolvimento, crescimento econômico e sustentabilidade socioambiental, tão necessária na conjuntura atual. Tomando emprestada a proposição de Fadel, trata-se de viabilizar a “vigilância do desenvolvimento” (VASCONCELOS, 2007), resgatando e fortalecendo as iniciativas e as experiências que adotam os princípios da sustentabilidade socioambiental, da justiça ambiental, da diminuição das inequidades, inclusão social, participação e controle social (RIGOTTO, 2005; PORTO, 2005).

Na avaliação da PNSST, os autores consideraram tímida a proposição de fortalecimento das ações de vigilância pelo MS e SUS. Já apresentei minhas considerações a respeito da PNSST. Entretanto, se olharmos o conceito de Visat já construído no âmbito do SUS e o que está proposto na PNSTT, diria que esta não é exatamente uma posição “tímida”. Ao contrário, se conseguirmos efetivar boa parte do que consta na PNSTT, será um avanço e tanto. O fortalecimento da Visat e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, primeiro objetivo explicitado na PNSTT, pressupõem uma série de ações, dentre elas: 1) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; intervenção nos processos e nos ambientes de trabalho; 2) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de Visat; 3) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e 4) participação dos trabalhadores e suas organizações. Se a esse elenco acrescentarmos as ações que compõem o segundo objetivo – promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, veremos que o desafio é, na verdade, imenso.

A Visat é sem dúvida das tarefas mais ricas e mais complexas a serem absorvidas pelo SUS (BRA-

SIL, 1998). Também a mais “estranha” ao sistema, no sentido de que são capacidades, habilidades, competências, conhecimentos e práticas não aprendidos pelos profissionais em sua formação acadêmica. Necessitam ser criados, construídos e vivenciados. É o que ocorre, por exemplo, quando nos deparamos com as dificuldades de intervenção nos ambientes de trabalho, com a necessidade de operacionalização dos princípios e conceitos da vigilância em saúde do trabalhador nos SUS. Os ambientes de trabalho são frequentemente vistos como locais em que se desenvolvem processos tecnológicos, desprovidos de relações sociais, de interesses e conflitos, passíveis de serem controlados unicamente por decisões técnico-operacionais, por aplicação e cumprimento de procedimentos (NOBRE; GALVÃO; CARDIM; MENDES, 2010).

O desenvolvimento de práticas cartoriais e rituais burocráticas não é prerrogativa dos setores de vigilância sanitária do SUS. Infelizmente, esse tipo de concepção ainda é bastante comum às nossas instituições, sejam da Saúde, da Previdência Social ou do Trabalho, para ficar nas diretamente discutidas neste debate. Ainda não é predominante o entendimento da ação de Visat como prática pedagógica, sistemática, intersetorial e que incorpora a participação, os saberes e a subjetividade dos trabalhadores, produtora de conhecimentos e práticas inter e transdisciplinares. Sabemos que as ricas experiências de Visat de alguns centros de referência somente poderão ser ampliadas para outros municípios e estados mediante grande investimento e comprometimento de técnicos e gestores, bem como mediante esforços de integração intra e interinstitucional e articulação das ações em redes solidárias de compartilhamento de práticas e saberes (NOBRE; GALVÃO; CARDIM; MENDES, 2010; CORRÊA; PINHEIRO; MERLO, 2012).

O entendimento da responsabilidade sanitária de gestores e profissionais de saúde de proteger a saúde dos trabalhadores em seus locais de trabalho, tal como posto na PNSTT, auxilia-nos. Assumir o princípio ético-político da ação sanitária em ST compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores. Para isso, é fundamental avançar no equacionamento de outro grande desafio, também apontado pelos autores, que é poder contar com profissionais qualificados, comprometidos com a política de saúde e com responsabilidade sanitária; que façam a diferença e aliem capacidade técnica e concepção política e ideológica na luta por melhores condições de saúde e trabalho, compromissado com a construção do SUS e com os trabalhadores. As ações propostas para o desenvolvimento e capacitação de recursos

humanos apontadas na PNSTT são, a bem da verdade, necessárias em todas as instâncias do SUS. Várias delas são desafios também para os demais setores das políticas públicas de interesse à ST e poderiam ser compartilhadas mediante estratégias específicas.

Entretanto, para melhor compreensão do tamanho dos desafios que se nos apresentam e de modo a completar as possibilidades de respostas aos questionamentos dos autores, cabe contextualizar o seguinte. Os maiores entraves, limites e desafios da ST no SUS são os próprios limites, nós críticos e desafios de todo o SUS. As considerações teórico-conceituais de alguns estudiosos (PAIM, 2009; SANTOS, 2009; FLEURY, 2009) acerca das políticas sociais, das políticas e práticas de saúde, do caráter do Estado brasileiro e das contradições da sociedade contemporânea, em suas análises sobre a reforma sanitária brasileira, ajudam-nos na compreensão dos nós críticos do SUS. Como um processo de reforma social concebida em um momento de crise de hegemonia e na defesa da democratização do Estado e da sociedade, vai perdendo força e vigor, ao tempo em que vai se institucionalizando. Um Estado que desenvolve políticas sociais, tanto em atenção a necessidades sociais quanto em atendimento às demandas de reprodução do capital.

Alguns nós críticos são praticamente unanimidade também entre técnicos e gestores do SUS. Um dos mais importantes, o subfinanciamento do setor, atinge todas as áreas do SUS e explicita a contradição de uma política que, para garantir direito à saúde, amplia o acesso da população aos serviços de saúde ao mesmo tempo em que permite e fomenta o crescimento exponencial dos investimentos no setor privado de saúde. Desde a retirada da contribuição previdenciária para a saúde, em 1993; a não aplicação da CPMF na saúde e depois sua extinção; a pressão de setores governamentais federais para não regulamentar a Emenda Constitucional nº 29 e, com ela, impedir a aplicação do percentual sobre a arrecadação da União para o financiamento do sistema; até as diversas modalidades de comprometimento do orçamento público federal, a exemplo do financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde pela dedução do Imposto de Renda, do cofinanciamento de planos privados dos servidores públicos (incluindo as estatais), do não ressarcimento ao SUS pelas empresas de planos e seguros pelos atendimentos feitos a seus afiliados, isenções tributárias e outras (SANTOS, 2009).

Afora isso, os insuficientes recursos são desigualmente distribuídos, sendo aplicados majoritariamente em serviços hospitalares e procedimentos assistenciais de média e alta complexidade, pouco restando para a atenção básica ou saúde da família ou para

ações de promoção da saúde e vigilância em saúde. É assim na atenção de uma forma geral e é assim na ST. A PNSTT deixa claro que o financiamento das ações de saúde do trabalhador deve ser responsabilidade dos três entes da federação, União, estados e municípios, e que deve ser compartilhado entre os diversos blocos de financiamento hoje existentes no SUS, além de ser possível acionar outras fontes de financiamento. Será necessária muita pressão social e gestão para que o que está escrito saia do papel e apareça na vida real, na política real.

É importante ressaltar que o subfinanciamento do SUS e, especialmente, as opções que favorecem a manutenção e até crescimento dos planos e seguros de saúde privados impactam de várias formas no potencial de êxito ou enfraquecimento da PNSTT. Além dos limites relativos ao modelo de atenção, individual, curativo, que não valoriza a promoção, prevenção e medidas básicas de vigilância em saúde, a exemplo da notificação de casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, há pouca margem para o exercício do controle social e regulação do Estado. De fato, observa-se uma inversão na agenda política dos trabalhadores e suas representações, ao inserir os planos e seguros privados como objeto de reivindicação em seus acordos coletivos, restando, quase sempre, à defesa do SUS e de condições dignas de trabalho um *locus* marginal. É um impacto quase invisível, mas altamente potente, seja em seus resultados concretos, seja nas suas dimensões simbólicas, ideológicas e culturais.

Outra ordem de desafios consiste em como pensar e praticar modelos de gestão que superem:

a pesada herança da formação do Estado brasileiro, unitário, avesso à diversidade regional e local, cartorial, patrimonialista, burocratizado e clientelista, com a administração pública direta e indireta impregnadas com todas as vertentes particularistas e corporativistas. (SANTOS, 2009, p. 21)

Atualmente, há uma importante discussão a respeito da gestão participativa, solidária e compartilhada entre os entes federativos, com responsabilidade sanitária, com valorização dos sujeitos, e das formas de participação social que incluem e, ao mesmo tempo, extrapolam, as instâncias constituídas de controle social. A par disso, ressaltam-se as proposições sobre modelos de atenção pautados na lógica de redes, menos hierarquizadas e mais solidárias, com recursos e estratégias de apoio, de compartilhamento de saberes, experiências e práticas, tendo como base e ordenadora do sistema a atenção primária em saúde e como diretrizes estratégicas a promoção da saúde e a vigilância em saúde (SANTOS, 2009; PAIM, 2009).

Todos esses aspectos, que trazem novos ares aos processos concretos de construção da política de saúde nos territórios, nos municípios e estados, es-

tão pontuados nos objetivos, nas diretrizes, nas estratégias e nas responsabilidades institucionais da PNSTT. O papel da Atenção Primária à Saúde na ST já tem um corpo de reflexões e propostas concretas sendo experimentadas, com resultados positivos e surpreendentes (GONÇALVES; DIAS, 2009; SANTOS; LACAZ, 2012; DIAS; SILVA, 2013).

Sobre a participação e o protagonismo dos trabalhadores e suas representações nessas e noutras políticas, especialmente em tempos de crise e aprofundamento da globalização, é preciso lembrar o que uma vez aprendemos com o movimento operário italiano: “saúde não se vende”, “a defesa da saúde não se delega” (ODDONE, 1986). Este princípio, caro à ST, pois não há saúde dos/as trabalhadores/as sem os/as trabalhadores/as, sujeitos de sua história, deve ser tomado em sua radicalidade. As centrais sindicais, os sindicatos de trabalhadores e de suas entidades apoiadoras, como Dieese e Diesat, cumprem papel político e social importantíssimo, tanto na defesa de seus próprios interesses, quanto na perspectiva da inclusão e ampliação da participação de parcelas de trabalhadores e movimentos sociais historicamente excluídos.

As reflexões de Sônia Fleury sobre o processo e os rumos da reforma sanitária brasileira parecem bastante adequadas e pertinentes ao entendimento da história da ST no SUS e ao desafio atual de repolitização da área:

O paradoxo da reforma sanitária brasileira é que seu êxito, ainda que em condições adversas e parciais, terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a capacidade de ruptura, de inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma. A constatação de que a iniquidade estrutural da sociedade brasileira atravessa hoje o Sistema Único de Saúde é a possibilidade de retomar o combate pelas ideias igualitárias que orientaram a construção deste projeto. Para tanto, resta a questão da construção permanente do sujeito, aquele que poderá transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se. (FLEURY, 2009, p. 751)

Proponho que uma forma de responder aos desafios postos pelos autores seja recuperar e atualizar a força instituinte da Saúde do Trabalhador, pensar que novas mudanças, reconfigurações institucionais e práticas reflexivas são necessárias para efetivar o que acabamos de construir, pois uma política precisa ser viva, precisa fazer parte dos desejos, das vontades, das necessidades, das perspectivas e objetivos dos sujeitos.

Por tudo isso, todas as proposições da PNSTT são muito bem-vindas. Os desafios são inúmeros, mas também já há experiência acumulada. Não fosse assim, não construiríamos o novo, não haveria alter-

nativas. Essas questões devem ser pensadas juntamente com todas as outras necessidades e gargalos do SUS. Certamente não se esgotaram as respostas; boas perguntas suscitam muitas vezes outras perguntas, apontam para outros caminhos. O desafio está posto para todos e todas que construímos e compartilhamos esta história. Aproveitemos, pois,

de forma criativa, construtiva e solidária a oportunidade já sinalizada da próxima 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Agradeço à RBSO por semear este debate; a Danilo, Lacaz, Marçal e Rodolfo pelas reflexões, dúvidas e parcerias.

Referências

ABRAMO, L. Trabalho Decente: o itinerário de uma proposta. *Bahia Análise e Dados*, Salvador, v. 20, n. 2/3, p. 151-171, jul-set 2010.

BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. *Plano estratégico de saúde do trabalhador no Estado da Bahia – PLANEST – 2010*. Salvador: SESAB/SUVISA/DIVAST, 2010. (mimeo).

_____. Secretaria do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte. *Programa Bahia do trabalho decente*. Salvador: SETRE, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: construindo uma política de saúde do trabalhador*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Portaria MS/GM nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 02 julho 1998. Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/3120_-_98.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 3 de maio de 2005. Publica o texto base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 5 maio 2005. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105449-562.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 09 dez. 2013.

CORREA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JAKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, 11-30, 2013.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GONÇALVES, K. R.; DIAS, E. C. Direito à Saúde & Saúde do Trabalhador: aproximações para entender e agir. In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELOS, L. C. F. (Org.). *Direito & Saúde: um campo em construção*. Rio de Janeiro: Ediuoro, 2009.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. *Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil*. Projeto - relatório de resultados do questionário. [S.I.]: OPAS; Ministério da Saúde; Abrasco. 2002.

MIQUILIN, I. O. C.; CORRÊA FILHO, H. R. Propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 426-436, jul./set. 2011.

NOBRE, L.C.C. Relações entre produção, trabalho, ambiente e saúde: a contribuição do Sistema Único de Saúde para a conquista do Trabalho Decente. *Bahia Análise e Dados*, Salvador, v. 20, n. 2/3:339-348; jul-set 2010.

_____. A Política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In: NOBRE, L.; PENA, G. L. P.; BAPTISTA, R. (Org.). *A Saúde do Trabalhador na Bahia – História, conquistas e desafios*. Salvador: Edufba; Sesab; Cesat, 2011. p. 23-92.

NOBRE, L. C. C.; GALVÃO, A. M. F.; CARDIM, A.; MENDES, T. T. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: práticas e desafios. In: NOBRE, L.; PENA, G. L. P.; BAPTISTA, R. (Org.) A

Saúde do Trabalhador na Bahia – História, conquistas e desafios. Salvador: Edufba; Sesab; Cesat, 2011. p. 275-314.

ODDONE, I et al. *Ambiente de Trabalho* – a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2005.

RIGOTTO, R. M. Saúde dos trabalhadores e ambiente: por um desenvolvimento sustentável? Desenvolvimento Sustentável, o que é? In: BRASIL. Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador “Trabalhar sim, adoecer não!”*: coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 156-161.

SANTANA V.; SILVA, J. M. Os 20 anos de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. [S.I.]: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2009.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, 2012.

VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. 2007. 421 f. Tese (doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

Recebido: 17/09/2013

Aprovado: 25/11/2013

Debatedor

O capitalismo contemporâneo e a saúde do trabalhador

Contemporary capitalism and worker's health

José Dari Krein¹

O instigante artigo de Costa, Lacaz, Jackson Filho e Vilela (2013) tem como eixo algo absolutamente importante, que é relacionar a saúde e a segurança com as condições de trabalho proporcionadas pela dinâmica do capitalismo contemporâneo e as disputas sobre os rumos das políticas públicas no país. O artigo suscitou-me duas reflexões principais. A primeira é de caracterizar o ambiente desfavorável ao trabalho no capitalismo contemporâneo como uma questão que está na origem, no nosso ponto de vista, das transformações das condições de saúde dos que vivem do trabalho. A segunda é a relação entre economia e segurança e saúde dos trabalhadores, em que o desenvolvimento econômico é um pressuposto, mas precisa vir acompanhado de regulamentações e políticas públicas para garantir um

ambiente de trabalho em que a dignidade do trabalhador seja respeitada.

Dois acontecimentos recentes em Bangladesh revelam com clareza a face do capitalismo contemporâneo e os seus reflexos sobre a situação do trabalho e da saúde de quem precisa labutar para conseguir sobreviver. O primeiro fato refere-se à queda de um prédio de indústria têxtil, em 24 de abril de 2013, em que mais de mil trabalhadores e trabalhadoras perderam a vida. As fotos são chocantes, relevando um ambiente de destruição e mortes ao lado de importantes marcas da indústria mundial da moda. É uma situação que combina condições de trabalho extremamente precárias com a produção de bens consumidos em todos os cantos do mundo por aqueles que têm renda. O segundo é uma manifestação – duramente reprimida – de trabalhadores/as têxteis também em Bangladesh, em 20 de maio deste mesmo ano, reivindicando uma elevação do piso salarial dos atuais trinta e oito dólares para cem dólares mensais². Também poderíamos citar o caso do estagiário/eco-

¹ Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho, Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. E-mail: dari@eco.unicamp.br

² Fonte: <http://oglobo.globo.com/economia/trabalhadores-do-setor-textil-protestam-por-salario-minimo-de-us-100-em-bangladesh-10108146>. Acesso em: 10 dez. 2013.

nomista (Moritz Erhardt) que, em agosto de 2013, faleceu em Londres depois de trabalhar 72 horas consecutivas no Bank of America com o sonho de ser efetivado pela empresa. São fatos que evidenciam de forma escancarada as características do atual processo de globalização financeira³, de internacionalização da produção de bens e serviços⁴ e de redefinição do papel do Estado⁵, sob o domínio do neoliberalismo, que busca a redução de custos, a ampliação da liberdade de ação do capital. Essas três características são implementadas diferentemente em cada Estado nacional, dependendo das resistências de forças sociais e políticas. Os fatos citados expressam de forma cristalina a lógica de como os negócios se organizam, buscando viabilizar a produção com baixos custos em locais sem tradição sindical, sem proteção social e com uma condição de vida muito rebaixada, o que permite ao capital pagar salários muito baixos e oferecer precárias condições de trabalho. Também é bom lembrar que muitos consumidores acabam aceitando essa lógica, pois podem comprar produtos com preços menores. Enfim, não é possível discutir a questão da saúde deslocada do que ocorre na economia, na forma de organização da produção de bens e serviços e no quadro regulatório existente no capitalismo contemporâneo e no Brasil, em particular.

Assim, a questão a ser destacada é que as características do capitalismo contemporâneo são desfavoráveis aos trabalhadores e à sua capacidade de ação coletiva, que apresenta como alternativa ao trabalho a flexibilização de direitos (redução) e a diminuição da proteção social. A fragilização das instituições de representação coletiva colocam problemas adicionais na perspectiva de garantir melhores condições de trabalho e melhor distribuição dos rendimentos do trabalho. Faux⁶, em um estudo destas duas variáveis ao longo dos últimos 60 anos, nos Estados Unidos, mostra que existe uma estreita correlação entre a taxa de sindicalização e a desigualdade social. A desigualdade é maior quando é menor a taxa de sindicalização.

O segundo aspecto a ser destacado é a relação entre economia e desenvolvimento econômico e as questões de segurança e saúde do trabalhador. O Brasil ainda é um país de renda média para pobre, no contexto internacional, o que coloca a necessidade de continuar crescendo não somente para aumentar a renda, mas para criar condições para a estruturação da proteção social e para a luta por melhorias no ambiente de trabalho. Dois exemplos: um dos problemas de efetivação, entre outros, da implementação das políticas de proteção social definidas na Constituição de 1988 foi a não solução da questão econômica, que abriu espaço para um período de hegemonia neoliberal. Isso implicou concretamente na opção política do país de se inserir na chamada globalização financeira de forma passiva, com graves consequências para a estruturação do mercado de trabalho e o rumo das políticas públicas. Esses foram aspectos decisivos para discutir as bases de definição e implementação das políticas públicas em geral e em particular na área de segurança e saúde do trabalhador. O segundo exemplo: o Brasil apresenta um gasto proporcional do PIB com Saúde similar ao de alguns países desenvolvidos, tais como a Alemanha, o Japão e a Dinamarca, e também de nações muito pobres, como Nicarágua e Gana. O que importa não é o percentual do PIB, mas o gasto *per capita*. Em relação ao percentual do PIB, o Brasil fica em uma posição intermediária, mas na comparação com o valor *per capita*, o gasto em saúde se localiza em uma posição muito ruim.

Diante disso, duas questões precisam ser consideradas. A primeira, a melhor na qualidade da saúde, incluindo a do trabalhador, também passa pelo aumento da renda *per capita* do país, o que significa ter um crescimento sustentável da economia dentro de um projeto de desenvolvimento com equidade e inclusão social, inclusive que não privilegie somente o consumo individual, mas fortaleça o setor público, tais como a educação e a saúde. A segunda, um maior nível de desenvolvimento é facilitador para lutar pela melhoria das condições de trabalho, especialmente com o au-

³ Por globalização financeira compreende-se o movimento que torna a especulação financeira como referência de valorização do capital e que impõe um processo brutal de racionalização do trabalho, tal como a terceirização.

⁴ Internacionalização significa a liberdade para os grandes grupos econômicos organizarem os seus negócios em escala mundial, atuando em rede e aproveitando as vantagens comparativas de cada local para viabilizar a produção de bens e serviços. O que implica ter abertura econômica, liberdade de movimento de capitais. Esse processo coloca uma espada sobre a cabeça dos trabalhadores para que aceitem certas condições ou os investimentos que viabilizam a unidade serão transferidos para outras localidades. É um instrumento muito forte de pressão para reduzir direitos.

⁵ É um Estado cada vez mais a serviço da proteção dos negócios privados, mercantilizando a sua prestação de serviços e desconstruindo a proteção social.

⁶ Jeff Faux, do Economic Policy Institute, em conferência proferida no Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho (Cesit)/Instituto de Economia da Unicamp, em 2 de maio de 2013, abordando tema do livro de sua autoria: *The servant economy: where America's elite is sending the middle class?* Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, 2012.

mento do emprego, o que tende a elevar o poder de resistência e de barganha dos trabalhadores para enfrentar certas situações. Portanto, o que chamo a atenção é que não são somente as hodiernas formas de organização da produção e do trabalho que tendem a criar um ambiente mais racionalizado, flexível e desfavorável ao trabalho, mas também a existência de um mercado de trabalho pouco estruturado, com alta informalidade e muitas atividades de baixa produtividade, sendo decisivo para termos um ambiente de trabalho com condições muito ruins. Esse é um dos aspectos importantes que colocam o Brasil “em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas” nos indicadores relativos à saúde dos trabalhadores (COSTA; LACAZ; JACKSON FILHO; VILELA, 2013, p. 12).

Para além da questão do emprego em si, se temos como perspectiva um ambiente de trabalho mais saudável, também é fundamental considerarmos a forma como o país está impulsionando a sua economia, pois ela define as características das ocupações a serem geradas. Por exemplo, um modelo de desenvolvimento que privilegia o agronegócio tende a criar ocupações que exigem baixa qualificação, portanto, com baixos salários e piores condições de trabalho. Neste sentido, a definição das condições de trabalho passa pelo modelo de desenvolvimento que está sendo implantado no país, pois ele define que tipo de ocupação pode ser gerada. Assim, os rumos do desenvolvimento também são um objeto de disputa. Nessa perspectiva, ele precisa ser capaz de alavancar um sistema de produção de bens e serviços mais sofisticado tecnologicamente (incluindo a indústria) e voltar para o atendimento das necessidades do país, tanto em termos de infraestrutura social (saúde, educação etc.), como física (energia, transporte, telecomunicações etc.).

A constituição de um modelo de desenvolvimento não passa simplesmente por atender as de-

mandas do mercado, as exigências do setor privado, apesar de seu poder de pressão ser muito forte. Portanto, as possibilidades de intervenção para melhoria do ambiente de trabalho e reversão dos péssimos indicadores de saúde e segurança começam na definição do modelo de desenvolvimento, mas não se esgotam nele. O crescimento é um pressuposto que necessita vir acompanhado de regulamentações e políticas públicas, aspectos que também são disputados na sociedade, o que pressupõe criar condições para o Estado intervir, no sentido de eliminar os efeitos causadores dos problemas de segurança e saúde do trabalhador que têm relação com o tipo de ocupação criada e a forma como é organizada a produção de bens e serviços.

Importante ressaltar que, nessa disputa, historicamente, um aliado importante é o movimento sindical, subsidiado por pesquisadores que procuram identificar a causa dos problemas e formuladores e executores de políticas públicas que não se limitam a atuar sobre o fato consumado (a doença, o acidente), mas procuram intervir para melhorar o ambiente de trabalho como condição para enfrentar o problema da saúde e segurança no trabalho, como é a perspectiva dos autores do artigo.

A perspectiva de intervir no ambiente de trabalho não será dada pela dinâmica capitalista, mas pela existência de atores sociais e de instituições públicas que têm a função de estabelecer um contraponto na perspectiva de assegurar a dignidade de quem precisa vender a sua força de trabalho para sobreviver. Nesse sentido, as ações que possam fortalecer os espaços de intervenção são fundamentais, especialmente em um momento em que as transformações no capitalismo contemporâneo buscam fragilizar os sindicatos e as instituições públicas, o que permite ao capital organizar o trabalho a sua favor, prejudicando a saúde e a segurança dos trabalhadores.

Referências

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

Recebido: 02/10/2013

Aprovado: 09/10/2013

Resposta dos autores

The authors' reply

José Marçal Jackson Filho¹

Francisco Antônio de Castro Lacaz²

Danilo Costa³

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela⁴

Diante do recebimento destes quatro textos, na continuidade do debate por nós iniciado no número anterior da RBSO, não podemos deixar de expressar nossa imensa gratidão pela profundidade e respeito com que Luis Carlos Fadel de Vasconcelos, Marcelo Firpo, José Dari Krein e Letícia Nobre abordaram as questões que havíamos colocado, expandiram vários pontos e, sobretudo, abriram novas perspectivas para a prática e para a produção de conhecimentos no enfrentamento das injustiças sociais que representam os agravos relacionados ao trabalho.

Como construir ação desinteressada dentro de contexto tão difícil do ponto de vista social e político, em que a margem de ação do trabalho perde espaço diante do predomínio do capital? Nos tempos difíceis em que nos encontramos, a reflexão coletiva e o debate engajado, para o qual procuramos contribuir, são essenciais para a continuidade da ação e a retomada dos valores que nos movem em busca de melhores condições de trabalho e de vida a todos os trabalhadores e trabalhadoras.

Nas páginas anteriores, podem ser encontradas as contribuições de cada um dos autores, que têm como ponto comum seu engajamento. Em nossa tréplica, apontaremos apenas alguns dos aspectos que nos sobressaem. Iniciaremos nossa resposta ao debate de cunho interdisciplinar para, em seguida, voltarmos para as contribuições dos protagonistas do próprio campo.

José Dari Krein, pesquisador do campo da economia, discute as possibilidades para a construção de melhores condições de trabalho no cenário do capitalismo atual. Mesmo diante da sua violência, como indica o caso de Bangladesh, Krein mostra que cenários mais favoráveis para a saúde dos trabalhadores são possíveis em função do posicionamento dos representantes dos trabalhadores e de sua capacidade de influir nas escolhas políticas que in-

fluenciam o “modelo de desenvolvimento”; a chave está na política.

A contribuição de Marcelo Firpo, oriunda de sua atuação acadêmica e militante no campo da Saúde Ambiental, volta-se à aproximação entre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e a seu posicionamento diante do modelo de desenvolvimento econômico, que qualifica como “extrativista e de pilhagem”. Das implicações do modelo e das contradições que provoca no Estado, nas instituições e na própria representação dos trabalhadores, indica a necessidade da inclusão de outros atores na disputa política – populações indígenas, quilombolas, dentre outras –, assim como a necessidade de apropriação pela Saúde do Trabalhador das contribuições da produção latino-americana das teorias de descolonização para produção de conhecimentos fundados em uma ecologia dos saberes.

No caso de Luis Carlos Fadel de Vasconcelos e Letícia Nobre, protagonistas históricos do campo da Saúde do Trabalhador, suas análises se voltam aos impedimentos e às possibilidades de ação no seio do campo.

Luis Carlos Fadel de Vasconcelos expressa sua indignação diante da insuficiência, das contradições e da incapacidade da construção da ação das instituições no campo da Saúde dos Trabalhador influenciadas pela coexistência de “duas políticas” de Saúde do Trabalhador – o que, segundo ele, significa não ter nenhuma; de “duas vigilâncias” – “a da intenção e a do gesto”: sendo a primeira dependente da política de Estado de Saúde do Trabalhador (caracterizada por sua nulidade) e a segunda, aquela que “faz alguma coisa”, que tenta resistir criando a “política de fato (ou do fato)” e para a qual é importante ir para além da implicação da atenção básica como ponto de partida. Essas contradições e paradoxos caracterizam, por fim, as duas caras do estado, a que “finge que enxerga” e a que é “cega”.

Letícia Nobre discute os processos de construção das conferências de Saúde do Trabalhador, espaços fecundos de produção da política do campo e da ação institucional, suas contradições, conquistas, avanços. Apoiada, possivelmente por sua “indignação”, noção tão cara a Fadel de Vasconcelos enquanto mote da ação, e por seu desejo de mudança, discute a dualidade entre “o que foi instituído no campo”, e que de certa forma resiste, e a força

¹ Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³ Superintendência Regional do Trabalho de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

instituinte da Saúde do Trabalhador para produzir uma “política viva”, isto é, que precisa responder aos desejos, às vontades, às necessidades, às perspectivas, aos objetivos dos sujeitos.

Como ir para além da “política do possível”, como diz Letícia Nobre, diante do pragmatismo que ainda domina certas parcelas da comunidade da Saúde do Trabalhador? Diante do curto prazo para a realização da 4ª Conferência, como fomentar e legitimar “ação instituinte” para produzir a política viva?

Próximos da 4ª Conferência de Saúde do Trabalhador, esperamos ter contribuído, mediante a publicação de dois números da RBSO, fruto da parceria de seus editores e do GT Saúde do Trabalhador da Abrasco, para o avanço da discussão de alguns aspectos relativos à Política Nacional de Saúde do Trabalhador diante dos desafios e das dificuldades de um campo em construção, cujo futuro terá momento decisivo de discussão e elaboração de propostas quando da realização da 4ª CNST, em 2014.

Recebido: 11/12/2013

Aprovado: 12/12/2013

Luis Eduardo Cobra Lacorte¹
Rodolfo Andrade Gouveia Vilela²
Reginalice da Cera Silva³
Anna Maria Chiesa⁴
Elisa Sartori Tulio⁵
Robson Ramalho Franco⁶
Ecléa Spiridião Bravo⁷

Os nós da rede para erradicação do trabalho infanto-juvenil na produção de joias e bijuterias em Limeira – SP

The knots of the child labor eradication network within the jewelry and costume jewelry production in Limeira, São Paulo, Brazil

¹ Programa de Saúde do Trabalhador. Serviço de Vigilância Sanitária. Secretaria Municipal de Saúde de Limeira. Limeira, SP, Brasil.

² Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³ Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de Piracicaba. Piracicaba, SP, Brasil.

⁴ Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Bolsista Fapesp Treinamento Técnico Nível III (Processo Fapesp nº 2010/17687-0). São Paulo, SP, Brasil.

⁶ Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e Financeiros de Limeira. Limeira, SP, Brasil.

⁷ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. Piracicaba, SP, Brasil.

Contato:

Luis Eduardo Cobra Lacorte

E-mail:

pitepira@gmail.com

Trabalho baseado na dissertação de mestrado de Luis Eduardo Cobra Lacorte intitulada *A construção de políticas públicas em rede intersetorial para a erradicação do trabalho infantil em Limeira-SP*, defendida em 2012 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

O estudo recebeu o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo nº 17.896/2010.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 16/08/2013

Aprovado: 20/08/2013

Resumo

Introdução: A cidade de Limeira, em São Paulo, abriga o maior polo de produção de joias e bijuterias do país caracterizado pela terceirização, destacando-se a exploração de trabalho infantil, em condições de nocividade para a saúde do trabalhador. Para enfrentar este problema, articulou-se uma rede intersetorial. **Objetivo:** descrever as ações da rede e destacar limites e potencialidades de seu processo de formação e consolidação. **Métodos:** realizou-se estudo de caso, combinando a análise documental e a participação direta dos pesquisadores nas atividades no período de 2007 a 2011. **Resultados:** analisaram-se aspectos culturais, ideológicos e institucionais que determinavam a situação e as ações que propiciaram mudanças. Coube destaque à construção do Termo de Ajustamento de Conduta, que assegurou a implantação de ações coordenadas, a realização de diversos eventos de sensibilização, a mobilização da população, a implantação do Programa de Saúde do Trabalhador e a criação de grupos de trabalho que discutem a temática constantemente com a finalidade de articular a rede intersetorial. **Conclusão:** a governança em rede propicia o estabelecimento de um processo de transformação cultural e institucional para o enfrentamento do trabalho infantil. É imprescindível realizar novas intervenções neste fluxo produtivo de modo a implicar o empresariado em um processo de mudança.

Palavras-chaves: trabalho infantil; política pública; promoção da saúde; produção de joias e bijuterias.

Abstract

Introduction: The city of Limeira, in the state of São Paulo, Brazil, is the largest cluster of companies producing jewelry and costume jewelry in the country. It features outsourcing and child labor exploitation, bringing harm to workers' health. To address this problem an Inter-sectorial Network was organized. **Objective:** Describe actions and highlight the limits and potentialities of the Network building and consolidation processes. **Methods:** The authors conducted a case study, combining documental analysis, and researchers' direct participation in the activities carried out between 2007 and 2011. **Results:** They analyzed the cultural, ideological and institutional aspects that determined the situation as well as the actions that produced changes. An important action was the settlement of an agreement called "Termo de Ajustamento de Conduta" (Conduct Adjusting Terms), which ensured implementing the coordinated actions and the Occupational Health Program, organizing events to raise awareness and mobilize the population, as well as working groups with permanent discussions aiming at articulating the Network. **Conclusion:** The Network has encouraged an ongoing process of cultural and institutional transformation to deal with child labor. However, it is crucial that new contributions are offered to involve the entrepreneurs in this process of change.

Keywords: child labor; public policy; health promotion; jewelry and costume jewelry production.

Apresentação

O fenômeno do Trabalho Infantil (TI) e do Trabalho Adolescente (TA) é uma realidade social expressa em diferentes culturas e sociedades na história da humanidade e caracteriza-se por envolver crianças e adolescentes, sobretudo de classes sociais desprivilegiadas, no sistema produtivo (THOMPSON, 1987).

O processo sócio-histórico da infância foi investigado por Campos e Alverga (2001), os quais desvelaram as linhas discursivas que fundamentaram “a ideologia do trabalho como educador”. A ética cristã dos países ibéricos e a moral puritana, hegemônica na Inglaterra no século XVIII, foram apontadas como as bases para a “dignificação pelo trabalho”, evocando uma fé cega no trabalho a despeito das condições em que este era exercido. Ao analisar o desenvolvimento econômico na Inglaterra, durante a Revolução Industrial, os autores evidenciaram que o TI e/ou o TA fizeram parte do êxito econômico obtido pelos países que implantavam a industrialização.

A concepção ideológica da sociedade ocidental legitimava a exploração do TI por meio de um discurso que atribuía ao trabalho caráter protetor e disciplinador e direcionava crianças pobres para o trabalho como forma de prevenir o envolvimento com o crime e a marginalidade. O espaço fabril era concebido em oposição ao espaço da rua, caótico e desregulado. Ademais, para as famílias que viviam na miséria, qualquer incremento na renda familiar era vital, contribuindo para a inserção das crianças no espaço produtivo (THOMPSON, 1987; ALVIM, 1994 apud MINAYO-GOMEZ; MEIRELLES, 1997). Nessa conjuntura, a inserção no trabalho tornou-se política pública para os órfãos empregados como “aprendizes” em funções penosas, seja nas indústrias têxteis ou na limpeza de chaminés (THOMPSON, 1987).

As linhas discursivas que fundamentaram tais políticas, no contexto da Revolução Industrial, passaram por algumas sofisticações e se perpetuam até o presente, dificultando a consolidação de cultu-

ra afirmativa dos direitos à infância (THOMPSON, 1987; VILANI, 2007). O reconhecimento dessa realidade ocorre gradualmente, a partir do momento em que a sociedade ocidental começa a perceber a infância como fase peculiar de desenvolvimento humano e que necessita de cuidados específicos. O livro *A história social da criança e da família* (ARIÈS, 1981) possibilita vislumbrar longa trajetória cultural da emergência do sentimento de infância (Renascimento Cultural, Revolução Industrial, Iluminismo) e a sua influência no pensamento científico moderno. Essa questão tem ocupado espaço na agenda política mundial, sobretudo após o advento da Declaração Universal dos Direitos da Criança (UNITED NATIONS, 1959).

No Brasil, o TI é reconhecido como um problema de saúde pública que demanda políticas públicas de diferentes setores (MINAYO-GOMEZ; MEIRELLES, 1997; NOBRE, 2003; ASMUS et al., 2005; NOVOTNY et al., 2009). Seu enfrentamento avançou a partir da Constituição Federal de 1988 e, principalmente, após a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990). Ambos os documentos proíbem expressamente o TI, com ressalvas ao adolescente após os 14 anos, na condição de aprendiz e em trabalho que não apresente riscos.

O ECA (BRASIL, 1990) foi um marco que possibilitou o avanço de ações diversificadas na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes e viabilizou mudanças significativas para as formas de proteção legal destinadas a esta população. Seus desdobramentos potencializaram a *intersectorialidade* e estão em consonância com as diretrizes e as práticas dos setores saúde, educação, trabalho, desenvolvimento social, bem como dos poderes legislativo e judiciário (BRASIL, 2005a, 2005b). Contudo, apesar de uma legislação considerada avançada em relação a outros países (VILANI, 2007; SCHWARTZMAN, 2001), e do Brasil registrar avanços na última década em comparação à década de 1990, os números do trabalho infantil no país ainda são expressivos, como mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1 Evolução do número de crianças e adolescentes envolvidos em trabalho infantil no Brasil

Ano	1992	1995	1998	2001	2003	2004	2005	2007	2009	2011
Número absoluto de trabalhadores de 5 a 17 anos (em milhões)	8,4	8,2	7,7	5,4	5,1	5,3	5,5	4,8	4,5	4,2

Fonte: Lacorte (2012, p. 7)

Importante esclarecer que essas crianças e adolescentes estão expostos às complexas situações de vulnerabilidade social e têm seus direitos sociais negligenciados ou negados. Um dos efeitos perversos dessa realidade refere-se ao trabalho infantil que comporta risco e exposição aos ambientes de trabalho insalubres que comprometem seu desenvolvimento biopsicossocial.

Apesar dos avanços alcançados no século XX, as transformações que vêm ocorrendo na organização do trabalho compõem um quadro de reestruturação produtiva e de movimentos de mundialização da economia desfavorável aos trabalhadores. Este movimento se manifesta de diversas formas: flexibilização dos vínculos; precarização das relações de trabalho; e terceirizações de atividades-fim que são ilegais no Brasil, possibilitando às empresas maior competitividade e rentabilidade em detrimento da saúde e do bem-estar dos trabalhadores, expondo-os a situações de risco e tornando-os vulneráveis (CASTEL, 1998; ALVES, 2000; ANTUNES, 2007).

Os esforços para a Erradicação do Trabalho Infantil (ETI) e a garantia do trabalho seguro aos adolescentes maiores de 14 anos aumentaram na década de 1990, marcados pela inclusão do Brasil no *International Programme on the Elimination of Child Labour* (IPEC) da Organização Internacional do Trabalho (CENTRO INTEGRADO DE ESTUDOS E PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2006; FERREIRA, 2001).

Em 1994, foi criado o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (Fnpeti), sob a coordenação do Ministério do Trabalho, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e participação de ONGs, empresários, sindicalistas, igreja, poder legislativo e judiciário (CARVALHO, 2004).

Enquanto estratégia não governamental de articulação, mobilização e sensibilização da sociedade, o Fnpeti consolidou um espaço democrático de discussão do tema, responsável pelo acompanhamento da implantação das metas do Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e de Proteção ao Trabalhador Adolescente (BRASIL, 2004).

As políticas atuais do setor Saúde trazem em suas concepções a noção de que o problema é de extrema complexidade, tendo suas origens nas relações econômicas, trabalhistas, sociais, culturais e políticas que determinam e condicionam o estado de saúde das populações (MINAYO-GOMEZ; MEIRELES, 1997; FERREIRA, 2001; NOBRE, 2003; ASMUS et al., 2005; VILELA; FERREIRA, 2008).

Este fenômeno se expressa de diferentes formas no Brasil. A região sudeste, apresenta um avançado desenvolvimento econômico e registra o menor nível

(7,9%) de trabalhadores entre cinco e dezessete anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). No entanto, existem focos de trabalho infantil em cidades com importante expressão econômica no Estado de São Paulo. O município de Limeira-SP, por exemplo, com população de 274.000 habitantes, abriga o maior polo de produção de joias e bijuterias do país, sendo responsável por 60% da produção. Em 2006, o setor faturou cerca de US\$ 220 milhões, dos quais US\$132 milhões somente em Limeira (TONOCCHI, 2006). Conhecido como a capital do folheado, o Arranjo Produtivo Local (APL) é caracterizado pela terceirização, pela informalidade, pela exploração do TI e pelo trabalho em condições improvisadas nos domicílios, configurando-se como exemplo de nocividade para a saúde dos trabalhadores (FERREIRA, 1995).

O processo produtivo pode ser resumido em sete etapas: criação, estampagem, montagem, banho, cravação, soldagem e expedição.

Foi constatado por Vilela e Ferreira (2008) que principalmente a montagem, a cravação, a soldagem e até mesmo o banho são terceirizados para famílias que realizam a produção em suas moradias. Nesse processo, o fluxo de produção do setor engendra empresas formais e famílias carentes por meio de “atravessadores” e estabelecem, dessa maneira, uma relação de interdependência entre as etapas produtivas formais e informais.

Duas questões surgem neste fluxo produtivo. A primeira é o envolvimento de crianças e adolescentes, principalmente nas atividades de montagem, soldagem e cravação de peças. Foi constatado na pesquisa de Ferreira (1995) que 8.340 alunos da rede estadual (27%) desenvolviam, no setor, tarefas repetitivas e perigosas, expostos a riscos biomecânicos, químicos e a acidente de trabalho. Os riscos à saúde são agravados pelo sistema de remuneração dos trabalhadores terceirizados (incluindo as crianças e os adolescentes), que ganham por produção. A cada mil peças montadas, o trabalhador recebia naquele período do estudo cerca de R\$3,00 a R\$5,00 e um trabalhador montava em média de três a quatro mil peças por dia, o que lhe conferia uma renda diária em torno de R\$9,00 a R\$20,00. Na atividade de soldagem, os números mudavam para uma produção que variava de uma e meia a duas mil peças, sendo pago entre R\$10,00 a R\$25,00 por milheiro, o que garantia rendimento de R\$25,00 a R\$30,00 ao dia (VILELA; FERREIRA, 2008). O pagamento por produção intensifica o trabalho e acentua os riscos de lesão (MAENO et al., 2001).

A segunda questão é de âmbito ambiental, amplamente discutida na pesquisa de Ferreira (1995), a qual constatou que metais pesados e outros produtos

perigosos, oriundos dos banhos de galvanoplastia da produção de joias e bijuterias, eram despejados na rede de esgoto residencial sem tratamento, contaminando os rios e os canais que atravessam o município de Limeira. As amostras indicaram uma concentração de Cobre (Cu) 117 vezes acima dos níveis comumente encontrados em rede de esgoto do tipo domiciliar (amostra controle) e 325 vezes maior de Zinco (Zn). Além desses, também foram encontradas concentrações de Níquel (Ni), Ouro (Au) Cromo (Cr) e Chumbo (Pb).

O diagnóstico da situação teve forte repercussão quando publicado no jornal O Estado de São Paulo no dia 12 de dezembro de 2006 com o título *Produção de Joias de Limeira emprega 6 mil crianças e jovens* (TONOCCHI, 2006). A notícia cita o estudo realizado por Ferreira (1995) e aponta alguns números da pesquisa: 62,1% dos adolescentes entrevistados afirmam realizar trabalhos repetitivos, 32% sentem dores nas mãos e nos braços, 42% sentem dores em ombros, pescoço e coluna, dados que compõem o quadro de saúde pública do município.

Um dos impactos sentidos diretamente pelos empresários foi o bloqueio de recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Segundo verbalização do representante da Associação Limeirense de Joias (Aljoias), durante a primeira reunião de retomada da criação da Cometal, a divulgação da pesquisa pela imprensa ao tornar públicos os aspectos sociais e ambientais do setor teria provocado o bloqueio de financiamento na ordem de 20 milhões de reais, que já teria sido aprovado para o Arranjo Produtivo Local (APL).

Em função da repercussão e do impacto da pesquisa, em 2007 as entidades representativas do empresário do setor comprometeram-se a realizar um seminário objetivando discutir soluções para os desafios trabalhistas e ambientais identificados. O representante do Sindicato da Indústria de Joalheria, Bijuteria e Lapidação de Gemas do Estado de São Paulo (Sindijoias) declarou, nas reuniões iniciais da comissão, que essa iniciativa visava envolver todos os setores da cadeia produtiva, órgãos de fiscalização, imprensa e especialistas. Afirmou ainda que a principal preocupação das associações e dos sindicatos do setor era combater as empresas clandestinas que desestabilizavam o mercado devido à competição desleal.

Apesar do discurso do segmento empresarial, durante o seguimento da pesquisa empírica, que acompanhou as reuniões intersetoriais no período de 2007 a 2011, não foram observadas, pelos pesquisadores, práticas de combate à informalidade nem a realização do prometido seminário. Contudo, em 2007, foi mobilizada, pelo poder público e pela sociedade civil organizada, uma Comissão Intersetorial para o

enfrentamento dessa situação em consonância com a Portaria nº 458 (BRASIL, 2001).

O presente artigo visa reconstituir e analisar o histórico de ações dessa Comissão para compreender os limites e as potencialidades do processo de construção e consolidação de uma rede intersetorial cujos objetivos eram: erradicação do trabalho infantil; proteção do trabalho adolescente; garantia da proteção integral da criança e do adolescente; e readequação do fluxo produtivo do setor de joias e bijuterias de modo a eliminar a terceirização domiciliar.

Abordagem metodológica

Realizou-se um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que combinou a análise documental e a participação direta dos pesquisadores nas atividades desenvolvidas. Essa abordagem é utilizada em pesquisas nas áreas sociais, políticas, com técnicas diversas. Propõe uma estrutura para coleta de dados, triangulação e análise de dados sob a luz de um determinado referencial teórico resultando em uma análise aprofundada do caso (YIN, 2002).

A análise documental resgatou as atas de reuniões da instância organizadora das ações intersetoriais elaboradas no período de 2007 a 2011 e três arquivos audiovisuais de eventos relevantes que ocorreram na Câmara dos Vereadores, os quais foram transcritos e analisados. Também foram levantadas as inserções na mídia escrita (jornais do município de Limeira – *Gazeta de Limeira* e *Jornal de Limeira* dentre o recorte temporal 2007 – 2010) que foram submetidas a uma análise sistemática, de modo a auxiliar na reconstrução do histórico da Comissão Municipal.

Os pesquisadores (três autores deste artigo) também acompanharam as reuniões e as ações desenvolvidas pela Comissão nos anos de 2007 a 2011 por meio de pesquisa-ação que integrou o projeto de mestrado intitulado *A Construção de Políticas Públicas em Rede Intersetorial para a Erradicação do Trabalho Infantil em Limeira-SP* (LACORTE, 2012). O mestrando participava das reuniões também representando o Cerest de Piracicaba. Outro integrante coordenava o grupo na qualidade de controle social e foi convidado a refletir na elaboração deste texto. O terceiro autor participou das reuniões na qualidade de pesquisador bolsista de treinamento técnico nível III por meio de financiamento de projeto fapesp (processo 2010/ 17687-0). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (Protocolo COEP 2211).

A pesquisa-ação é pertinente para investigar o produto da interação dos atores implicados na mu-

dança, capaz de promover a organização social para a intervenção, posto que a problemática teórica e metodológica inscreve-se em uma “totalidade sociológica” em constante transformação (THIOLLENT, 2000; COULON, 1992).

Segundo Thiollent (2000), a pesquisa-ação tem como princípios fundamentais: forte interação entre pesquisadores, atores e membros das situações investigadas; negociação e consenso sobre os objetivos; participação ativa dos interessados (com ciclos de ação/reflexão/ação); levantamento de dados e interpretação, com procedimentos coletivos (grupos, seminários, oficinas, redes etc.); devolução da informação aos interessados; proposição de ações viáveis com avaliação de resultados; e, por fim, sistematização do conhecimento obtido. A pesquisa-ação está relacionada a projetos emancipatórios e autogestionários que almejam mudança na realidade concreta com participação social efetiva (ROCHA; AGUIAR, 2003). No caso deste artigo, o objeto de estudo trata-se de uma comissão intersetorial que envolve diferentes instituições.

Para reconstituir e analisar a história da instituição da Comissão Intersetorial, os autores recorreram aos referenciais da Promoção da Saúde (BRASIL, 2002), com destaque para os conceitos e as práticas da Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2004, 2005) e Governança em Rede (KAMP; NIELSEN, 2009).

Educação Permanente em Saúde é o processo educativo que valoriza o cotidiano do trabalho, atravessado pelas relações concretas vivenciadas pelos servidores, e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentidos dos atos produzidos diariamente.

A Educação Permanente em Saúde insere-se em uma necessária construção de relações e processos que

vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes – às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde – e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2004, p. 161)

Para Kamp e Nielsen (2009), a governança em rede pode ser compreendida como a inter-relação, estável ou periódica, entre instituições que são operacionalmente autônomas, que interagem ou precisam interagir por meio de negociações, com a finalidade de potencializar suas ações, que se autorregulam dentro dos escopos de suas atuações, contribuindo para um governo estabelecido em âmbito coletivo, originando novos entendimentos para o processo de formulação de políticas. As redes são compreendidas como instituições assinaladas por valores, concepções, normas que são construídas a partir da contribuição de cada integrante e das interações estabelecidas (KAMP; NIELSEN, 2009).

Os conceitos apresentados corroboram com a intenção dos autores deste estudo de refletir sobre as estratégias utilizadas, enfocando o processo de transformação cultural iniciado por meio das ações da referida Comissão, salientando os principais avanços e descrevendo os instrumentos que os concretizaram.

Resultados e discussão

Foram analisadas 39 atas da Cometil, 3 arquivos audiovisuais, sessenta e 65 artigos de jornais e 14 inserções na mídia televisiva que permitiram construir uma linha do tempo, apresentada na **Figura 1**, que representa o período principal de mobilização para a articulação de rede intersetorial.

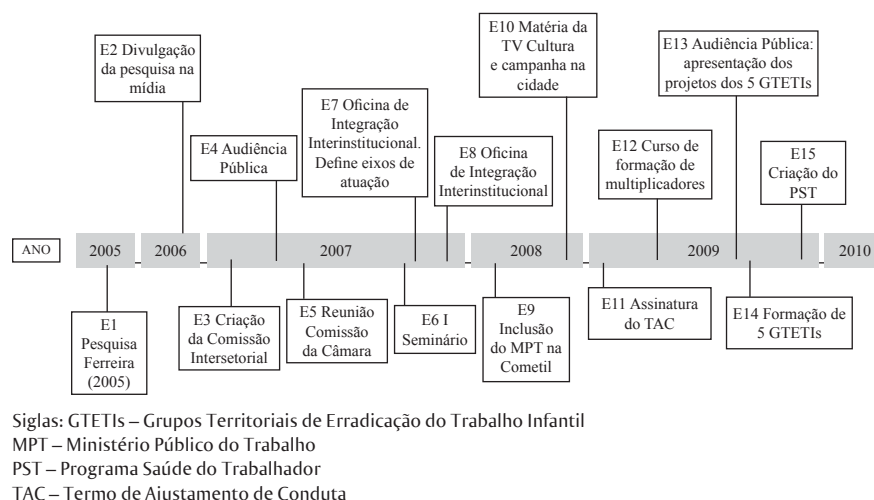


Figura 1 Linha do tempo dos eventos (E) marcantes da história da Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil (Cometil) de Limeira, 2005-2010

Fonte: Lacorte (2012, p. 84)

Os eventos E1 e E2 foram comentados na introdução deste artigo. A seguir, com base na análise documental, na participação e na observação direta dos pesquisadores, serão apresentados os eventos que fazem parte do contexto de articulação que culminou na criação e consolidação da rede intersetorial de ETI no município de Limeira.

E3 – Contexto de criação da Comissão Intersectorial com Controle Social

No início de 2007, o poder público, pressionado pelo Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e Financeiros de Limeira e com apoio do Fórum Estadual Paulista de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (Cerest), iniciou processo de articulação intersectorial e construção de uma rede de proteção integral à criança e ao adolescente por meio da reestruturação da Comissão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) existente no município desde 2003.

O Sindicato dos Bancários teve participação ativa em diversas instâncias de controle social nas áreas de saúde, educação, desenvolvimento social, além de trabalho e renda, desempenhando papel preponderante no acompanhamento das políticas públicas executadas no município. Seus representantes afirmavam que a comissão existente anteriormente cumpria apenas o papel de gerenciar os recursos provenientes do Governo Federal sem ter, contudo, representatividade intersectorial, como é recomendado na Portaria nº 458, (BRASIL, 2001) e sua complementar Portaria nº 666 (BRASIL, 2005c).

Inicialmente foram mobilizados os quatro setores entendidos como os principais para a transformação da realidade local, a saber: Saúde, Educação, Desenvolvimento Social, Trabalho e Renda. Também foram incluídas as entidades representantes do setor produtivo, a Associação Limeirense de Joias (ALJ), o Sindijoias e o Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias de Joalheria e Lapidação de Pedras Preciosas e Bijuterias (Sintrajoias). Também foram incluídas as entidades que representam o controle social: Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), Conselho Municipal de Educação (CME), Conselho Municipal de Saúde (CMS). Nesse formato reestruturado, esse coletivo passou a ser conhecido como a Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil de Limeira (Cometil).

Levando em conta esse cenário e atuando sob a perspectiva da vigilância em saúde, que visa intervir nos determinantes e condicionantes da saúde das populações, essa rede intersectorial tinha como meta implementar políticas públicas capazes de garantir:

- a erradicação do trabalho infantil;
- a proteção do trabalho adolescente;
- a proteção integral da criança e do adolescente; e
- a readequação do fluxo produtivo do setor de joias e bijuterias de modo a eliminar a terceirização domiciliar.

Os autores sistematizaram essas metas com base nas atas analisadas, Embora essas metas não estivessem organizadas dessa forma em nenhum documento oficial, essa proposta de sistematização foi validada com os participantes do grupo⁸.

E4 – Audiência pública

A 1ª Audiência Pública foi realizada na Câmara Municipal de Limeira no dia 12 de junho de 2007 com intuito de mobilizar e articular os munícipes frente à questão do trabalho infantil, promovendo reflexão e garantindo espaço para o debate (COMISSÃO MUNICIPAL DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL, 2007a).

Na ocasião, compareceram à Câmara de Vereadores aproximadamente 70 participantes, entre eles:

- gestores dos setores da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social do município de Limeira;
- representantes de universidades da região;
- representante do Ministério Público do Trabalho – Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região (MPT); e
- representantes do Cerest Piracicaba.

Foram realizadas três apresentações: a primeira mostrou a pesquisa realizada no município (FERREIRA, 1995); em seguida, o Centro de Promoção Social Municipal (Ceprosom), autarquia que desenvolve as políticas públicas da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e executa o serviço de atendimento à criança e ao adolescente, expôs os programas executados para a identificação da situação de TI e os atendimentos realizados.

Vale destacar que um dos projetos apresentados pelo Ceprosom – “Jovens Brilhantes” – destinava-se à preparação para inserção desta população no merca-

⁸ Essas metas foram sistematizadas no protocolo de intenções que veio a ser firmado no evento 6 – O “I Seminário Municipal para Erradicação do Trabalho Infantil – Diagnóstico e Alternativas”.

do de trabalho. O programa era viabilizado por meio de parceria com a Associação Limeirense de Joias e apoio do sindicato patronal do setor. Nesse projeto, jovens com menos de 16 anos aprendiam técnicas de montagem e soldagem de peças, atividades perigosas que não poderiam ser desenvolvidas por menores de 18 anos, segundo o ECA (1990).

Apesar da pesquisa de Ferreira (1995) apontar mais de 8.300 crianças/adolescentes em situação de risco, o Ceprosom apresentou dados fornecidos pelo setor Saúde do município que indicavam apenas duas Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) envolvendo menores de 18 anos. Apesar da reconhecida subnotificação dos Acidentes de Trabalho (AT) no Brasil, o número reduzido de CAT foi utilizado pelo órgão público como argumento para se contrapor à realidade trazida pela pesquisa.

A terceira apresentação, realizada por Procurador do Ministério Público do Trabalho (MPT), abordou os mitos sobre o TI e apresentou dados científico-acadêmicos do campo da saúde e da pedagogia de modo a oferecer subsídios para desconstruir a ideologia do trabalho como educador.

O debate ocorrido após a apresentação da Procuradora mostrou as diferentes visões acerca do TI, possibilitou que representantes da sociedade civil mostrassem evidências do problema, tais como baixo rendimento escolar dos adolescentes trabalhadores, agentes públicos despreparados para reconhecer sua magnitude, subnotificação de doenças e acidentes, dentre outros, além de questionar as autoridades presentes quanto às medidas para enfrentamento do problema.

Duas reflexões merecem destaque. A primeira, enunciada por um conselheiro tutelar, de que o TI e TA constituíam um problema complexo que demandava o envolvimento das três secretarias ali representadas – Saúde, Educação e Ceprosom – para desenvolver um trabalho intersetorial. A segunda, compartilhada por um vereador, que Limeira apresenta alta concentração de renda e, apesar da legislação vigente, o TI ainda era defendido por alguns vereadores e gestores do município como alternativa para os menos abastados, perpetuando a ideologia do trabalho formador/protetor (CAMPOS; ALVERGA, 2001).

Manifestando sua discordância e sustentando o mito da “dignificação pelo trabalho” a Secretária de Saúde afirmou:

Se Limeira tem pessoas abastadas, eu reconheço porque tenho setenta e dois anos e conheço muitas pessoas que são abastadas hoje em dia, é porque trabalharam muito, desde criança. [...] Se o trabalho de ontem construiu as coisas de hoje, é porque realmente ficaram cientes da sua força, da personalidade, da sua dignidade. (LIMEIRA [MUNICÍPIO], 2007b)

A Secretária de Saúde ao manifestar e reforçar a crença de que “o trabalho dignifica o homem”, apresentou justificativas para a situação vivenciada em Limeira, de forma a banalizar a situação de TI.

Respondendo à indagação sobre o despreparo do Setor Saúde para identificar a magnitude do problema, a gestora, revelando também sua adesão ao modelo biomédico vigente, alegou que os médicos são concursados, possuem o diploma de graduação e estão, portanto, aptos a exercer a medicina. Tal afirmação desconsidera: o social como determinante dos problemas de saúde, que se restringiriam a uma questão “médica”, e o papel de dirigente que deveria propor diretrizes e cobrar ações voltadas para proteger a saúde e qualidade de vida das crianças e dos adolescentes do município.

Seria necessário construir o entendimento de que o TI e/ou TA desprotegido se caracteriza como um sério problema de saúde pública naquele município.

E5 – Reunião da Comissão de Assuntos Relevantes da Câmara Municipal de Limeira

Para enfrentar as barreiras mencionadas anteriormente, o tema da ETI foi incluído na pauta da Comissão de Assuntos Relevantes e Direitos Humanos da Câmara de Vereadores, a pedido de um parlamentar integrante da Cometil, para pactuar uma estratégia de intervenção articulada com o Poder Público.

Em reunião ocorrida no dia 21 de junho de 2007, na presença do Secretário de Educação e da Secretária da Saúde, pela primeira vez o Cerest Piracicaba pôde apresentar sua proposta de ação, construída junto com os integrantes da Cometil, que indicava amplo processo de sensibilização/capacitação dos profissionais da saúde, da educação e do desenvolvimento social, pautado na perspectiva da vigilância em saúde, com objetivo de compreender os determinantes e os condicionantes de saúde daquela população e os efeitos que o TI e o TA desprotegido poderiam ocasionar a curto, médio e longo prazos nesse grupo etário. Esperava-se que, após este processo, os profissionais dos diferentes setores envolvidos se tornassem agentes multiplicadores para atuar diretamente com a população, por meio de ações de promoção da saúde. A proposta focava ações que contribuíssem para o empoderamento, por meio do desenvolvimento de habilidades dos sujeitos – da comunidade ou do corpo técnico dos serviços públicos –, bem como para o fortalecimento de ações comunitárias de modo a ampliar a capacidade de intervenção sobre os determinantes do TI e dos agravos à saúde dos adolescentes trabalhadores (BRASIL, 2001).

A reunião foi marcada por uma série de desentendimentos. Os gestores ainda sustentavam críticas

à pesquisa que havia sido apresentada (FERRERA, 2005) e informaram a intenção de realizar novo levantamento para obter “dados fidedignos” em relação à situação de TI e TA dos munícipes. Essa proposta foi questionada uma vez que, no escopo de ações em propositura, seria implantado um sistema de notificação de casos a partir da estrutura existente na rede de saúde em Limeira, o que possibilitaria o acompanhamento dos índices gerados.

A proposta de capacitação dos servidores foi rechaçada pelos secretários, que exigiam evidências do “despreparo dos profissionais”. Além disso, a Secretária de Saúde de Limeira repudiou a Audiência Pública (E4) organizada pela Cometil, pois, na sua avaliação, o evento foi descaracterizado por pessoas que estavam presentes “para fazer política” e desviavam o assunto para outros problemas como, por exemplo, a desigualdade social. Evidenciou-se assim, uma visão limitada sobre o trabalho infantil ao desconsiderar os determinantes sociais dessa realidade.

Os técnicos do Cerest justificaram a necessidade das ações de promoção da saúde para formar multiplicadores, esclareceram que, a priori, não se tratava de um “despreparo dos profissionais”, mas sim de uma lacuna na formação deles pelo fato da Saúde do Trabalhador ser um campo de atuação em desenvolvimento dentro da Saúde Coletiva. Nesse sentido, os Cerests cumprem o papel de suporte técnico e científico e uma de suas principais atribuições é irradiar o saber relativo ao processo saúde/doença/trabalho.

Ao final da reunião, apesar dos desentendimentos técnicos/políticos, a Secretária de Saúde colocou-se à disposição da Cometil e se comprometeu a agendar uma reunião com representantes da comissão e do Cerest Piracicaba para desenvolver um planejamento das ações. Contudo, a referida reunião, apesar da insistência dos técnicos do Cerest, não aconteceu.

E6 – I Seminário e Assinatura do Protocolo de Intenções

O I Seminário Municipal para Erradicação do Trabalho Infantil – Diagnóstico e Alternativas foi uma iniciativa promovida pelo Cerest Piracicaba com recursos da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e organizado em parceria com a Cometil. O evento ocorreu no dia 24 de agosto de 2007 e contou com a presença de representantes de importantes instituições que tradicionalmente combatem o Trabalho Infantil, dentre elas Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério da Saúde (MS), representado pela Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (Cosat), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Conselho Nacional de

Erradicação do Trabalho Infantil (Conaeti), representantes do Cerest Estadual, da Diretoria Regional de Ensino, de professores universitários de notório saber sobre a ETI. O evento também contou com representantes do poder público local, dentre eles o prefeito de Limeira, entre outros. Contou ainda com um público de aproximadamente 400 participantes (LIMEIRA [MUNICÍPIO], 2007a; COMISSÃO MUNICIPAL DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL, 2007b).

Na ocasião, foi realizada ampla discussão com apresentações de cada uma das instituições supracitadas e as formas como atuam na ETI e proteção do TA. Os representantes da OIT e do Conaeti enfatizaram a importância do trabalho em rede.

O Diretor Regional de Ensino de Limeira revelou um dado que chocou os presentes, declarou que 11 estudantes da rede estavam com problemas para a obtenção de Carteira de Identidade, pois tinham perdido suas impressões digitais por manipularem produtos químicos que são utilizados no processo de solda fria. Esses produtos haviam corroído as digitais de mais de uma dezena de alunos. Esse dado teve forte repercussão na mídia local (TRABALHO... 2007).

O representante do MTE propôs a assinatura do Protocolo de Intenções pela Erradicação do Trabalho Infantil em Limeira e Região, o qual foi assinado pelas autoridades presentes e pelo prefeito de Limeira. Assim, o poder público assume publicamente a responsabilidade pela erradicação do trabalho infantil (COMISSÃO MUNICIPAL DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL, 2007b).

A representante do MS sugeriu para os membros da Cometil a construção de um projeto para a articulação de rede intersetorial de proteção e atenção integral à saúde das crianças e dos adolescentes por meio do protagonismo do setor da saúde, que firmaria convênio com o Fundo Nacional de Saúde (FNS) para financiar as ações necessárias à articulação da referida rede. O evento teve forte repercussão segundo a avaliação dos participantes da Cometil e consolidou cenário favorável para o desenvolvimento de políticas públicas (BRASIL, 2007).

E7 – Oficina de integração interinstitucional para definição dos eixos de atuação da Cometil

Para elaborar o projeto intersetorial e cumprir a proposta de submetê-lo ao FNS, foi realizada, no dia 24 de setembro de 2007, a Oficina de Integração Interinstitucional das Ações Públicas para a Erradicação do Trabalho Infantil no Município de Limeira, com financiamento do MTE e organização da equipe do Cerest Piracicaba e de representantes da Cometil.

Por meio de metodologia participativa, foram definidos os objetivos norteadores e as medidas de intervenção que se subdividiam em quatro eixos de atuação: Saúde, Educação, Assistência Social e Setor Trabalho/Produtivo (COMISSÃO MUNICIPAL DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL, 2007c).

Essa oficina viabilizou um espaço de reflexão compartilhada entre os diferentes setores presentes que objetivaram a busca de alternativas sustentáveis que ultrapassassem as políticas compensatórias de transferência de renda e incidissem também no fluxo produtivo do setor de joias e bijuterias, eliminando o trabalho domiciliar.

Os representantes do setor produtivo começavam a reconhecer as evidências que apontavam para a necessidade de mudanças no arranjo produtivo local como uma estratégia imprescindível para a ETI em Limeira.

As ações elaboradas nessa oficina foram sistematizadas segundo os eixos de atuação referidos e apresentadas no **Quadro 1**.

O projeto foi submetido ao FNS no dia 25 de outubro de 2007. Apesar do parecer favorável da área técnica, o projeto não foi financiado com a justificativa da ocorrência de corte de recursos destinados ao setor saúde.

Quadro 1 Propostas de ação para erradicação do trabalho infantil por eixos de atuação setorial

Setor proponente / executor:	Descrição da proposta de ação
Setor Saúde	<p>Implantação do sistema de notificação de agravos relacionados ao trabalho envolvendo crianças e/ou adolescentes;</p> <p>Criação do sistema de identificação de casos de situação de trabalho infantil e/ou trabalho adolescente irregular (ou desprotegido) por meio dos atendimentos realizados na rede de saúde a menores de 18 anos;</p> <p>Formação de multiplicadores para erradicação do trabalho infantil;</p> <p>Criação do Programa de Saúde do Trabalhador (PST).</p>
Setor Educação	<p>Criação do sistema de identificação de casos de trabalho infantil e/ou trabalho adolescente irregular (ou desprotegido) por meio do contato dos professores com os alunos;</p> <p>Formação de multiplicadores para erradicação do trabalho infantil;</p> <p>Ações de educação/transformação cultural nas escolas e nas comunidades escolares.</p>
Setor Assistência Social	<p>Articulação intersetorial para distribuição de bolsa Peti e outros benefícios do sistema de transferência de renda;</p> <p>Inclusão de todos os casos identificados pelos outros setores em programas de transferência de renda e desenvolvimento de potencialidades;</p> <p>Formação de multiplicadores para erradicação do trabalho infantil;</p> <p>Educação/transformação cultural por meio da atuação junto às famílias atendidas pelos programas sociais e nas comunidades do entorno dos centros comunitários.</p>
Setor Público do Trabalho e Setor Produtivo*	<p>Formação de multiplicadores entre os empresários que defendam a importância da formalização e da erradicação do trabalho infantil e do trabalho adolescente no setor;</p> <p>Educação/transformação cultural e campanhas de formalização dentro do setor produtivo;</p> <p>Apoio financeiro a campanhas de sensibilização da sociedade (Folder);</p> <p>Busca por fontes de financiamento para modernização e formalização do fluxo produtivo do setor.</p>

*Composto por Ministério do Trabalho e Emprego, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e representantes do setor produtivo de joias.

Fonte: Lacôrte (2012, p. 100)

E8 – Capacitação: núcleo de estudos de saúde do adolescente

A Cometil realizou capacitação voltada para seus integrantes e para os profissionais do setor saúde por meio da Oficina de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente Economicamente Ativo, ocorrida nos dias 21 e 22 de novembro de 2007, com o apoio de representantes do Programa de Saúde do Trabalhador Adolescente (PSTA) do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) ligado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Nessa ocasião, foram discutidas as ações de vigilância à saúde definidas pela Portaria nº 777 (BRASIL, 2004) com o intuito de facilitar as ações da Cometil, em especial do setor saúde, para a implantação de um sistema de notificação compulsória de agravos à saúde de crianças e adolescentes (NOVOTNY et al., 2009).

Ainda no âmbito da oficina e tendo por base as discussões anteriores, foi proposta a implantação de um sistema de notificação dos casos de trabalho infanto-juvenil.

E9 – Inclusão do MPT na Cometil

No início de 2008, o Cerest Piracicaba contatou o MPT da 15ª Região de Campinas solicitando sua participação nas reuniões da Cometil para viabilizar um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC) com o município, de modo a assegurar a implantação do plano coletivo aprovado na Oficina de Integração (E7).

O TAC foi construído de maneira participativa, coordenado por procurador do MPT da 15ª Região de Campinas, o qual garantiu o envolvimento dos profissionais dos três setores públicos municipais na elaboração das suas cláusulas. Infelizmente, as ações previstas para o setor Trabalho/Produtivo, formuladas na ocasião da oficina (E7), não foram incluídas no TAC.

E10 – Matéria da TV Cultura e campanhas na cidade

A rede de televisão Cultura veiculou uma matéria no *Jornal da Cultura*⁹ que adquiriu relevância, pois abordou de forma precisa a problemática e intensificou o debate sobre o TI em Limeira, auxiliando nas articulações realizadas no ano de 2008 e favorecendo inclusive o processo de construção do TAC que estava em fase de elaboração na ocasião da matéria. O material também serviu de apoio para as campanhas que foram realizadas ao longo do ano e reafirmou mais uma vez a importância de articulação com a mídia

nas ações que visam a uma transformação cultural para a promoção da saúde e da proteção da vida.

Em paralelo à elaboração do TAC, ao longo de 2008 foi realizada uma campanha de ETI pela Cometil, tendo como apoio o setor produtivo. Os membros da Cometil elaboraram o conteúdo de um folder, entregue ao Sindijóias para que providenciasse a arte gráfica e a impressão de 2.000 exemplares. O material foi distribuído nas escolas, em centros comunitários e em dois atos públicos organizados pela Cometil nas datas de 12 de junho (dia Internacional do Combate ao Trabalho Infantil) e 12 de outubro (Dia das Crianças).

Ainda em 2008, foi realizada uma oficina de sensibilização que alcançou aproximadamente 200 crianças e adolescentes com idades entre 11 e 17 anos. As crianças foram mobilizadas pela rede de ensino municipal e os adolescentes pelo Ceprosom, contando com os jovens que participavam dos programas de desenvolvimento de habilidades e protagonismo juvenil. O evento também alcançou adolescentes de duas escolas estaduais.

A estratégia de envolver os reais afetados pelo assunto foi considerada exitosa, pois os adolescentes que participaram avaliaram positivamente a ação e rapidamente se apropriaram de um discurso favorável à defesa da infância.

E11 – Assinatura do TAC

A Assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta – TAC 5537/2009 (BRASIL, 2009) com a Prefeitura de Limeira aconteceu no ano de 2009. O TAC, que continua em vigor, tem sido importante para garantir a continuidade da implantação das ações definidas pela Cometil. As ações estratégicas asseguradas foram: realização do curso de formação de multiplicadores, criação do Programa de Saúde do Trabalhador e implantação de um sistema de identificação e notificação de casos de crianças e adolescentes em situação de trabalho.

E12 – Curso de formação de multiplicadores

O Curso de Formação de Multiplicadores para a Erradicação do Trabalho Infantil sempre foi um anseio da Cometil, contudo, somente com a força do TAC foi possível desenvolvê-lo. O curso foi concebido pela equipe do Cerest Piracicaba em parceria com o Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP/SP. A estratégia delineada foi pautada nos conhecimentos disseminados pelo educador Paulo Freire (1998),

⁹ Matéria exibida em 11 de abril de 2008. Reportagem realizada por Aldo Quiroga, especialista em jornalismo social.

os quais valorizam os processos educacionais participativos, favorecem a promoção da saúde e, em especial, os eixos de desenvolvimento de habilidades e empoderamento dos atores sociais. O público alcançado foi de 213 servidores que atuam nos setores da educação (municipal e estadual), da saúde e da assistência social (ambos da esfera municipal).

Os técnicos do Cerest Piracicaba identificaram quatro demandas a serem abordadas ao longo do curso: (1) Desenvolver compreensão crítica sobre o TI capaz de desconstruir os mitos sobre esse fenômeno; (2) Desenvolver compreensão crítica sobre o trabalho e as relações sociais estabelecidas nesse âmbito; (3) Desenvolver compreensão crítica sobre a infância, pautada em referenciais da pediatria e da psicologia; e (4) Desenvolver abordagem instrumental para planejar e executar ações que favoreçam a ETI, o combate ao TA desprotegido e a cultura afirmativa da infância. A professora da EE/USP propôs utilização da ferramenta *Showed* (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1998) para o desenvolvimento de exercício no qual os processos de escuta e de ação foram assegurados¹⁰.

As turmas foram distribuídas pela Cometil de acordo com uma divisão de territórios, visando a viabilizar o encontro entre servidores de diferentes setores e equipamentos públicos que atuassem no mesmo território e, dessa forma, potencializar parcerias. A programação foi estrategicamente incluída no TAC para garantir a realização do curso.

O curso foi realizado no período de 25 de março a 20 de maio de 2009 e abordou os seguintes temas: (I) a representação social do TI – mitos e verdades; (II) as implicações do TI no desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente; (III) a organização e as condições do trabalho encontradas no ramo de joias e folheados no município de Limeira, evidenciando o trabalho como insalubre/perigoso/penoso e inadequado a crianças e adolescentes menores de 18 anos; (IV) distúrbios osteomusculares decorrentes das atividades de trabalho e suas repercussões na saúde das crianças e dos adolescentes; (V) Rede de Serviços de Limeira e o trabalho desenvolvido pela Cometil; (VI) Seminários especiais com exposições realizadas pelo MPT referentes à formulação e à importância do TAC; legislação vigente sobre TI e TA apresentada pelo MTE e; (VII) Palestra e atividade prática coordenada por uma docente da EE/USP.

E13 – II audiência pública

Foi realizada a II Audiência Pública no dia 16 de junho de 2009 para tornar público, pactuar e garantir o desenvolvimento das ações contidas nos projetos territoriais elaborados pelos funcionários públicos. O evento serviu para pactuar com o poder público a participação dos servidores capacitados, das diversas secretarias municipais, nos espaços de discussão para desenvolver e executar ações promotoras de saúde por microáreas do território.

E14 – Constituição dos grupos territoriais

Como resultado do curso de formação de multiplicadores e por meio da pactuação efetuada na II Audiência Pública, todos os cinco territórios constituíram comissões locais, nomeadas posteriormente de Grupos Territoriais de Erradicação do Trabalho Infantil (GTETI).

Esses grupos são compostos por servidores que atuam nos equipamentos públicos dos setores da Educação (municipal e estadual), da Secretaria Municipal de Saúde e do Ceprosom¹¹ e, em alguns territórios, participam também outros atores sociais estratégicos como, por exemplo, associação de moradores. Os profissionais que trabalham nos equipamentos do território organizam e coordenam o espaço, tendo como suporte técnico e político a Cometil, por meio de seus facilitadores. Os membros da comissão vêm atuando em equipamento no território e acompanham as reuniões, fazendo o elo entre o território e a comissão.

Desde sua instituição, os grupos se reúnem mensalmente com os seguintes objetivos:

- discutir o cumprimento do TAC, enfatizando as condições dos equipamentos públicos localizados no território para realizá-lo e, quando necessário, cobrando o poder público por melhorias estruturais e/ou de outras naturezas;
- planejar e executar ações que contribuam para a prática intersetorial;
- organizar atividades e/ou eventos de mobilização da população para sensibilização e enfrentamento do TI e proteção do TA no território;
- proporcionar a continuidade da capacitação de multiplicadores para ETI entre servidores públicos, lideranças de associações de moradores, pastorais sociais, dentre outros, e refletir sobre as dificuldades identificadas nas práticas cotidianas do território;
- discutir casos.

¹⁰ A ferramenta *Showed* pode ser sistematizada da seguinte forma: reconhecimento do problema (*what do we see?*); dimensões do problema na aquela comunidade (*what's really happening?*); troca de informações sobre as diferentes experiências (*how does her story relate to our lives?*); questionamento das causas relacionadas ao problema, nas dimensões individual, familiar e social (*why has she become an alcoholic?*); quais as alternativas de fortalecimento (*how we can become empowered?*); perspectivação das ações necessárias para a mudança (*what can we do?*).

¹¹ Centro de Promoção Social Municipal – Autarquia que desenvolve as Políticas Públicas de Assistência Social.

Dessa forma, garantiu-se um espaço de articulação entre os atores sociais que representam diferentes setores nos territórios, bem como um espaço de reflexões das práticas implementadas. Este processo conferiu aos técnicos dos três setores maior capacidade de dialogar e, quando necessário, de pressionar os gestores no sentido de garantir o funcionamento das políticas públicas voltadas à ETI.

E15 – Criação do Programa de Saúde do Trabalhador

Outro importante avanço, oriundo do TAC, foi a criação do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) em Limeira. O PST ficou encarregado de desenvolver ações de vigilância em saúde do trabalhador seguindo as diretrizes da Portaria nº 3.120/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) no sentido de erradicar o trabalho de crianças e adolescentes.

O TAC também previu a criação de um sistema de identificação de casos de TI e TA que operaria por meio do preenchimento de uma ficha investigativa da situação de trabalho, a qual seria aplicada em todo atendimento realizado na rede de saúde para pacientes com idade inferior a 18 anos completos. As fichas seriam encaminhadas ao PST e este, por sua vez, deveria construir um banco de dados. O sistema de fichas de identificação operou apenas no ano de 2010, tendo como resultado o preenchimento de mais de 2 mil fichas, das quais 214 oriundas dos PSF e 168 preenchidas nas UBS indicavam suspeita de situação de trabalho. Os casos foram encaminhados ao Ceprosom, que teve a atribuição de avaliar caso a caso para inserir ou não no benefício do Peti e tomar outras providências.

As ações definidas contemplavam os anseios dos participantes da Cometil, no entanto, segundo os depoimentos colhidos e as práticas observadas pelos pesquisadores, o Pst ainda não desenvolve plenamente essas ações.

Análise da trajetória da Cometil

Ficou evidenciado no material coletado que o início das ações foi marcado por barreiras políticas e culturais manifestadas pela resistência de alguns setores da sociedade, principalmente pelo setor produtivo de joias e bijuterias e por algumas instâncias do poder público local que se mostravam coniventes à realidade da exploração do trabalho de criança e adolescente. No evento E4, tornou-se evidente que as primeiras barreiras a serem transpostas seriam aquelas de ordem política e cultural, evidenciadas nos discursos e na postura de gestores.

O discurso dos gestores municipais apresentados no E4 foram reveladores da posição política e ideológica sobre a questão e ilustraram os dissensos que existiam no processo de formação da referida comissão.

O Ceprosom, por sua vez, ao apresentar, no evento de 2007 (E4), o programa Jovens Brilhantes, que tinha como meta treinar jovens para a execução domiciliar de etapas do fluxo de produção de joias e bijuterias, mostrava inequívoco comprometimento das políticas públicas com a prática empresarial questionada pela pesquisa de Ferreira (1995). Dessa forma, o poder público institucionalizou o TA em uma atividade de risco, mostrando o despreparo, o descaso e a convivência com a situação de crianças e adolescentes em situação de trabalho.

Esse programa, bem como a postura apresentada pelos gestores no mesmo evento, e também na reunião realizada na Câmara Municipal de Limeira (E5), refletiram uma representação social sobre a infância identificada no estudo iconográfico realizado por Ariès (1981), no qual descreve a ideologia da burguesia no século XIX cuja principal característica era o direcionamento dos filhos de operários ao trabalho e os filhos da burguesia ao estudo. Apesar dos avanços iniciais, o desafio que se coloca é a desconstrução de dois séculos de ideologia que favorece a incorporação precoce de crianças e jovens nos processos produtivos.

Por meio de ações engendradas no âmbito da rede formada pela Cometil, foi delineado um processo de transformação cultural.

Os eventos organizados cronologicamente evidenciam a instituição de práticas intersetoriais que envolveram processo constante de negociação. Elas foram gestadas na Cometil, em forma de governança em rede, que emergiram em consensos antes inexistentes, pontos de convergência entre diferentes olhares que foram essenciais para o desencadeamento de ações.

A Cometil valeu-se de uma estratégia que considera a compreensão ampliada sobre o problema como ponto de partida para o êxito de qualquer política pública. Essas ações podem ser compreendidas como ações de Promoção da Saúde que visaram ao desenvolvimento de habilidades dos profissionais dos três setores (educação, saúde e assistência social) e ao empoderamento de atores sociais da sociedade civil.

A assinatura do TAC (E10) foi um marco nessas ações, uma vez que comprometeu a Prefeitura Municipal de Limeira a organizar e executar ações que foram essenciais para os avanços no sentido da prevenção e da erradicação do trabalho infantil e proteção do trabalho do adolescente.

Este estudo mostrou que as instâncias municipais responsáveis pelo desenvolvimento de políticas voltadas à ETI não vinham desempenhando seu papel no município estudado. No entanto, com a mobilização iniciada pela Cometil e o respaldo do MPT, do MTE e do Cerest, ocorreram diversas ações, como mostrado na linha do tempo, fato que ilustra a importância da articulação intersetorial e do respaldo de instituições federais em ações locais (municipais) nas quais existem conflitos de interesses.

O curso de multiplicadores (E12), viabilizado pelo TAC, desempenhou papel estratégico, uma vez que disparou um processo de Educação Permanente em Saúde por meio da formação dos grupos territoriais (E14). A estratégia pedagógica de Paulo Freire usada no curso mostrou-se adequada para fomentar novas práticas sociais, tanto que fomentou a criação dos grupos que, desde então, continuam operando como um espaço para refletir as práticas. Na saúde, a maior aplicação do legado freiriano está relacionada aos processos de empoderamento e/ou desenvolvimento de habilidades, uma vez que, para o autor, o “verdadeiro conhecimento” está relacionado à interação entre a reflexão e a ação, ou seja, refletir sobre determinada prática, converter essa reflexão em novas ações e refletir sobre essas novas ações em um processo cíclico também denominado como práxis. O processo desencadeado pela práxis é capaz de produzir transformações sociais (FREIRE, 1998).

A ferramenta *Showed* (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1998), utilizada no curso, proporcionou uma reflexão crítica acerca de uma questão entendida como problema para a tomada de decisão e mostrou como atuar na transformação da realidade social observada. Os servidores dos setores educação, saúde e assistência social, que no início das articulações intersetoriais naturalizavam o problema do TI e lhe atribuíam um caráter protetor e formador para crianças e adolescentes das classes sociais menos abastadas, assumiram outra posição e adotaram um olhar crítico a partir das diversas ações desencadeadas a partir do curso e das estratégias de formação de multiplicadores (E12).

Os GTETIs criados confirmam que a estratégia de territorializar as discussões realizadas na Cometil viabilizou reflexões e ações mais pertinentes, fundamentadas pela prática de cada profissional em cada setor, além de aproximar-se da demanda real que se apresenta de modo distinto em cada território. Segundo indicado em algumas atas e discussões acompanhadas por alguns dos autores deste artigo, essa estratégia foi assertiva, uma vez que potencializou as ações de cada setor e possibilitou alcançar de forma

mais direta e com maior eficácia a população nos seus locais de moradia.

Outra evidência observada foi a organização de ações de sensibilização que alcançaram a população de cada um desses territórios. Com autonomia, cada grupo desenvolveu, ao longo dos anos de 2009, 2010 e 2011, estratégias de sensibilização com enfoques distintos para alcançar públicos distintos.

A importância desses grupos reside no fato de que os territórios são espaços de relações, trocas, construção e desconstrução de vínculos cotidianos, de disputas, contradições e conflitos, de expectativas e sonhos, enfim, são os espaços nos quais a vida dos sujeitos se desenrola. Por essa razão, deve ser também o terreno das políticas públicas, onde se concretizam as manifestações da *questão social* e se formatam os tensionamentos e as possibilidades para imprimir um novo curso nessa trajetória.

Nesse sentido, a Cometil vem conseguindo transpor barreiras e dá continuidade ao processo de “transformação cultural” enfrentando o desafio que é desconstruir a “ideologia do trabalho”.

A partir dos achados desta pesquisa, os autores sintetizaram o **Quadro 2**, que reúne informações segundo categorias e avalia alguns aspectos dos avanços obtidos por meio da formação e da consolidação da Cometil.

Do ponto de vista da produção de conhecimento e desenvolvimento de ações intervencionistas, faz-se necessário refletir sobre as abordagens e as ferramentas possíveis e capazes de alcançar as mudanças desejadas. O método de pesquisa e intervenção utilizado – a pesquisa-ação – valorizou e potencializou o protagonismo dos atores sociais em busca da transformação da realidade, especialmente dos trabalhadores do setor público e parte dos representantes sindicais. Contudo, encontrou limite no sentido de não apresentar ferramenta teórica que pudesse colocar todos os atores diante da realidade, de modo a identificar e enfrentar as contradições deste sistema de atividade. Em outras palavras, participar sem incluir no processo o estudo das contradições e da evolução histórica do setor parece ter contribuído para deixar para segundo plano o enfrentamento da realidade social a ser transformada.

A metodologia do “Laboratório de Mudanças” (LM) proposta por Engeström (2007) parece ser mais adequada para estudos e intervenções que visam a alterações no sistema produtivo por meio da implicação e envolvimento dos atores sociais, de modo a torná-lo sustentável, tanto do ponto de vista das relações humanas, quanto do meio ambiente (ENGESTRÖM, 2007; PEREIRA-QUEROL; JACKSON; CASSANDRE, 2011).

Quadro 2 Avaliação segundo dimensões observadas no estudo “A construção de políticas públicas em rede intersetorial para a erradicação do trabalho infantil em Limeira-SP”^{*}, antes e depois da formação e consolidação da Cometil^{**}

<i>Dimensões avaliadas</i>	<i>Antes da Cometil</i>	<i>Depois da Cometil</i>	<i>Norteadores para continuidade</i>
Conceito de trabalho infantil	Visão acrítica do trabalho infantil	Visão crítica em parcelas crescentes dos atores sociais	Aprofundar e dar seguimento às mudanças culturais
Capacidade técnica dos profissionais dos setores Educação, Saúde e Assistência Social para a ETI ^{***} (promoção da saúde)	Baixa capacidade técnica; Poucos técnicos atuando;	Aprimoramento técnico para enfrentamento do problema; Número crescente de técnicos atuando	Dar continuidade às ações implementadas
Empoderamento dos profissionais envolvidos e da população como um todo (promoção da saúde)	Pouca ou nenhuma governabilidade sobre o problema	Ampliação da governabilidade sobre o problema (Termo de Ajustamento de Conduta e inter-setorialidade)	
Ações de Vigilância em Saúde	Não existiam ações de vigilância em saúde	Criação do Programa de Saúde Trabalhador; Levantamento da situação de trabalho infantil entre os usuários do SUS (2010); Registros de acidente de trabalho no Sinan e criação do Sivat	Avançar nas formas de abordagem; Envolvimento dos trabalhadores e empresários; Intervenção no fluxo do Arranjo Produtivo Local; Aprimorar fluxo de informações entre PST e Cometil
Governança em rede (construindo a intersetorialidade)	Não existia rede constituída	A Cometil e os GTETIs ^{****} viabilizam o processo de governança em rede; fluxograma intersetorial para encaminhamentos de casos ao Centro de Promoção Social (Ceprosom).	Dar prosseguimento e assegurar a participação de atores sociais para a transformação do quadro atual

^{*} Lacôrte (2012).

^{**} Comissão Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil de Limeira

^{***} Erradicação do Trabalho Infantil

^{****} Grupos Territoriais de Erradicação do Trabalho Infantil

Conclusão

O estudo revelou a necessidade de múltiplas estratégias para enfrentar o problema complexo que envolve o trabalho infantil e adolescente, algumas dessas iniciadas pelo trabalho da Cometil. No entanto, são imprescindíveis outras iniciativas de políticas públicas, pesquisas e intervenções para comprometer e mobilizar o empresariado e os trabalhadores do setor no sentido de equacionar o problema das terceirizações que dispersam parcelas do fluxo produtivo para o trabalho familiar.

A experiência da Cometil indica, por meio da formação e atuação dos GTETI, a potencialidade da estratégia da governança em rede aliada às práticas de Educação Permanente em Saúde, as quais ampliaram a capacidade dos técnicos atuarem sobre os determinantes de saúde. A estratégia se mostrou funcional em Limeira e a complexidade das questões enfrentadas sugere que também possa funcionar em outras localidades que apresentem problemas similares.

Os avanços observados se referem à construção de um olhar crítico por parte dos servidores muni-

cipais em relação ao problema do TI e do TA desprotegido, no entanto, é necessário avançar no envolvimento de trabalhadores e empresários do setor produtivo de joias para nele promover alterações.

A realidade estudada requer da Cometil e dos seus parceiros a proposição e a implantação de políticas públicas que visem também à geração de emprego e renda para melhoria da situação socioeconômica das famílias de modo que elas tenham condições financeiras para recusar propostas de trabalho perigosas como as ofertadas pelo fluxo produtivo em questão.

O caso estudado evidencia também que persiste no país, por ação ou omissão do Estado, famílias que, na busca por sobrevivência ou incremento no rendimento familiar imediato, entram em um ciclo vicioso que resulta na interdição da infância e no comprometimento do futuro de suas crianças e jovens que, pelo trabalho, podem ser condenados a uma limitação no desenvolvimento de suas capacidades. Conseqüentemente, essas crianças e jovens poderão se tornar adultos marginalizados, uma vez que não puderam se preparar devidamente para responder às exigências de qualificação do mercado de trabalho.

Na situação específica de Limeira, a mudança nos determinantes sociais situados no fluxo produtivo demanda, por parte do empresariado, o reconhecimento de que responsabilidade social implica no controle sobre a organização do trabalho e do seu fluxo produtivo. A organização do APL de joias e bijuterias de Limeira, caracterizada pelo processo de terceirização predatória, representa uma barreira para a sustentabilidade e a responsabilidade social. Se não é possível à empresa responsabilizar-se pe-

las conseqüências adversas do processo de terceirização, como afirmam os representantes do setor, a postura correta seria, então, não contratar terceiros e reabsorver os trabalhadores do setor. Ao contrário do alegado, o fato concreto é que as empresas formais e informais estão intrinsecamente ligadas: a produção formal depende das etapas informais para garantir o baixo custo produtivo.

Nesse sentido, a não adesão dos representantes patronais e dos trabalhadores do setor produtivo tem se mostrado a maior dificuldade para as ações intersetoriais promovidas pela Cometil e inviabiliza uma intervenção focada nos determinantes, como preconizam os pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador.

Para transpor essa barreira, são necessárias novas intervenções de políticas públicas que incidam sobre o fluxo produtivo e o induza a mudanças, por exemplo, por meio de financiamentos e incentivos que incluam como pré-requisitos a eliminação das terceirizações predatórias e o equacionamento dos problemas ambientais. Para essa finalidade, a metodologia do Laboratório de Mudanças será testada na continuidade das intervenções junto ao setor, uma vez que sua aplicação parece mais adequada ao enfrentamento dos desafios que vêm sendo percebidos justamente por preconizar um processo em que os atores sociais envolvidos criam coletivamente um novo objeto e motivo para suas atividades, assim como novas ferramentas e formas de organização social para resolver contradições que colocam a atividade em crise (ENGESTRÖM, 1999; PEREIRA-QUEROL; JACKSON; CASSANDRE, 2011).

Contribuições de autoria

Todos os autores tiveram contribuição substancial no levantamento e na análise dos dados e no processo de elaboração e revisão do manuscrito.

Referências

ALVES, G. *O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e a crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANTUNES, R. Dimensão da precarização estrutural. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. *A perda da razão social do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22

ASMUS, C. I. R. F. et al. Atenção integral à saúde de adolescentes em situação de trabalho: lições aprendidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 953-960, 2005.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 4 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 13 maio 2010.

- BRASIL. Portaria nº 3.120, de 1 julho de 1998. Instrução normativa sobre ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2 jul. 1998. Seção I, p. 36. Disponível em: <http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.
- _____. Secretaria de Atenção Integral à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 431, de 03 de dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/legislacao-2011/portarias/2008/Portaria%20no%20431-%20de%2003%20de%20Dezembro%20de%202008.pdf/view?searchterm=peti>>. Acesso em: 4 abr. 2010.
- _____. Portaria nº 458, de 04 de outubro de 2001. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/assistenciasocial/portarias/2001/Portaria%20no%20458-%20de%2004%20de%20outubro%20de%202001.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2010.
- _____. Portaria nº 555, de 11 de novembro de 2005b. Estabelece normas e procedimentos para a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/legislacao-1/portarias/2005/Portaria%20GM%20MDS%20555%2011-11-05.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2010.
- _____. Portaria nº 666, de 28 de dezembro de 2005c. Disciplina a integração entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Seção 1, n. 251, 30 dez. 2005. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/bolsafamilia/portarias/2005/Portaria%20GM%20MDS%20666%2028-12-05.pdf/view>>. Acesso em: 4 abr. 2010.
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente*. Brasília: MTE, 2004. 82 p.
- _____. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho 15ª Região. Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta 5537/2009, 21 p.
- CAMPOS, H. R.; ALVERGA, A. R. Trabalho infantil e ideologia: contribuição ao estudo da crença indiscriminada na dignidade do trabalho. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 6. n. 2, p. 227-233, 2001.
- CARVALHO, I. M. M. de. Algumas lições do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. *Perspectivas*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 50-61, dez. 2004.
- CASTEL, R. A nova questão social. In: _____. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. p. 495-591.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2004.
- _____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.
- CENTRO INTEGRADO DE ESTUDOS E PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (CIEDS). *Balanço social anual 2006*. 2006. Disponível em: <http://www.cieds.org.br/relatorios/Balan%20C3%A7o_social_2006.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2011.
- COMISSÃO MUNICIPAL DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL. Relatório analítico. 1ª Audiência pública sobre o trabalho infantil. Limeira, SP, julho 2007a. 41 p. Mimeografado.
- _____. Relatório analítico. 1º Seminário Municipal para erradicação do trabalho infantil: diagnóstico e alternativas. Limeira, SP, set. 2007b. 23 p. Mimeografado.
- _____. Relatório de sistematização das propostas. Oficina de integração interinstitucional das ações públicas para a erradicação do trabalho infantil no Município de Limeira. Limeira, SP, out. 2007c. 21 p. Mimeografado.
- COULON, A. *L'École de Chicago*. Paris: Presses Univessitaires de France, 1992.
- ENGESTRÖM, Y. Activity theory and individual and social transformation. In: ENGESTRÖM, Y.; MIETTINEN, R.; PUNAMÄKI, R. L. (Org.). *Perspectives on activity theory*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 19-38.
- _____. Putting Vygotsky to work: the change laboratory as an application of double stimulation. In: DANIELS, H.; COLE, M.; WERTSCH, J. V. (Org.). *The Cambridge Companion to Vygotsky*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p. 363-382.
- FERREIRA, M. A. F. Trabalho infantil e produção acadêmica nos anos 90: tópicos para reflexão. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 2, n. 6, p. 213-225, 2001.
- FERREIRA, M. A. L. *Estudo dos riscos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente na produção de*

- joias e bijuterias de Limeira*. 1995. 185 f. Dissertação (Mestrado)–Engenharia de Produção – Unimep, Piracicaba, 1995.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *PNAD 2001: Pesquisa nacional de amostra por domicílio – Trabalho infantil*. Brasília, DF: IBGE, 2001.
- KAMP, A.; NIELSEN, K. T. Regulação em rede do ambiente de trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 34, n. 119, p. 15-27, 2009.
- LACORTE, L. E. C. *A construção de políticas públicas em rede intersetorial para a erradicação do trabalho infantil em Limeira – SP*, 2012. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- LIMEIRA (Município). Câmara de Vereadores de Limeira. Registro audiovisual. *1º Seminário Municipal para Erradicação do Trabalho Infantil: diagnóstico e alternativas*, Limeira, 24 de agosto de 2007. Limeira, SP: Câmara de Vereadores, 2007a.
- _____. Câmara de Vereadores de Limeira. Registro audiovisual do evento. *1º Audiência Pública: 12 de junho de 2007*. 2007b.
- MAENO, M. et al. *Lesões por Esforços Repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)*. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br/publicações>. Acesso em: 10 nov. 2011.
- MINAYO-GOMEZ, C.; MEIRELLES, Z. V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 135-140, 1997.
- NOBRE, L. C. C. Trabalho de crianças e adolescentes os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 963-971, 2003.
- NOVOTNY, L. E. B. W. et al. Boas Práticas nas Ações Intersetoriais em Saúde: uma Iniciativa para a Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil no Pólo de Produção de Joias e Bijuterias de Limeira-SP. In: BARKER, S. L. (Org.). *Boas práticas do setor saúde para a erradicação do trabalho infantil*. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, 2009. p. 39-45.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Combate ao trabalho infantil*, 2011. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/combate-ao-trabalho-infantil-0>>. Acesso em: 13 nov. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO TRABALHO. *Convenção 182: Convenção sobre a proibição e ação imediata para erradicação das piores formas do trabalho infantil*. 1999. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/sites/all/ipecc/normas/conv182.php>>. Acesso em: 9 maio 2011.
- PEREIRA-QUEROL, M. A.; JACKSON FILHO, J. M.; CASSANDRE, M. P. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da Aprendizagem Organizacional. *Administração: Ensino e Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 609-640, 2011.
- QUIROGA, A. A produção de joias e bijuterias em Limeira, SP, um problema silencioso. *Jornal da Cultura*, São Paulo, 11 abr. 2009.
- ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.
- SCHWARTZMAN, S. *Trabalho infantil no Brasil*. Brasília: OIT, 2001.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2000.
- THOMPSON, E. P. *A formação da classe operária inglesa II: a maldição de Adão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- TONOCCHI, M. Produção de jóias em Limeira emprega 6 mil crianças e jovens. *Jornal O Estado de São Paulo*, São Paulo, 12 dez. 2006, p. A14. Disponível em: <<http://aprendiz.uol.com.br/content/crunislupr.mmp>>. Acesso em: 30 out. 2013.
- TRABALHO infantil: uso de solda faz 11 menores perderem impressão digital. *Gazeta de Limeira*, Limeira, p. 1-2, 25 de ago. 2007. Disponível em: <<http://www.gazetadelimeira.com.br/site/index>>. Acesso em: 30 set. 2009.
- UNITED NATIONS. *Declaration of the Rights of the Child*, 2000. Proclaimed by General Assembly resolution 1386-XIV of 20 November, 1959. Disponível em: <<http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/25.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2009.
- VILANI, J. A. S. A questão do trabalho infantil: mitos e verdades. *Inclusão Social*, Brasília, v. 2, n. 1, p. 83-92, out. 2006/mar. 2007.
- VILELA, R. A. G.; FERREIRA, M. A. L. Nem tudo brilha na produção de joias de Limeira – SP. *Produção*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 183-194, jan./abr. 2008.
- WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, New York, v. 15, n. 4, p. 379-394, 1988.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.

Andréa Maria Silveira¹
Elizabeth Costa Dias¹
Jandira Maciel da Silva¹
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro¹

Compassos e descompassos na trajetória do Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: 30 anos

Comings and goings in the 30-year trajectory of the Workers Health Special Service linked to the Minas Gerais Federal University Clinic Hospital

¹ Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Contato:

Andréa Maria Silveira

E-mail:

silveira@medicina.ufmg.br

Trabalho não subvencionado.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Resumo

Descrição analítica da experiência do Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1983 a 2012. Adotou-se como desenho de investigação a metodologia qualitativa e, por técnica, a leitura reflexiva de documentos, legislação e relatórios do serviço estudado. A trajetória do serviço é periodizada em três momentos enfatizando as principais características do trabalho desenvolvido. Na década de 1980 destaca-se o papel pioneiro da oferta de ações de saúde do trabalhador no estado de Minas Gerais focadas no desvelamento do adoecimento relacionado ao trabalho. Na década de 1990, enfatizam-se as dificuldades de funcionamento devidas ao afastamento de seus profissionais para capacitação e à crise dos hospitais universitários. Na primeira década do novo milênio, o serviço assume as responsabilidades de Centro de Referência Estadual em Saúde dos Trabalhadores e o desafio de compatibilizar a agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) com a agenda das instituições federais de ensino superior. A partir de 2011, o serviço redefine sua posição no interior do SUS, buscando o fortalecimento de seu papel de referência para ações de saúde de alta complexidade, formação de recursos humanos e pesquisa. A trajetória do serviço foi influenciada pelos eventos que definiram os contornos da saúde dos trabalhadores e da vida das universidades federais no país.

Palavras-chaves: saúde do trabalhador; serviço de saúde do trabalhador; avaliação; atenção à saúde dos trabalhadores.

Abstract

This paper is an analytical description of the experience carried out between 1983 and 2012 by the Workers' Health Special Service, linked to the Minas Gerais Federal University, Brazil. For the investigation design, a qualitative methodology was adopted and, as a research tool, a reflexive reading of documents, of the legislation and of the studied service management reports. The service trajectory is divided in three periods: in the eighties, it played a pioneering role by providing workers in the state of Minas Gerais with occupational health care; in the nineties it faced difficulties due to a crisis in university hospitals, and staff shortage as its personnel went through training. In the first decade of the new millennium, the service became a State Workers Health Reference Center, having to cope with the challenge of conciliating both the Brazilian Unified Health System – SUS' and the Federal High Education Institutions agendas. From 2011 the service redefined its function within SUS, seeking to strengthen its role as a reference for highly complex occupational health procedures, human resource training, and research.

Keywords: occupational health; occupational health service; evaluation; workers' health care.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 10/01/2013

Aprovado: 15/01/2013

Introdução

Este texto propõe uma reflexão acerca da trajetória do Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (SEST/HC/UFMG) considerando as características das práticas de serviço no interior de um hospital universitário. A abordagem entende a trajetória do serviço como um processo social multiforme, contraditório, sujeito a avanços e recuos, em que o novo contém o velho, registrando alguns momentos de ruptura, em que o novo aparece mais forte e incontido (BENJAMIN, 1985).

Entre os condicionantes da organização e do funcionamento do SEST/HC/UFMG, destacam-se variáveis de contexto do cenário mundial e brasileiro da saúde dos trabalhadores e as políticas e as determinações legais que regulam as instituições federais de ensino superior e o Sistema Único de Saúde (SUS), marcadas pela tensão entre as diretrizes do Ministério da Educação e Cultura (MEC) para os hospitais e as instituições federais de ensino superior e o processo de construção da saúde do trabalhador no SUS, em particular na última década.

Assim, o objeto de investigação deste texto encontra-se no campo das relações sociais e institucionais, buscando-se a compreensão dessas relações por meio da análise da trajetória de um serviço de atenção à saúde dos trabalhadores que funciona desde a década de 1980 em uma instituição federal de ensino superior.

Metodologia

Adotou-se como modelo de investigação a metodologia qualitativa e, por técnica de investigação, a leitura reflexiva da legislação brasileira, dos documentos que tratam das políticas de saúde dos trabalhadores e da política para hospitais universitários, da produção acadêmica e dos relatórios gerenciais do serviço estudado.

A trajetória do serviço é periodizada em três momentos, iniciando por sua criação nos anos 1980, no contexto do processo de organização do movimento da Saúde do Trabalhador e da Reforma Sanitária brasileira. Segue-se a análise de algumas características adotadas nos anos 1990 e início do século XXI, quando o Serviço foi credenciado como Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais (Cerest/MG), finalizando com a análise da conjuntura atual marcada pelas transformações no modelo de atenção do SUS e dos hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior.

A criação do SEST-HC-UFMG na década de 1980

No cenário sociopolítico dos anos 1980, o país vivia momento de reorganização social ensejado pelo processo de redemocratização e abertura política após os anos mais duros da ditadura militar. São marcas importantes desse período as lutas pelas eleições diretas e pela anistia, a reorganização social e sindical e, no campo da Saúde, o processo da Reforma Sanitária, no bojo do qual emerge o movimento da Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1991; GOMEZ, 2011).

Dias (1994) descreve o processo de construção de ações denominadas de Saúde do Trabalhador na rede pública de saúde em quatro períodos distintos: a) o primeiro, compreendido entre 1978 a 1986, marcado pela difusão das ideias; b) o segundo, entre 1987 a 1990, dedicado à institucionalização; c) o terceiro, de implantação dos serviços na rede pública de serviços, segundo as prescrições da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e da Lei nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b); d) o quarto, das possibilidades que se apresentam, ou o Devir. Nesse cenário, a autora destaca os serviços organizados nos hospitais de ensino, totalizando, em 1992, onze centros que realizam atividades voltadas para a clientela do Sistema Único de Saúde: Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, Universidade Federal Fluminense, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal de Maringá, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Minas Gerais.

A atenção à saúde dos trabalhadores nos hospitais universitários, devido às suas características e missões institucionais nos anos 1980 e 1990, caracterizava-se pela: prestação de assistência integral e especializada ao trabalhador com ênfase no diagnóstico e no tratamento das doenças relacionadas ao trabalho; capacitação de recursos humanos de nível médio e superior; realização de estudos epidemiológicos e clínicos sobre as doenças relacionadas ao trabalho prevalentes na região; e desenvolvimento de projetos educativos junto a trabalhadores, instituições públicas e outros setores da sociedade no tocante à relação saúde e trabalho (DIAS, 1994).

O papel dos hospitais universitários na atenção à saúde dos trabalhadores ensejou a realização do “Encontro sobre o papel dos Hospitais Universitários na luta pela saúde dos trabalhadores” durante a Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em julho de 1985, em Belo Hori-

zonte, reunindo 30 profissionais para a reflexão e a divulgação das experiências em curso (DIAS, 1984).

As principais dificuldades então encontradas diziam respeito: à ausência de uma rede hierarquizada de serviços, descaracterizando-os como centros de referência e obrigando-os a fazer atenção primária, secundária e terciária ao mesmo tempo; às deficiências crônicas de recursos humanos, instalações e equipamentos; às limitações técnicas das equipes de trabalho; aos conflitos com os departamentos de Medicina Preventiva decorrentes do componente clínico das atividades realizadas; e à não efetivação da participação dos trabalhadores (DIAS-LAUAR, 1985). Como se verá nas próximas sessões, decorridos 30 anos na trajetória do serviço em foco, parte dessas dificuldades persistem.

O SEST/HC/UFMG (inicialmente denominado Ambulatório de Doenças Profissionais – ADP) foi criado em 1983. O serviço foi pioneiro no estado de Minas Gerais enquanto centro especializado no diagnóstico, no tratamento e na orientação dos trabalhadores acerca das doenças relacionadas ao trabalho, na qualificação profissional e na produção de conhecimento no campo da Saúde do Trabalhador.

O serviço surgiu como fruto de um convênio entre a Fundacentro, o HC/UFMG e o então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Importante destacar que a Previdência Social, representada pela Coordenação de Acidentes do Trabalho do INPS e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), reconheceu o serviço como centro de apoio para o diagnóstico e o esclarecimento da relação dos problemas de saúde com o trabalho. Essa articulação interinstitucional conferiu aspectos particulares ao processo de constituição do serviço, pois, à época, essa prática era pouco comum na área da saúde (DIAS, 2010).

Deve-se também destacar que, à semelhança de outros serviços que se constituíram neste período no país, a parceria estabelecida, desde a primeira hora, com os trabalhadores organizados em sindicatos mais mobilizados em torno da luta pela saúde teve papel primordial, como bem assinala Lacaz (1996, 2007).

Em Minas Gerais, entre os sindicatos alinhados com ideias do “novo sindicalismo” que incorporaram as questões da vida cotidiana na luta sindical destacam-se o dos Petroleiros, dos trabalhadores de empresas telefônicas (Sintel), dos Metalúrgicos de Belo Horizonte/Contagem e de João Monlevade. A associação academia-movimento sindical, além de pouco comum à época, aconteceu em momento político de restrições da liberdade de associação.² Os

trabalhadores, representados por suas lideranças, participaram ativamente das reuniões realizadas às sextas-feiras pela manhã nas instalações do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina da UFMG, quando traziam demandas e ajudavam a desenhar a proposta do serviço e as estratégias para sua implementação juntamente com professores, alunos e profissionais das instituições da Saúde, do Trabalho e da Previdência.

Assim, o SEST/HC/UFMG nasceu comprometido com o objetivo de somar esforços na luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e saúde e contribuir para desvelar a ocorrência de agravos e doenças relacionados ao trabalho, ainda pouco reconhecidos e registrados no Estado, com destaque para a silicose e as intoxicações por metais pesados, particularmente pelo chumbo.

Em 1985, uma busca ativa de casos de intoxicação por chumbo realizada pelo serviço em pequenas montadoras de baterias automotivas localizadas na região central de Belo Horizonte encontrou um percentual de 70% dos trabalhadores intoxicados. Esses trabalhadores foram encaminhados para tratamento junto ao serviço e os casos notificados, à Delegacia Regional do Trabalho de Minas Gerais (DRT/MG). O episódio teve grande impacto na mídia local e conferiu visibilidade ao serviço, que passou, a partir de então, a receber enorme demanda espontânea, além de encaminhamentos de trabalhadores por sindicatos, pela DRT/MG e pelo INPS. Esses casos não chegaram a ser publicados, porém foram posteriormente reunidos e estudados por profissionais da DRT/MG (MARINHO-SILVA; FARIA, 1986)

Nesse período, a casuística atendida pelo Serviço começou a se diversificar. Aos trabalhadores intoxicados por chumbo, juntaram-se portadores de perfuração de septo nasal provenientes das empresas de cromagem, de hematopatias associadas à exposição a solventes orgânicos, silicose relacionada à indústria de extração de ouro no subsolo e à indústria de cerâmica sanitária. Em 1984, surgiram os primeiros pacientes apresentando queixas osteomusculares no contexto da então emergente epidemia de Lesões por Esforços Repetitivos (LER).

Desde o início, a equipe do serviço procurou articular o exercício da clínica, de forte expressão em uma escola médica tradicional como a Faculdade de Medicina da UFMG, com práticas da Saúde Coletiva. Porém, este exercício causava surpresa e críticas na Faculdade de Medicina, onde muitos estranhavam a atuação de docentes do Departamento de Medicina Preventiva, envolvidos na construção de um novo

² Aqueles que viveram e/ou que conhecem a história brasileira, nesse período, sabem avaliar o significado e as dificuldades para a construção desse trabalho conjunto.

modelo de atenção orientado pelo ideário da Saúde Coletiva, na assistência clínica à trabalhadores em um hospital. O SEST foi consolidando sua presença no HC, na UFMG e na sociedade. A criação do Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, com o suporte financeiro da Previdência Social, também no início dos anos 1980, permitiu que os médicos residentes fossem integrados ao serviço.

A eferescente discussão em torno da Reforma Sanitária e do novo sindicalismo constituiu o pano de fundo, no qual muitos residentes do programa vislumbraram possibilidades de uma formação profissional identificada com o interesse dos trabalhadores, alinhada ao movimento de construção do SUS no país e voltada para um mercado de trabalho emergente, que era a assessoria sindical em saúde do trabalhador e os serviços públicos de saúde.

Além da identidade do serviço com o novo momento do país, a residência em Medicina Preventiva e Social com área de concentração em Saúde dos Trabalhadores do HC/UFMG conferia a seus egressos habilidades e competências de ordem prática – por ser uma formação em serviço – sem par entre outras modalidades de formação na área, particularmente entre os cursos de especialização em Medicina do Trabalho eminentemente teóricos, excessivamente focados no cumprimento de exigências legais, divorciados de uma concepção de assistência integral à saúde dos trabalhadores e que apresentavam concepções políticas, éticas e ideológicas distintas.

O cenário de formação consistia na oferta de serviços assistenciais de diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao trabalho de modo fortemente articulado ao movimento social, na participação em atividades dos grupos de pesquisa sobre o trabalho no âmbito universitário e dos grupos de discussão em torno da reforma sanitária e nos estágios em órgãos do SUS, junto a serviços de saúde do trabalhador de sindicatos de trabalhadores, Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho dentre outros. Paralelamente, marcou esta época uma eferescente militância dos médicos residentes em torno de partidos e grupos políticos de esquerda, grupos de oposição sindical, associações de médicos residentes etc., o que gerava um ambiente de debate (às vezes de franco conflito) e dinamismo no serviço.

O período foi marcado ainda pela produção de um *Manual de Rotinas do Serviço* (ASSUNÇÃO, 1992) e várias outras publicações que descreviam a experiência em curso (DIAS-LAUAR et al., 1984; DIAS-LAUAR et al., 1985; DIAS-LAUAR et al., 1989; RIGOTTO et al., 1984; RIGOTTO, 1989) e que se constituíram em referência para outros serviços.

Ainda nesta década, em 1987, foi criado o Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nusat) a partir da integração

das estruturas dos antigos Inamps e INPS. O Nusat, que contava com uma equipe multiprofissional, composta por médicos clínicos e peritos, assistentes sociais e sociólogos, foi outro fato importante no cenário da saúde dos trabalhadores em Minas Gerais. De seu Conselho Consultivo participavam a UFMG, representada pelo SEST, a Fundacentro, o Ministério do Trabalho e Emprego, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Estadual do Trabalho, o Ministério Público, sindicatos patronais e de trabalhadores. O conselho se reunia mensalmente e propiciava a discussão dos problemas de saúde do trabalhador do estado e uma articulação interinstitucional que, entre outros avanços, permitiu o arejamento da perícia médica da Previdência Social com impactos para além das fronteiras do estado de Minas Gerais. Contudo, a importância política e institucional do Nusat foi se esvaziando à medida que o SUS assumiu seu papel no campo da saúde dos trabalhadores a partir da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e da Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b). Além disto, as Leis nº 8.212 e nº 8.213 que tratam dos Planos de Benefícios e do Custeio da Previdência Social (BRASIL, 1993), respectivamente, deixaram claras as atribuições da previdência social, as quais excluem ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação física, então implementadas pelo Nusat para os trabalhadores vítimas de agravos relacionados ao trabalho. O Núcleo acabou por ser extinto em 1999.

Importante ainda registrar que, seguindo o fluxo de todo esse movimento político em torno da construção de ações de saúde do trabalhador, no que tange a políticas públicas de saúde, ocorreu a estruturação da área de Saúde do Trabalhador no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com a missão de implantar a Política de Saúde do Trabalhador no Estado. Surgem também os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador nos municípios de Juiz de Fora e Ipatinga.

A década de 1990 – A expansão das ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais e a redefinição do papel do SEST/HC/UFMG

A década de 1990 foi marcada, em Minas Gerais, pelo surgimento de outros serviços de saúde do trabalhador, particularmente na região metropolitana de Belo Horizonte (Belo Horizonte, Contagem e Betim), e o fortalecimento do Nusat na primeira metade da década.

No âmbito da SES/MG, a área atravessava dificuldades e desafios, envolvendo debate sobre o modelo de atenção à saúde do trabalhador no SUS e a necessidade de formação de recursos humanos. Neste cenário, a coordenação estadual estabeleceu estreita parceria com o SEST/HC/UFMG.

Por outro lado, a década foi marcada por uma grande crise dos hospitais universitários no Brasil. No HC/UFMG ocorreu demissão de profissionais contratados via fundação de apoio à pesquisa, redução do número de leitos, ameaças de fechamento do hospital, enfim, um ambiente institucional pouco favorável à expansão de ações.

O investimento maciço na qualificação dos quadros docentes no âmbito da UFMG exigiu rearranjos no serviço. Todos os docentes da área saúde e trabalho do DMPS se qualificaram em mestrado ou doutorado naquela década. Também houve cessão de docentes para o Ministério do Trabalho Emprego e saída de profissionais para participação em outros projetos, o que implicou em distanciamentos momentâneos do SEST. Essas mudanças foram responsáveis por desaquecimento das atividades. Cabe aqui esclarecer que o serviço, ao longo de toda a sua trajetória, teve sua operação calcada na atividade assistencial de docentes, médicos residentes e um médico contratado pelo HC, caracterizando-se, desta forma, como um serviço eminentemente médico. Essa composição básica se manteve ao longo do tempo.

A orientação institucional privilegiando a participação de professores em programas de pós-graduação *stricto sensu* e em atividades de pesquisa fez com que o grupo discutisse a pertinência da manutenção do programa de residência médica e do modelo de participação de docentes em projeto de extensão junto ao HC, atividade subvalorizada nos protocolos institucionais de avaliação de desempenho docente. A despeito deste cenário, optou-se pela manutenção do serviço e da residência, avaliando-se que eram importantes para o fortalecimento de uma política de saúde dos trabalhadores no estado, para a oferta de ações assistenciais em saúde do trabalhador e para a formação de recursos humanos na área para o SUS.

O descenso da Residência de Medicina Preventiva e Social, no final da década de 1980 e início da década de 1990, com redução crescente do número de candidatos ao concurso de seleção, exceto dos interessados na área de saúde do trabalhador, culminou em 1995 com a oferta do programa com apenas esta área de concentração, mostrando a vitalidade e a atração que a saúde do trabalhador exercia sobre os jovens médicos. Mantendo uma tendência que se constituiu na década de 1980, um número importante de egressos foi absorvido por assessorias sindicais em saúde do trabalhador e pelos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) surgidos na região metropolitana de Belo Horizonte.

No que diz respeito ao controle social, embora não existisse formalmente constituído um conselho gestor ou conselho de serviço, a participação de lideranças e militantes sindicais era intensa no cenário da saúde do trabalhador no estado de Minas Gerais, particularmente em Belo Horizonte. Destacavam-se metalúrgicos, bancários, eletricitários, trabalhadores em processamento de dados, telefônicos e da indús-

tria de plástico. Essas direções sindicais acionavam o serviço com frequência não apenas para encaminhar trabalhadores com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho, mas para discutir a agenda sindical de saúde no trabalho do período e solicitar orientação técnica e ajuda na interlocução com outras instituições. Eram numerosos os eventos e as publicações (boletins, jornais etc.) sobre o tema organizados pelas entidades sindicais no período.

A década de 1990 foi marcada também como um período de constituição de assessorias de saúde do trabalhador nos sindicatos maiores. Essas assessorias absorveram profissionais egressos da residência médica do SEST. Entre as categorias que optaram por este caminho, podem ser citadas: Metalúrgicos de Belo Horizonte e Contagem, Metalúrgicos de Betim, Mineiros de Nova Lima, Metabase de Congonhas, Aeroviários, Telefônicos, Eletricitários, Bancários, Metalúrgicos de Ouro Branco, Federação das Indústrias Extrativas, Petroleiros, Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Assistência Social, Previdência e Trabalho, Sindicato dos Trabalhadores Estaduais em Saúde, dentre outros. Isso permitiu a disseminação da “Escola da Saúde do Trabalhador da UFMG”, entendida como um modelo de intervenção nas relações saúde-trabalho por todo o estado.

Essas assessorias operavam com forte ênfase nas ações de vigilância, na negociação de contratos coletivos de trabalho e nas ações de formação de trabalhadores em saúde do trabalhador, além de encaminhar para o SEST os trabalhadores que necessitavam de intervenções diagnósticas e terapêuticas. Ocupavam, ainda, um papel importante amparando direções sindicais para participação em fóruns institucionais que discutiam mudanças na legislação e lutavam pelo aperfeiçoamento e a ampliação da oferta de serviços no interior do SUS, na Previdência Social, no Ministério do Trabalho e Emprego etc. Esses técnicos também ajudavam a manter a relação do movimento sindical com o serviço, em que pese ter sido uma década de enormes dificuldades para a sua sobrevivência (SILVEIRA, 1999, 2002).

A transformação do Serviço em Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador de Minas Gerais – Renast

No final do ano de 2002, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (Renast) no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002), favoreceu uma maior aproximação da Coordenação Estadual de Saúde dos Trabalhadores da SES/MG com o SEST/HC/UFMG com o objetivo de que este

serviço assumisse o papel de Centro de Referência Estadual em Saúde dos Trabalhadores de Minas Gerais (Cerest/MG), conforme definido na referida portaria.

Esta proposta ganhou aprovação imediata da SES/MG, sendo aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite, tendo em vista que a portaria enfatizava fortemente ações de natureza assistencial, que não eram mais executadas pelo Estado.

Por outro lado, o grupo do SEST/HC/UFMG considerou que os então 20 anos de implementação de ações de saúde do trabalhador no estado de Minas Gerais, a larga experiência em formação de recursos humanos e o forte compromisso da UFMG com a construção do SUS no estado de Minas Gerais legitimavam e credenciavam o serviço a assumir o papel de Cerest. Além disso, a proposta fortalecia a área de saúde e trabalho na universidade.

Assim, SES/MG e UFMG formalizaram, por meio de convênio firmado em 2003, a incorporação pelo SEST das atribuições do Cerest/MG. Este acordo perdurou até 2011, quando, após o término dos convênios, o SEST retornou à sua condição original de serviço de hospital universitário.

Os sete anos de convênio foram marcados por muitas realizações, mas também por dificuldades. No campo das realizações, devem-se destacar: a liderança no processo de elaboração de três protocolos de atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores para o Ministério da Saúde (anamnese ocupacional, intoxicação por chumbo, vigilância das populações expostas a agrotóxicos); a oferta de duas turmas do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador para técnicos do SUS; de curso de aperfeiçoamento em gestão em saúde dos trabalhadores; cursos de atualização em Saúde do Trabalhador para a Atenção Básica; cursos de leitura radiológica padrão Organização Internacional do Trabalho (OIT); cursos de introdução a pneumopatias ocupacionais; atividades de treinamento em serviço para profissionais da rede; organização de congresso internacional sobre exposições a aerodispersóides; curso de atualização em Lesões por Esforços Repetitivos; participação dos técnicos do serviço em atividades de capacitação promovidas por outros Centros de Referência ou pela Coordenação Estadual de Saúde dos Trabalhadores, particularmente capacitações em torno dos agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e outras capacitações para a atenção básica; produção do livro introdutório sobre saúde do trabalhador para o Curso de Especialização em Saúde da Família e de uma linha guia – Documento de Diretrizes – para apoiar a atuação das referências técnicas em Saúde do Trabalhador; além de financiamento de pesquisas e apoio à realização de inúmeros

encontros dos grupos técnicos dos Cerests regionais. Deve-se ainda destacar uma intensa participação em discussões acerca da política para a área junto à Coordenação Estadual em Saúde dos Trabalhadores e à Coordenação Nacional de Saúde dos Trabalhadores do Ministério da Saúde (CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES DE MINAS GERAIS, 2011b).

Entre os desafios enfrentados, destaca-se a dificuldade de atender as exigências da Portaria MS nº 1.679/2002 (BRASIL, 2002) quanto ao quadro mínimo de profissionais do serviço. Em um primeiro momento de funcionamento do Cerest, foram mobilizados profissionais originalmente lotados em outras áreas do Hospital das Clínicas e da SES/MG. Contudo, estes profissionais, por não terem sido, de fato, desonerados de suas atividades originais, não conseguiram se dedicar às atividades do Cerest, comprometendo significativamente seu funcionamento.

As restrições impostas pela própria portaria à contratação de pessoal com recursos da Renast, a exígua disponibilização, pelo Ministério da Educação (MEC), de vagas para os hospitais universitários e fenômeno semelhante no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde agravaram o problema, impedindo que o então Cerest/MG concretizasse a vocação multiprofissional e interdisciplinar do modelo da Saúde dos Trabalhadores e ampliasse o leque de ações implementadas e tivesse uma equipe melhor dimensionada à grandeza do trabalho a ser executado.

Além desses fatos de ordem política e legal, o núcleo duro do serviço composto por profissionais do quadro permanente da UFMG (docentes e profissionais médicos) optou pela busca de total integração ao SUS, ou seja, rejeitava-se fortemente o modelo de Centro de Referência enquanto “policlínica” de saúde do trabalhador enclausurada dentro do Hospital Universitário. Ademais, naquele período era quase que impossível a contratação de recursos humanos por meio de concurso público ou nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho. Desta forma, buscou-se integração com os serviços de reabilitação física e especialidades médicas já existentes no complexo hospitalar do HC e na rede SUS, o que reforçou a composição do quadro técnico do serviço fortemente centrada em médicos especialistas em saúde do trabalhador.

A meta era envolver os demais especialistas médicos e profissionais de saúde por meio da sensibilização para o adoecimento originado no trabalho. Essa decisão implicou em custos elevados, expressos no consumo de tempo em incessante atividade de negociação com os parceiros internos ao hospital e à rede, e em dificuldades de natureza ideológica e, muitas vezes, técnica para a implementação de ações

em sintonia com o modelo da saúde do trabalhador. Supostamente, a constituição de uma equipe própria multiprofissional e de médicos especialistas teria reduzido esse esforço, com atendimento de parte de cuidado dos pacientes internamente ao serviço.

Ressalta-se que a defesa da posição de integração do Hospital Universitário ao Sistema Único de Saúde enfrentou resistências de segmentos da comunidade universitária que viam na regulação pelo gestor municipal uma fonte de interferência do SUS no hospital, até então marcado pelo alto grau de autonomia na definição do perfil assistencial e das linhas de cuidado, muitas vezes orientados mais por interesses de pesquisa e comodidades para os docentes no processo de ensino do que pelas necessidades da população.

O hospital submete-se às exigências da Lei Federal nº 8.666/1993, que regula licitações e contratos na administração pública (BRASIL, 1993). A aplicação desta lei em um cenário de escassez de técnicos para a execução da atividade meio implicou em enorme desgaste para os gestores do Cerest, em inúmeras dificuldades na realização de processos licitatórios e na efetivação de compras de bens de capital e serviços. Por determinação da Advocacia Geral da União, os recursos destinados pelo Convênio SES/UFMG para as aquisições de bens de capital e material de consumo ficaram no âmbito da universidade, sendo repassados para a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep), interveniente do convênio, apenas os gastos com pagamento de pessoal nas modalidades bolsa de extensão, pagamento de autônomo e estagiário, desde que previstos nos planos de trabalho do convênio, o que também não se fez sem conflitos.

O desenvolvimento das ações de Visat também constituiu uma dificuldade, uma vez que os profissionais do SEST/HC/UFMG não eram autoridades sanitárias estaduais. Este fato impedia ou dificultava o acesso aos locais de trabalho, a relação com os municípios, a vigilância das situações de saúde e o acesso aos bancos de dados intra e extrasetoriais no campo da Saúde do Trabalhador. Entretanto, apesar das dificuldades, foram desenvolvidas ações integradas de Visat com outros Cerests, realizadas capacitações e desenvolvidos instrumentos para a Visat.

Outra dificuldade foi a compatibilização da agenda de ensino e pesquisa de uma instituição federal de ensino superior do porte da UFMG com a agenda do SUS de um estado que, como Minas Gerais, possui 853 municípios. Na esfera da universidade, o forte estímulo para o fortalecimento da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) e a valorização dos produtos decorrentes das atividades de pesquisa na avaliação do desempenho individual do docente

e do coletivo departamental (publicações de *papers* em revistas de grande impacto) colocaram os docentes envolvidos nas atividades do Cerest em situação de sobrecarga.

Esses docentes se viram premiados pela necessidade de compatibilizar as exigências de produtividade acadêmica, docência na graduação e pós-graduação e gestão universitária com uma agenda intensa de capacitação (especialização, aperfeiçoamento, atualização) voltada para a rede pública de saúde contando com um grupo reduzido de profissionais.

No que diz respeito às exigências de produtividade científica, ressalta-se que as necessidades urgentes de produção de tecnologias leves, de grande importância para a rede pública de saúde naquele momento (manuais, instruções, protocolos, rotinas etc.) implicam em esforço de pesquisa e elaboração intelectual que dificilmente vão ao encontro das linhas editoriais definidas pelos periódicos científicos, gerando uma produção que, embora de grande utilidade para a rede pública de saúde, é pouco valorizada no meio acadêmico.

Ao mesmo tempo, as demandas crescentes por oferta de capacitações ou participação em capacitações oferecidas por outros Cerests e o nível de gestão da política estadual transformaram-se em ponto de tensão, pois competiam com as demandas internas da universidade.

O programa de residência em Medicina do Trabalho abrigado no Serviço foi organizado a partir do reconhecimento da especialidade, em 2004, pela comissão composta por Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O programa é orientado na perspectiva dos valores e da proposta da Saúde do Trabalhador e dá continuidade ao processo de formação de médicos especializados no tema, existente desde a criação do serviço na década de 1980, até então certificada de forma precária. A solicitação de autorização da oferta desta residência à Comissão Nacional de Residência Médica em 2004 amparou-se ainda na expectativa de formar médicos do trabalho alinhados aos processos de trabalho do SUS e preparados para a criação e a consolidação da então nascente Renast no país (DIAS; SILVEIRA, 2004).

Desde então, foram formados 28 profissionais, apenas um dos quais foi absorvido pela Renast. Esta presença discreta dos médicos do trabalho formados pelo serviço nos Cerests, nos níveis centrais de elaboração, implementação e avaliação da política de saúde do trabalhador, resulta da baixa atratividade dos contratos oferecidos para estes profissionais nos níveis municipal e estadual da gestão do SUS em Minas Gerais, com salários pouco competitivos frente

aos oferecidos pela iniciativa privada, outras agências públicas (Ministério Público, INSS, órgãos do Judiciário etc.) e pelo próprio SUS para o trabalho em outras unidades do sistema (atenção básica e rede de urgência e emergência), pela ausência de carreira e pela preponderância de contratos precários.

Este cenário tem gerado conflitos com as gerações de médicos residentes mais recentes, que percebem o descompasso entre a oferta de um programa de formação em serviço, fortemente modelizado para as necessidades do SUS, a realidade do mercado de trabalho. Assim, ocorrem discordâncias entre docentes/preceptores e médicos residentes. Estes últimos pressionam por uma grade de atividades que privilegie conteúdos teóricos e cenários de aprendizado mais centrados em Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho e atividades periciais, nas quais vislumbram um maior e mais bem remunerado mercado de trabalho. Outra ordem de conflitos emerge em torno de posições frente à relação capital/trabalho, da forma de atribuir nexos aos agravos relacionados ao trabalho, do papel de protagonista a ser desempenhado pelo trabalhador na defesa de sua saúde etc., conflitos esses que têm matriz ideológica.

Na atualidade, é importante destacar o perfil delineado ao longo dos últimos 15 anos para os hospitais universitários dentro do SUS, como um novo desafio para o SEST.

No caso do HC/UFMG, o município de Belo Horizonte, desde 1994, responsabiliza-se pela gestão total dos recursos destinados aos serviços de saúde na cidade, implementando controle e avaliação junto a todos os prestadores contratados pelo SUS.

Em 1996, foi celebrado convênio entre a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde e o HC/UFMG, criando-se a Unidade de Pronto-Atendimento (PA), que se consolidou como porta de entrada ao HC juntamente com os ambulatórios. Propôs-se ainda o funcionamento ininterrupto desses ambulatórios e das enfermarias do HC de forma desvinculada do calendário de atividades acadêmicas. No período entre 2002 e 2004, vivenciou-se no hospital ampliação das atividades assistenciais com ênfase na média e alta complexidade.

Em 2005, foi firmado convênio global entre o HC/UFMG e o gestor do SUS de Belo Horizonte, em sintonia com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Esta contratualização previu fluxos de acesso aos serviços ambulatoriais, processos de referência e contrarreferência dos pacientes de Belo Horizonte e outros municípios, inserção do HC no sistema de urgência e emergência da cidade na condição de média e alta complexidade, valorização do progra-

ma de humanização, modernização administrativa, controle social e gestão participativa (COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2009).

Essas mudanças significaram importante avanço na integração do HC ao SUS e em mudanças na oferta de ações assistenciais de saúde do trabalhador implementadas a partir do hospital. A primeira delas diz respeito ao fato de subordinar à Central de Marcação de Consultas (CMC) do município de Belo Horizonte o encaminhamento de casos para o HC, privilegiando municípios e cidadãos de outros municípios pactuados com Belo Horizonte. Este fato contrariava a missão de referência técnica estadual do Cerest, o que levou à sua não inclusão no referido sistema.

Desta forma, o acesso de trabalhadores aos serviços de assistência do serviço continuou se dando com base em encaminhamentos diretos dos municípios de procedência, particularmente daqueles não cobertos por um Cerest regional. Se por um lado isso favoreceu o acesso à consulta especializada em saúde do trabalhador, por outro aprofundou dificuldades de acesso à propedêutica, aos recursos terapêuticos e às interconsultas de especialidades para trabalhadores não provenientes de Belo Horizonte ou de municípios não pactuados com a cidade. Além disso, mesmo para pacientes residentes em BH, é preciso considerar o fato de que no HC existem especialidades que têm 100% de suas consultas pactuadas com o município e reguladas pela CMC. Isto significa que o paciente do SEST que necessita de uma dessas especialidades deve retornar à Unidade Básica de Saúde, que o encaminhará via CMC para o especialista, não necessariamente no HC. Obviamente, esta situação é mais dramática para o trabalhador oriundo de outros municípios.

Embora destinado às ações assistenciais de média e alta complexidade não apenas por conta de sua condição de Cerest estadual, mas por estar dentro de um hospital universitário cuja missão definida pelo SUS é a ação assistencial mais complexa, dadas as fragilidades da rede, o Cerest ainda se dedica aos atendimentos que poderiam ser caracterizados como de menor complexidade. Este cenário vem se alterando desde a década passada e, atualmente, os casos de maior complexidade e referenciados pela rede ou por outros serviços respondem por mais de 65% dos atendimentos realizados (CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES DE MINAS GERAIS, 2011a).

Isso certamente reflete o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, os resultados das sensibilizações, os processos de capacitação em saúde para o trabalhador na atenção básica e uma mudança de perfil de clientela, particularmente a partir de 2008.

Uma das características mais marcantes desta mudança de perfil relaciona-se à redução numérica da demanda por serviços assistenciais. Este fato é curioso e contraintuitivo, uma vez que ocorre concomitantemente ao aumento de registro por parte da Previdência Social de casos de doenças relacionadas ao trabalho por meio do Nexo Técnico Epidemiológico – NETP (BRASIL, 2007). Uma hipótese, que exige pesquisa para sua comprovação, é que o NETP eliminou a necessidade de busca de um serviço especializado em saúde do trabalhador no SUS para amparar a luta pelo reconhecimento do nexo de uma doença com o trabalho.

Este fato era corriqueiro no passado, quando os relatórios da equipe técnica do serviço eram amplamente requisitados e nos quais se buscavam não apenas evidências de incapacidade para o trabalho, mas principalmente elementos técnicos para fundamentar a solicitação do nexo do adoecimento com o trabalho e, a partir daí, fortalecer a luta pelo acesso aos benefícios previdenciários específicos. O NETP eliminou em grande escala esta necessidade, sem prejudicar o acesso a serviços propedêuticos e terapêuticos oferecidos pelo SUS ou o sistema de saúde suplementar nas suas várias especialidades.

Aqui, reitera-se a hegemonia de uma nosologia na qual predominam doenças relacionadas ao trabalho e não doenças ocupacionais *sensu stricto*, portanto, doenças cuja abordagem curativa individual não foge ao domínio dos especialistas ortopedistas, psiquiatras, dermatologistas, otorrinos, dentre outros, ainda que destes profissionais frequentemente escapem as dimensões coletivas e da determinação pelo processo de trabalho, que exigem intervenções corretivas sanitárias sobre o local de trabalho.

Deve-se considerar, contudo, que, visando escapar ao NETP, grandes empresas implementam novas estratégias de ocultação do adoecimento de seus trabalhadores. Essas estratégias passam principalmente pelo custeio direto de tratamentos e afastamentos do trabalho sem encaminhamento para a previdência social, além de recorrerem sistematicamente dos nexos concedidos via NETP.

Esses trabalhadores, contudo, de uma forma geral, têm procurado o SEST apenas após a demissão, quando esta ocorre. Esta situação sinaliza desconhecimento de direitos trabalhistas e previdenciários, pequena abrangência e impacto das ações de fiscalização implementadas pelo Ministério do Trabalho e pela Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS e fragilidade das entidades sindicais no combate a este tipo de prática.

Outra possibilidade é o fato dos trabalhadores desconhecerem a existência do serviço, particularmente aqueles inseridos no mercado informal de tra-

balho. Isso sem contar o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde da própria rede, o que reduz as possibilidades de encaminhamento.

No caso do Cerest/MG, ressalta-se ainda a existência de quatro outros estabelecimentos vinculados à Renast, o que evidentemente diluiu a clientela, ainda que este pareça um fator de menor importância, haja vista o crescimento da força de trabalho no mesmo período.

A participação do movimento dos trabalhadores

Ao longo da primeira década do novo milênio, vários dos serviços sindicais de saúde do trabalhador foram extintos, adquiriram outros contornos ou perderam a visibilidade. Este processo ocorreu concomitantemente a uma grande migração de militantes sindicais e quadros técnicos empenhados na luta por saúde no trabalho, formados na década anterior, para a ocupação de cargos na administração pública ou para o trabalho em outras áreas.

Nesse cenário, a participação de trabalhadores e suas direções sindicais no cotidiano do serviço foi ficando mais diluída e pontual. Para exemplificar, em 2004 e 2005, quando das discussões para constituição do Conselho de Serviço, participaram usuários, membros do Conselho Estadual de Saúde, a maior parte dos quais vinculados a outros movimentos sociais, como associações de moradores e de portadores de patologias (muitos aposentados e sem inserção no mercado de trabalho), e dirigentes sindicais sem experiência no trato da questão da saúde no trabalho.

Foi elaborada uma proposta de regimento enviada para o Conselho Estadual de Saúde, a qual, contudo, nunca foi apreciada. Desta forma, o Conselho de Serviços não se fez realidade. No âmbito do Hospital das Clínicas, existe um Conselho de Usuários, com participação majoritária de representantes das associações de portadores de doenças e no qual as demandas por ações de saúde do trabalhador são praticamente inexistentes. Essa situação já teria sido identificada em outras instâncias de controle social (LACAZ; FLÓRIO, 2009). Atualmente, participam de forma mais intensa das discussões do serviço os trabalhadores rurais e as cooperativas de trabalhadores em lapidação de quartzo e metalúrgicos. Outras organizações de trabalhadores, embora encaminhem pacientes para atendimento, estabelecem interlocução com o serviço de forma eventual.

As grandes categorias profissionais cujos sindicatos tiveram participação intensa na construção do serviço na década de 1980 passaram por fortes mudanças nos seus processos produtivos e na sua

vida associativa. A maior parte desses trabalhadores que hoje é contemplada com acesso a serviços de saúde suplementar, parece pouco utilizar de forma rotineira o SUS, incluindo os serviços de referência em saúde dos trabalhadores, exceto em momentos de demissão involuntária e perda de acesso a serviços de saúde suplementar conflito do trabalhador com os profissionais da saúde suplementar, conflitos com a perícia da Previdência Social ou quando de demandas judiciais. Contudo, o serviço permanece uma referência para investigação de casos de adoecimento mais complexos.

Cabe registrar ainda que, embora a luta dos trabalhadores por saúde no trabalho no estado de Minas Gerais tenha recebido diferentes formas de registro histórico, nenhum estudo se debruçou sobre a percepção dos trabalhadores organizados acerca do SEST. Estudo realizado por Marino em 2008, referente à satisfação dos pacientes atendidos no serviço, identificou 90% de avaliação boa ou muito boa quanto à qualidade do atendimento médico, do atendimento da secretaria, das orientações recebidas, ao tempo de espera, ao tempo de agendamento e às instalações (MARINO, 2008).

Situação atual e perspectivas

No momento, o SEST/HC/UFMG deve se adequar à situação de inserção em um hospital regulado pelo gestor municipal. Isso diante do fato do serviço continuar funcionando como “porta aberta”, atendendo demandas de todo o Estado, o que exige esforço redobrado não apenas para garantir acesso do paciente a todos os procedimentos necessários à boa assistência, mas para conformar condições adequadas de custeio para a pesquisa.

Este processo de adequação deve considerar: os documentos legais que regulamentam os serviços e as ações em saúde do trabalhador no SUS; as demandas dos movimentos sociais; e a entrada no cenário da Empresa Brasileira de Gestão dos Hospitais Universitários (EBSERH), empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado que foi criada em 2011 pelo Decreto Presidencial nº 7.661 (BRASIL, 2011a). O estatuto da empresa determina no seu Artigo 3º que a empresa terá por finalidade:

a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição a autonomia universitária.

A Lei nº 12.550, de 15/12/2011 (BRASIL, 2011b) que autorizou o Poder Executivo a criar a empresa, determina no seu Artigo 2º que “a EBSERH terá seu capital social integralmente sob a propriedade da União” e no seu Art. 3º, parágrafo 1º, que:

as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O parágrafo 2º determina ainda que:

no desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSERH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Nos termos da prescrição legal, trata-se de empresa estatal, no âmbito do Ministério da Educação que prestará serviços de saúde alinhados à Política Nacional de Saúde. A despeito desses termos, dúvidas quanto à constitucionalidade da empresa vêm sendo levantadas (BRASIL, 2013).

A adesão à empresa foi definida no âmbito interno da UFMG e será seguida de apresentação da proposta de contrato pela empresa e discussão no Conselho Universitário, que poderá aceitar a contratualização ou não. A contratualização supostamente colocará fim aos problemas de custeio de recursos humanos. Atualmente, o hospital possui 738 trabalhadores cooperativados e 1.140 contratados via Fundação de Apoio (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2013), para os quais a substituição por profissionais concursados nos marcos do Regime Jurídico Único vem sendo reiteradamente recusada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onerando os cofres da instituição, que deve custear esta força de trabalho com recursos provenientes da prestação de serviços ao SUS.

Dada à insuficiência desses recursos, o HC-UFMG, à semelhança de outros hospitais universitários, vê-se constantemente ameaçado de insolvência, o que gera instabilidade institucional e compromete a capacidade de investimento (ANDREAZZI, 2013). Isso dificulta a expansão da prestação de ações de saúde ao trabalhador e a modernização do serviço, uma vez que implica na não contratação ou reposição de pessoal, proibida pelo Acordão 1.520/2006 do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2006), e dificulta medidas modernizadoras como a adoção de prontuário eletrônico, troca de equipamentos, expansão da oferta de serviços etc.

No momento, não está colocada no cenário outra proposta para solucionar a grave crise dos hospitais universitários. Nestes termos, caso ocorra a contratualização, tem-se a expectativa de manutenção da identidade de instituição de ensino e pesquisa em condições organizacionais mais favoráveis para o pla-

nejamento da expansão da oferta de ações de saúde de uma forma geral. Tal expansão deve ocorrer em uma relação de sintonia com o SUS sem perder de vista a missão de realizar pesquisa e formar recursos humanos.

Foge aos objetivos deste texto a discussão dos marcos regulatórios da Saúde do Trabalhador no SUS. Entretanto, para a reorganização do SEST, é necessário considerar, no mínimo: as prescrições da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde; a Portaria nº 2.728/2009 (BRASIL, 2009a), que reestruturou a Renast; a Portaria nº 3.252/2009 (BRASIL, 2009b), que define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde; e a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

A RAS é definida como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, por meio da integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010)

A organização da RAS baseia-se na formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como centro de comunicação, uma vez que constitui o primeiro nível de atenção, caracterizado pela função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e o ponto a partir do qual se coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Na perspectiva da RAS, a Renast pode ser entendida como uma sub-rede temática responsável: pelo cuidado integral à saúde dos trabalhadores, formada pela rede de Cerest; pela inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica; pela implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; e pela instituição e indicação de serviços de retaguarda, de média e alta complexidade, chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.

A Portaria MS nº 3.252/2009 (BRASIL, 2009b) define que a Visat compõe o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e que, para garantir a integralidade do cuidado, esta deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde.

Portanto, o primeiro grande desafio a ser enfrentado pelo SEST/HC/UFGM é o de redefinir seu papel na Renast e na RAS. Nesta perspectiva, o serviço tem

discutido o desenvolvimento das seguintes frentes de trabalho: a) apoio matricial às ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador nos pontos de atenção da rede, em particular na Atenção Primária de Saúde; c) ações de educação permanente para os trabalhadores em geral e, em especial da rede SUS e d) realização de estudos e pesquisas acerca das condições de trabalho e das formas de adoecimento mais frequentes no Estado.

Entende-se por apoio matricial a retaguarda especializada a equipes e profissionais de saúde envolvidos com a atenção à população por meio de suporte técnico-pedagógico em construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas (CAMPOS 1999, CAMPOS; DOMITI, 2007, BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Para a Saúde do Trabalhador o apoio matricial deve envolver as ações assistências e as de promoção e vigilância da saúde. Na atual configuração da Renast, o SEST pode desempenhar o papel de unidade de saúde matriciadora para todos os pontos de atenção da rede, com ênfase nos Cerests e nas unidades sentinelas. Este matriciamento exige a elaboração de linhas de cuidados para as formas de adoecimentos prevalentes, a adoção de tecnologias de ensino à distância e de telessaúde, entre outras, nas quais o HC/UFGM já possui *expertise* (ALKMIN, 2010; ANDRADE et al., 2011).

Outro desafio para o serviço, na medida em que ele assume seu papel dentro da Renast, deixando de ser “porta aberta”, é aperfeiçoar a sintonia com o movimento organizado de trabalhadores. Neste sentido, a retomada desta parceria histórica cresce em importância, expressa nas demandas que atualmente chegam ao serviço, vindas de trabalhadores dos mais diversos setores produtivos, como, por exemplo, da indústria extrativista vegetal e mineral, metalurgia, assalariados rurais.

O fortalecimento do desenvolvimento de estudos e pesquisas, particularmente aquelas alinhadas às prioridades estratégicas da saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS, constitui outra perspectiva inescusável e fundamental à garantia de legitimidade para um serviço de hospital universitário. Ser lócus de realização de pesquisas preferencialmente em parceria com os programas de formação de recursos humanos em nível de pós-graduação é importante para a formação de pesquisadores, pessoal vocacionado para a docência e para a assistência e gestão em saúde do trabalhador. Obviamente, diante do cenário institucional descrito, é importante que se viabilize mecanismos adequados de financiamento junto a órgãos de fomento.

Considerações Finais

A experiência do SEST do Hospital das Clínicas da UFMG retrata o esforço de construir a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS a partir da inserção em um hospital universitário. Esta trajetória é marcada pelas dificuldades decorrentes da necessidade de operar segundo lógicas por vezes concorrentes (diretrizes e marcos legais para instituições federais de ensino superior X diretrizes e marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde), o que, contudo, não impediu a formação de recursos humanos, a produção de serviços assistenciais e a produção acadêmica em sintonia com as necessidades do SUS.

Contribuições de autoria

Todos os autores deram contribuição substancial no projeto e no delineamento, no levantamento de dados, na elaboração do manuscrito, na sua revisão crítica e na aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

ALKMIM, M. B. M. et al. *Teleassistência para municípios remotos do Estado de Minas Gerais*: ampliando a atuação geográfica dos Hospitais Universitários. 2010. Disponível em: <http://melhorespraticas.mec.gov.br/arquivos/ufmg_telemarketing.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2012.

ANDRADE, M.V. et al. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais: projeto Minas Telecardio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 97, n. 4, p. 307-316, 2011.

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 275-284, 2013.

ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). *Manual de rotinas do ambulatório de doenças profissionais*. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1992.

BENJAMIN, W. *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política*. 4 ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2007. Disponível

em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2007/6042.htm>>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Aprova o estatuto social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Lei nº 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm. Acesso em: 03 nov. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Lei nº 12.550, de 15 de Dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. de 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 17 de set. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 de nov. 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2009b, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf>. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. Supremo Tribunal Federal (STF). Questionada lei sobre empresa pública de serviços hospitalares. *Notícias STF*, Brasília, DF, 7 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=227949>>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1520/2006 – Plenário. Relator Marcos Vinicius Vilaça. Julgamento em 23 ago. 2006. *Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 ago. 2006. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/016954.pdf>. Acesso em: 09 set. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Educação Médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 399-408, 2007.

CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES DE MINAS GERAIS. *Relatório de atendimentos 2010*. Belo Horizonte, 2011a.

_____. *Relatório de atividades 2006-2010*. Belo Horizonte, 2011b.

COSTA, M. C.; MOTA, J. A. C.; FIGUEIREDO, R. C. P. A nova dinâmica institucional do Hospital das Clínicas da UFMG: o projeto de unidades funcionais e a contratualização com o SUS/BH. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 269-275, 2009.

DIAS, E. C. 25 anos de criação do ambulatório de doenças profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG: celebrando o passado e construindo o futuro. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, p. 3-4, 2010.

_____. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. 350 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

_____. Implantação de um Programa de Saúde Ocupacional no ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA-SBPC, 36., 1984, São Paulo. *Anais...* São Paulo: SBPC, 1984. v. 1. p. 72-72.

DIAS, E. C. et al. Atividades Desenvolvidas pela Área de Saúde do Trabalhador do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Minas Gerais. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 35-40, 1989.

DIAS-LAUAR, E. C. et al. Implantação do Programa de Saúde Ocupacional no ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 12, n. 48, p. 71-75, 1984.

DIAS-LAUAR, E. C. et al. *O papel do hospital de ensino na luta pela saúde do trabalhador – uma reflexão sobre o trabalho nos ambulatórios especializados no*

- atendimento da doença ocupacional. Belo Horizonte: SBPC, 1985. Relatório Final do Encontro de Serviços Especializados, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC.
- DIAS, E. C.; SILVEIRA, A. M. A formação do médico do trabalho: residência médica em foco. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 2, p. 04-10, 2004.
- GOMEZ, C. M. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, M. C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-36.
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte: HC/UFGM, 2013.
- LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimento em práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.
- _____. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 456 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- LACAZ, F. A. C.; FLÓRIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde da virada do século XX. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2123-2134, 2009.
- MARINHO-SILVA, A.; FARIA, M. P. Análise de acidentes do trabalho ocorridos durante parte do ano de 1983 na Grande Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 53, p. 26-32, 1986.
- MARINO, M. *Avaliação da expectativa e satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido no Centro de Referência Estadual em Saúde dos Trabalhadores de Minas Gerais*. 2008. 51 f. Monografia (Conclusão de Curso)-Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- RIGOTTO, R. M. Rotina para condução de casos de intoxicação por chumbo metálico e seus compostos inorgânicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 16, n. 66, p. 14-21, 1989.
- RIGOTTO, R. M. et. al. Implantação do Programa de Saúde Ocupacional no Ambulatório do Hospital das Clínicas da UFGM. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 12, n. 48, p. 71-75, 1984.
- SILVEIRA, A. M. A participação dos trabalhadores na redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. v. 2, p. 1817-1833.
- _____. Negociando a lei: saúde nos contratos coletivos de trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 25, n. 95/96, p. 19-34, 1999.

Ações de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente: análise da atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas em postos de combustível

Ana Paula Lopes dos Santos¹

Francisco Antonio de Castro Lacaz²

Surveillance actions in worker's health and environment: analyses of the procedure carried out in gas stations by the Campinas Worker's Health Reference Center, Campinas, SP, Brazil

¹ Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Contato:

Ana Paula Lopes dos Santos

E-mail:

anapaulalopes.uff@gmail.com

Trabalho baseado na tese de Doutorado de Ana Paula Lopes dos Santos intitulada *Tecendo redes, superando desafios: estudos dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo*, defendida em 2010, na Universidade Federal de São Paulo.

Financiamento: Ana Paula Lopes dos Santos contou com bolsa de doutorado da Capes.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: 11/03/2012

Revisado: 01/08/2013

Aprovado: 08/08/2013

Resumo

Frente às mudanças no mundo do trabalho contemporâneo e suas repercussões sobre a saúde e o ambiente, novos desafios se impõem à Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Com o objetivo de analisar as experiências neste campo, estudamos o Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas/SP. A partir de entrevistas com profissionais de saúde e outros atores envolvidos no projeto, reconstruímos seu percurso, avaliando potencialidades e dificuldades enfrentadas. Observamos que a construção coletiva das ações e a formação de agentes para a realização da vigilância nos postos de combustível articulou profissionais de diversas formações, especialidades e de diferentes instituições. Para os entrevistados, tal processo ampliou o olhar dos envolvidos sobre a exposição ao risco químico e uniu esforços, repercutindo na melhoria das condições de trabalho, no aumento do controle social e na regulamentação das formas de produção, distribuição e consumo dos combustíveis. As dificuldades apontadas consistem naquelas relativas ao trabalho em grupos, ao que se alia a sobrecarga de trabalho. Concluímos que a definição de ações prioritárias que visem à formação de redes intra e intersetoriais é estratégica para modificar de forma positiva os processos de trabalho em prol da saúde e ambiente.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; saúde ambiental; Sistema Único de Saúde; vigilância em saúde do trabalhador; postos de combustível.

Abstract

Due to the changes in the contemporary labor world and their repercussions on health and environment, new challenges are posed to Worker's health Integrated Care from the Brazilian National Unified Health System. Aiming at analyzing the experiences in this field, we examined the Surveillance Project carried out in Gas Stations by the Worker's Health Reference Center of Campinas, São Paulo. Based on interviews with health workers and other actors involved, we reconstructed its trajectory estimating its potentialities and difficulties. We observed that the collective construction of actions and the preparation of the agents to conduct surveillance in gas stations joined professionals from different institutions, with distinct backgrounds and expertise. In the interviewees' opinion, the process improved the involved agents' view concerning exposure to chemical risk, and gathered efforts which resulted in improving working conditions, and enlarging social control, besides regulating the gas production, distribution and consumption. They mentioned difficulties related to group work added to overload of work. We concluded that establishing priorities aimed at developing intra and inter-sector networks is strategic to change working processes in such a way that it benefits health and environment.

Keywords: worker's health; environmental health; Brazilian Unified Health System; worker's health surveillance; gas stations.

Introdução

Vigilância em Saúde do Trabalhador e Ambiente: um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS)

Com o avanço da globalização capitalista, as relações entre trabalho, saúde e ambiente se complexificam:

A crise ambiental global tem obrigado todos os setores da sociedade a rever conceitos e valores, explicitando conflitos de interesse e evidenciando a insustentabilidade do modelo de desenvolvimento. (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006, p. 171)

Com a crise, configura-se um mecanismo de exportação dos riscos para os países subdesenvolvidos, temática apontada por autores estrangeiros desde os anos 1980 (BAGNARA; BIOCCA; MAZZONIS, 1981; CASTLEMAN, 1983) e que passou a ser apropriada por autores brasileiros (RIGOTTO, 2003; RIGOTTO; AUGUSTO, 2007). No que tange, por exemplo, aos produtos químicos produzidos, as inovações tecnológicas têm colocado no mercado entre 1.000 e 2.000 novas substâncias por ano, em uma velocidade muito maior do que a capacidade científica e institucional de analisá-las (PORTO; FREITAS, 1997). Com isso, as enormes quantidades de produtos químicos disponíveis:

[...] têm resultado em níveis de poluição em escala tal que vem alterando a composição química das águas, do solo, da atmosfera e dos sistemas biológicos do planeta, colocando em risco não só o bem estar, mas também a sobrevivência do planeta. (FREITAS et al., 2002, p. 251)

Da mesma forma, no Brasil, o crescimento dos problemas relacionados à segurança química ocorreu em proporção muito maior à capacidade que o Estado tem apresentado de enfrentá-los. A utilização indiscriminada dos recursos naturais e sua contaminação em função da coexistência de modos de produção arcaicos e modernos resultaram em diferentes formas e níveis da poluição química, o que impõe a necessidade de intervir sobre velhos e novos problemas (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

Historicamente, em âmbito nacional, a questão ambiental, no que tange à saúde, esteve vinculada ao saneamento básico e ao tratamento da água. Na década de 1970, em São Paulo e no Rio de Janeiro, são criadas, respectivamente, a Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental (Cetesb) e a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA), sem qualquer vínculo com o sistema de saúde (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998). No entanto, a partir da década de 1980, diante do surgimento do campo Saúde do Trabalhador (ST), a relação entre produção, saúde e ambiente (LACAZ, 1996) fica cada vez mais perceptível, o que se articula, na década de

1990, com as preocupações advindas da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998). Nesse sentido, a incorporação da Vigilância Ambiental em Saúde é recente (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006), sendo conceituada como:

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos, em especial as relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, saneamento básico, disposição de dejetos humanos e animais e condições habitacionais. (BRASIL, 2002, p. 18-19)

Para orientar tais ações sobre o ambiente, Rigotto (2003) aponta a importância de estudos e pesquisas visando à avaliação de riscos, à implantação de programas de monitoramento ambiental pelas autoridades, à construção do aparato legal e institucional, tendo, como premissa norteadora, a interface entre ST e Saúde Ambiental (SA), que se configura como um caminho promissor, visto que ambas:

[...] podem se nutrir de uma mesma cosmovisão, de um olhar abrangente que contemple estas férteis e complexas inter-relações, para com ele iluminar a pesquisa, a formação dos profissionais, as políticas públicas e a ação política da sociedade. (RIGOTTO, 2003, p. 400)

O sucesso desse empreendimento depende de pesquisadores dispostos ao diálogo, competentes em suas áreas e com marcos referenciais teóricos e metodológicos construídos e compartilhados em grupo (PORTO; ALMEIDA, 2002), e essa aproximação de diálogos, ações, atuações e visões pode ser favorecida pelo conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat).

A Visat se constitui como uma prática interinstitucional e interdisciplinar na perspectiva da construção de processos articulados de intervenção sobre os processos de trabalho na relação com a saúde (MACHADO, 2005a) e contempla a integridade das ações na organização dos serviços por meio do trabalho em equipe multiprofissional e da relação complementar de vários serviços (SPEDO, 1998). De acordo com Machado (1996), o caráter interinstitucional, interdisciplinar e de integridade de ações é alcançado de duas formas. A primeira inclui como fundamental a efetiva participação dos trabalhadores na definição de prioridades, na preparação das inspeções sanitárias, na definição de propostas e na análise e avaliação dos resultados como forma de controle social, transparência institucional, garantia de qualidade e implementação

das propostas fundamentadas na incorporação do saber e força política dos trabalhadores. A segunda ressalta as necessárias articulações entre academia, órgãos de vigilância, outros órgãos relacionados à saúde dos trabalhadores (como Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro, Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego – SRTE), empresas, representações de trabalhadores (sindicatos), assim como as relações estabelecidas entre os órgãos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. A relação das investigações com processos de tomada de decisão no nível das empresas e do poder executivo depende da forma e da força com que se estabelecem tais articulações (SPEDO, 1998).

Tais abordagens foram incorporadas em algumas experiências nos serviços de saúde e institucionalizadas pela Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme Portaria MS/GM nº 3.120 de 01/07/98 (BRASIL, 1998). Nela, a atividade de Visat implica na superação dos limites conceituais e institucionais das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária, sendo conceituada como:

[...] uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. (BRASIL, 1998)

A implantação das ações de Visat resulta em uma diversidade de experiências que tem como elemento comum “[...] um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores” (MACHADO, 1997, p. 34). Apesar das dificuldades colocadas, influências da prática cotidiana de Visat, desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), trouxeram uma mudança no perfil e na magnitude das estatísticas de certas doenças profissionais no Brasil, como o benzenismo em trabalhadores siderúrgicos na década de 1980 e as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) na década de 1990 (MACHADO, 1996; LACAZ, 1996). Além disso, tais experiências incorporaram denúncias de trabalhadores e casos graves de acidentes e doenças como eventos sentinelas deflagradores de ações nos ambientes de trabalho (LACAZ, 1996).

Frente a essas mudanças que se configuram no mundo do trabalho contemporâneo e a suas repercussões sobre a saúde e o ambiente, faz-se necessária a discussão dos rumos das ações no âmbito do

SUS, visto ser nesse cenário de turbulência que os CRSTs constroem suas práticas (DIAS et al., 2008). O desenvolvimento de ações em ST que priorizem a intra e a intersectorialidade é considerado estratégico para superar as dificuldades e somar forças no sentido de modificar positivamente os processos de trabalho em prol da saúde e ambiente. Em relação à questão da segurança química, no plano da intervenção, é necessário agregar ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma atuação integrada e interinstitucional entre o Ministério da Saúde, do Meio Ambiente, da Previdência Social, do Trabalho e Emprego, dentre outros (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998; VASCONCELLOS, 2007). Desse modo:

Trabalhar integradamente as questões relacionadas à Saúde do Trabalhador e ao Meio-ambiente é um passo fundamental para se desenvolver novas abordagens teórico-metodológicas que possibilitem avançar nos processos de análise e intervenção sobre as situações e eventos de riscos que são colocados para os trabalhadores, populações vizinhas às indústrias e ao meio ambiente como um todo. (PORTO; FREITAS, 1997, p. 60)

Diante do importante desafio histórico e atual da integração entre Visat e a questão ambiental, o artigo traz resultados de pesquisa sobre a proposta do CRST de Campinas, que desenvolveu nos últimos anos a experiência de atenção integral à saúde na abordagem de riscos químicos. São exemplos de tal atuação: o caso da contaminação ambiental do bairro das Mansões Santo Antônio, onde dois edifícios residenciais foram construídos em uma área que pertencia à empresa Proquímica, que funcionou de 1973 a 1996 realizando atividades para recuperação de solventes (CARNEIRO; NAKAMOTO; VIEIRA, 2008); e o caso da contaminação dos trabalhadores e do território de entorno do Complexo Industrial Shell/Basf/Cyanamid, em Paulínia/SP, que funcionou de 1977 a 2002 formulando e sintetizando uma série de substâncias químicas para a produção de agrotóxicos (REZENDE, 2005).

O Projeto de Vigilância em Postos de Revenda de Combustíveis a Varejo/Postos de Abastecimento (PRCV/PA) também se enquadra nesta perspectiva de atuação e foi considerado exitoso pelos profissionais do referido CRST por atender aos seguintes critérios: ser desenvolvido por equipe multiprofissional; buscar integrar instâncias e profissionais do SUS (intrasectorialidade) e de outras instituições (intersectorialidade); proporcionar a participação dos trabalhadores.

A opção por esse objeto de estudo justificou-se pela necessidade de dar visibilidade à trajetória das ações consideradas exitosas desenvolvidas pelos CRST, bem como a suas potencialidades e dificuldades. Assim, pretendeu-se fornecer subsídios para análise dos problemas e das possibilidades existen-

tes a fim de apontar caminhos para a superação dos impasses e a construção de práticas de êxito em ST e Ambiente.

Considerações metodológicas do estudo de caso no CRST Campinas

Neste estudo de caso, realizou-se abordagem qualitativa (MINAYO, 1998; BECKER, 1999; YIN, 2001) mediante entrevistas estruturadas individuais com os seguintes atores envolvidos no projeto entre os anos de 2008 e 2009:

- do CRST: 1 gestor (fonoaudiólogo) e 4 profissionais (1 psicólogo, 2 médicos e 1 enfermeiro);
- da Vigilância em Saúde Municipal (Visa): 1 técnico ambiental, 1 médico e 1 engenheiro;
- da Divisão Sanitária do Trabalho do Centro de Vigilância em Saúde (CVS): 1 fonoaudiólogo; e
- do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador da Bahia (Cesat): 1 gestor ambiental que assessorou o projeto.

Além disso, entrevistamos 2 atores da Fundacentro de Campinas e São Paulo, 1 historiador e 1 químico e 1 profissional médico da SRTE de São Paulo. Foram ainda entrevistados 4 trabalhadores, sendo 2 deles do Sindicato dos Frentistas e 2 da Associação dos Trabalhadores Expostos a Produtos Químicos (Atesq). As 17 entrevistas foram gravadas, transcritas e sistematizadas nos seguintes eixos temáticos: equipe de trabalho, ações desenvolvidas, estratégias de trabalho, experiência em ST, ações consideradas exitosas, trajetória e inserção, potencialidades relacionadas às suas possíveis repercussões e dificuldade.

No mesmo período, a primeira autora participou como observadora de reuniões e seminários das Comissões do Benzeno e do CVS. Ademais, em paralelo à realização da entrevista, foi feita uma busca de documentos históricos e oficiais (planos e relatórios de ações) do CRST.

O instrumento metodológico adotado foi a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977), visando a apreender a presença de núcleos temáticos e submetê-los a uma interpretação mais profunda, relacionando-os à teoria e conceitos do campo ST. No entanto, não procedemos à contagem da frequência das unidades de significação presentes no discurso (MINAYO, 1998).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP 1467/06) e houve aprovação de todos os entrevistados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Saúde do Trabalhador e Ambiente em Campinas/SP

Campinas localiza-se na região noroeste do Estado de São Paulo, cerca de 100 km da capital, com população de 1.039.297 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007), sendo sede de região metropolitana composta por 19 municípios.

A atenção básica em Campinas estrutura-se em 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 4 serviços de pronto atendimento, 13 módulos de Saúde da Família com 41 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município tem 14 CRSTs, 3 ambulatórios de especialidades, 2 hospitais universitários, um hospital municipal, maternidades, hospitais privados e filantrópicos (NASCIMENTO; CORREA; NOZAWA, 2007). Estão alocados em cinco distritos de saúde: Norte, Sul, Sudoeste, Noroeste e Leste, cada qual com estrutura de Vigilância em Saúde (Visa), com média de 20 profissionais por equipe. Devido ao processo de descentralização das ações de vigilância do CRST, existem equipes de ST atuantes em cada uma destas Visas que são coordenadas pela Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa).

A rede de saúde municipal teve importante papel histórico no movimento de Reforma Sanitária Brasileira, sendo precursora da proposta de organização do SUS (NASCIMENTO; CORREA; NOZAWA, 2007). De acordo com Dias (1994), com a participação do movimento sindical e dos profissionais da saúde, é criado, em fevereiro de 1987, o Ambulatório de ST de Campinas em uma unidade básica de saúde. Em 1990, esse ambulatório é transformado em Programa de Saúde do Trabalhador (PST), adquire uma sede própria e assume a Coordenação de Acidentes de Trabalho, até então responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social. Em 1993, o PST torna-se CRST (MEDEIROS, 2001). Em julho de 2003, o CRST é habilitado à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com nove municípios na sua área de abrangência: Campinas, Americana, Arthur Nogueira, Cosmópolis, Hortolândia, Nova Odessa, Paulínia, Sumaré e Valinhos, com população entre 1,8 a 2 milhões de habitantes.

O CRST carrega uma trajetória marcante no movimento da ST (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2004), constituindo-se como importante referência para outros CRST no Estado de São Paulo e no país. Ao longo dessa história, o CRST buscou sucessivos processos de descentralização das ações voltadas para a saúde dos trabalhadores na rede de saúde, primeiramente no atendimento dos trabalhadores acidentados no trabalho, depois no atendimento aos trabalhadores

com LER e, finalmente, nas ações de Visat para as Visas do município. Nesse processo, a formação dos profissionais do SUS teve papel central no fomento às ações, mesmo com conflitos, conforme relataram os entrevistados.

As atividades de avaliação e planejamento das ações do CRST pautaram essa trajetória, construindo uma experiência marcada pela aproximação com as demais instâncias da rede do SUS e pela priorização de ações capazes de articular vigilância, educação e assistência, assim como de agregar outros atores institucionais e trabalhadores. O relato de um dos trabalhadores trata da importância da prática dos profissionais de saúde, da experiência empírica, dos percursos trilhados e da influência histórica como dispositivos de formação que garantem maior domínio e confiança de atuação dos profissionais, já descrita por Dias et al. (2008): “Na saúde pública, pelo menos em Campinas, tem uma experiência muito boa, de fazer ótimos planejamentos, diversas metodologias, enfim, tem *know how* pra isso” (Profissional ST 3).

O envolvimento dos profissionais do CRST Campinas nos casos do bairro Mansões Santo Antonio e Shell/Cyanamid/Basf, de Paulínia, propiciou um processo de formação concomitantemente à ação de vigilância. Isso permitiu aos envolvidos maior experiência na relação entre trabalho, saúde e ambiente, especialmente aquela implicada na contaminação química que afetou a saúde dos trabalhadores e da população do entorno, bem como o ambiente, em uma perspectiva participativa e integrada (SANTOS, 2010).

Postos de combustível

Hoje, sabe-se que a problemática dos postos de combustível, na relação com o ambiente, pela contaminação da água, do solo e do ar, deve ser considerada (SANTOS, 2010). A Cetesb, na qualidade de órgão fiscalizador e regulador das questões relativas ao meio ambiente no Estado de São Paulo, disponibiliza dados relativos às áreas contaminadas, entendidas como aquelas que podem gerar danos à saúde humana, comprometimento dos recursos hídricos, restrições ao uso do solo e danos ao ambiente (CETESB, 2012).

Observa-se, pelos dados oficiais referentes ao Estado de São Paulo (CETESB, 2012), que, em um total de 4.572 áreas classificadas como contaminadas, 3.510 são em postos de combustível, isto é, 76,77% das áreas registradas pela Cetesb até dezembro de 2012. Tal tendência é evidenciada em Campinas, onde, em 2008, havia 92 áreas contaminadas, 72 delas devido a postos de combustível, cerca de 78% do total. As principais situações de contaminação, no caso dos postos de combustível, estão relacionadas à arma-

zenagem e à infiltração de combustíveis, solventes aromáticos e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (PAM) advindos dos tanques subterrâneos (CETESB, 2012). Os principais meios impactados são solos e águas subterrâneas, dentro e fora da propriedade do posto de combustível (CETESB, 2012).

Frise-se que, desde 2001, é obrigatória a licença ambiental da Cetesb para funcionamento dos postos de combustíveis no Estado de São Paulo, renovável a cada cinco anos, conforme Resolução nº 5 de 28/03/2001 (SÃO PAULO, 2001). Para a Cetesb (2012), o crescimento das áreas contaminadas por postos de combustível está relacionada a tal programa de licenciamento, o qual exige investigação confirmatória para verificar a situação ambiental e a troca de equipamentos antigos, com mais de 15 anos de operação.

Por outro lado, a Agência Nacional de Petróleo – ANP (2011) informa haver outra questão que também constitui um sério risco à saúde dos frentistas: adulteração de combustíveis. Segundo legislação da ANP, a concentração máxima permitida de benzeno em gasolina automotiva pode variar entre 1% e 1,5%. No entanto, a própria agência já encontrou essa substância com 8% de concentração (COSTA, 2009). Diante deste cenário, a adulteração de combustível com o acréscimo no volume de benzeno também justifica a necessidade de ação não só frente aos danos que estes produtos podem gerar sobre a saúde dos trabalhadores, da população do entorno e dos consumidores, mas também por conta dos danos ambientais que pode gerar.

Pelo fato do benzeno ser uma substância reconhecidamente carcinogênica, considerada a quinta de maior risco à saúde humana pelo Programa de Segurança Química das Nações Unidas (COSTA, 2009), o Acordo Nacional do Benzeno (ANB) proíbe seu uso, exceto por empresas que o produzem ou o utilizem em síntese, como químicas, siderúrgicas e laboratórios, onde o benzeno não pode ser substituído. Essas empresas são cadastradas e devem observar um regulamento próprio, com a constituição de Grupos de Trabalhadores do Benzeno (GTB), que fazem parte das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes dessas empresas, como forma do controle social da exposição (MACHADO et al., 2003).

O ANB, firmado e regulamentado em dezembro de 1995, determina a criação da Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNBz), que apresenta prerrogativas para a discussão da proibição do benzeno em produto acabados, dentre os quais a gasolina (MACHADO et al., 2003), bem como para acompanhar a implementação e o cumprimento do Anexo 13A, da Norma Regulamentadora (NR) 15 da Portaria nº 3.214, de 08/06/1978, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE (BRASIL, 1978). A comissão é tripar-

tite, com representação do Governo (MTE, Ministério da Saúde – MS, Ministério da Previdência Social – MPS e Ministério do Desenvolvimento da Indústria e Comércio – MDIC), dos Trabalhadores (Central Única dos Trabalhadores, Força Sindical e Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria) e dos empregadores (Confederação Nacional da Indústria, Associação Brasileira da Indústria Química, Instituto Brasileiro de Petróleo e Gás, Instituto Brasileiro de Siderurgia e Petrobrás) (COSTA, 2009). Ao longo dos anos, foi estimulada a criação das Comissões Estaduais de Acompanhamento do Acordo (CEBz) e das Comissões Regionais (CRBz) nos locais onde existem empresas cadastradas, nos termos do ANB (ARCURI; CARDOSO, 2005).

A CRBz de Campinas foi consolidada, de acordo com os entrevistados, no ano de 2007 e, nesse mesmo ano, o atendimento no CRST Campinas de três trabalhadores frentistas com graves problemas de saúde, como alterações hematológicas, hepatite tóxica e epilepsia, torna-se o evento sentinela que aciona a CRBz. Tal episódio foi elemento disparador favorável para o desenvolvimento do Plano de Vigilância nos Postos de Combustível na cidade.

A trajetória do Projeto de Vigilância nos Postos de Combustível: trabalho interdisciplinar, intra e interinstitucional

De acordo com os entrevistados, o projeto dos postos de combustível é elaborado na CRBz, na qual atuam três subgrupos técnicos: de educação, para atividades de formação; de inspeções, para avaliar o cumprimento do acordo; e de vigilância, visando avaliar a exposição ao benzeno existente na gasolina. Inicialmente, o subgrupo da vigilância, responsável pelo projeto, era composto por duas profissionais, uma vinculada ao CRST e outra à Fundacentro de Campinas. Para os entrevistados, com a compreensão desses profissionais sobre a complexidade sistêmica da problemática dos postos de combustível em relação à saúde e ao ambiente, o primeiro passo para uma intervenção articulada foi ampliar a rede de pessoas envolvidas. As atividades de formação, segundo eles, foram determinantes para tanto. A formação com profissionais de saúde da rede municipal, vinculada à Vigilância Ambiental e às Visas de Campinas, favoreceu a entrada de novos profissionais na composição da equipe do projeto e redirecionou o foco da ação, dando-se prioridade aos postos com contaminação do solo e, por consequência, à investigação das condições de saúde dos trabalhadores desses Postos e da população do seu entorno:

Em cima dessa sensibilização dos grupos de vigilância ambiental e de saúde do trabalhador foi construído o projeto de forma coletiva, a gente fazia reunião,

passava o projeto, retirava objetivo e punha objetivo, todo aquele papo de construção realmente coletiva foi feito. Acho que isso ajudou o pessoal a se sensibilizar e se organizar em cima do projeto. (Profissional Fundacentro 2)

Conforme disseram os entrevistados, foram inúmeras as reuniões ao longo da concepção da proposta, dentro e fora da CRBz de Campinas, tanto para discuti-la internamente, quanto para apresentá-la para outras instituições, reforçando sua dimensão ampliada. O desfecho desses encontros é que esta atividade passa a ser associada àquelas já desenvolvidas pelos profissionais das Visas, nas áreas contaminadas, a partir dos programas Vigi-Solo e Vigi-Água no âmbito municipal. Para implementar tal atuação, os entrevistados relataram que a CRBz realizou um curso com aulas teóricas e práticas para aplicação do roteiro de inspeção, utilizado na experiência de vigilância em postos de combustível do Centro de Saúde do Trabalhador (Cesat) da Bahia, por demanda do Ministério Público daquele estado. Este roteiro foi discutido, aplicado e reelaborado em grupo. Assim, com as atividades formativas e a realização das reuniões, somam-se esforços de diferentes profissionais e instituições em torno de um problema comum, com a definição e a execução de atividades que ganham uma dimensão coletiva e interdisciplinar, conforme relataram os profissionais envolvidos e que foram entrevistados.

Considerando esses novos elementos e com dados da ANP, do INSS e da Cetesb, no primeiro semestre de 2008, o Projeto dos Postos de Combustível de Campinas tem sua elaboração finalizada no termo de referência intitulado “Projeto de Vigilância em Postos de Revenda de Combustíveis a Varejo/ Postos de Abastecimento (PRCV/PA)” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2009c), com a definição de objetivos, metas, parceiros e cronograma das atividades. O termo de referência contempla os problemas da adulteração do combustível, da contaminação de solo, água e ar, da atenção integral à saúde dos trabalhadores e da população do entorno. O plano envolvia a execução de ações de vigilância, assistência e educação em saúde, com abordagem voltada para trabalhadores, sindicatos, proprietários dos postos e profissionais das unidades de saúde, localizados nas regiões dos postos em área contaminada, a fim de instrumentalizá-los a respeito dos riscos e para o atendimento da população do entorno de uma forma diferenciada. De acordo com os entrevistados, tal termo foi apresentado ao Sindicato Patronal dos Postos de Combustível, à SRTE e à Cetesb.

Conforme relatam os profissionais de saúde entrevistados, a partir de 2008 a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, com representação na CNBz, iniciou a elaboração de

um projeto, em âmbito nacional, relativo à mesma questão. Os principais grupos envolvidos nessa elaboração são os de Campinas, que conta com instituições como CRST, Vigilância Municipal e CRBz; de Curitiba, cujo maior parceiro era o Ministério do Trabalho e Emprego; e de Salvador, desenvolvido pelo Cesat. Os profissionais desses grupos foram inseridos no projeto piloto, que subsidiou a discussão para a construção de uma política nacional: “O projeto nacional está buscando experiências e modelos regionais e locais. E nós somos esses modelos que eles estão usando” (Profissional Visa 3).

Da mesma forma, a Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho, do CVS, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), com representação na CEBz, dentro de seus programas prioritários, possui um deles com interface à proposta, o “Programa de Saúde do Trabalhador em Exposição ao Benzeno”. De acordo com profissional entrevistada, tal programa foi apresentado no Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e pactuado com os municípios no Plano de Ação de Vigilância Sanitária, sendo prevista a capacitação e atuação dos profissionais das vigilâncias municipais em postos de combustível.

O Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados do Petróleo de Campinas e Região (Sindicato dos Frentistas) participou do projeto desde o início. Os dirigentes sindicais entrevistados estimavam 5 mil trabalhadores associados ao sindicato e, apesar da alta rotatividade da categoria, consideravam que cerca de 90% eram sindicalizados. Além da sede de Campinas, o sindicato possui três sedes: em Americana, Limeira e Mogi Mirim.

No momento das entrevistas, os sindicalistas envolvidos haviam ingressado recentemente na proposta e expressaram a necessidade de conhecerem melhor a ação:

Nós vamos ter que acompanhar e dar um encaminhamento maior, porque nós temos uma preocupação muito grande com a saúde do trabalhador e é uma discussão muito aprofundada, porque a nossa categoria trabalha diretamente com os produtos inflamáveis, não só com produtos inflamáveis, com produtos insalubres, produtos químicos e tem o contato direto. (Trabalhador 1)

Já os trabalhadores representantes da Atesq, membros do Conselho Gestor do CRST, relataram, nas entrevistas, que sabiam das pesquisas existentes sobre a temática, expressavam conhecimento sobre os transtornos à saúde decorrentes da exposição continuada aos produtos químicos pela precocidade e gravidade dos casos e incorporaram o conceito de precaução: “É preferível e mais saudável trabalhar em cima da precaução, porque nós estamos falando da saúde” (Trabalhador 3). Esse conceito é expres-

so no artigo 255 da Constituição Federal (1988), em Leis ambientais e no Código Sanitário do Estado de São Paulo, que se refere à:

[...] desencadear ações preventivas (de antecipação) em caso de incerteza, dúvida; transferir a responsabilidade da prova aos proponentes da atividade; investigação ampla de alternativas para a ação prejudicial; aumentar a participação pública na tomada de decisões. (KRIEBEL; TICKNER apud REZENDE, 2005, p. 53)

Frise-se que tais trabalhadores sinalizavam a importância da incorporação desse conceito também no caso do Projeto dos Postos de Combustível (AUGUSTO; FREITAS, 1998).

Para alguns dos profissionais entrevistados, à medida em que ocorre a pactuação das ações de vigilância nos postos de combustível no âmbito do SUS, nos níveis nacional, estadual e municipal, elas tendem a convergir para uma ação transversal, visto que se tornou uma demanda de trabalho dos diferentes atores, fortalecendo seu compromisso com a produção de conhecimento e com a ação interinstitucional (MACHADO, 2005b).

Os resultados preliminares das ações do projeto serão apresentados a seguir.

O desenvolvimento de ações de vigilância nos postos de combustível e as mudanças na abordagem do processo saúde-doença

Em Campinas, o Projeto de Vigilância nos Postos de Combustível foi inserido como atividade do programa de exposição a produtos químicos e riscos à saúde humana, da Visa municipal. Cada distrito possuía profissionais do núcleo de Vigilância Epidemiológica, de Saúde do Trabalhador, de Saúde Ambiental e/ou do Núcleo de Vigilância Sanitária envolvidos. Das ações de vigilância nos postos de combustível, participavam equipes compostas por três profissionais: médico, enfermeiro, engenheiro de segurança e/ou tecnólogo em saúde ambiental. O principal instrumento utilizado era o Roteiro de Vistoria de Ambientes e Processos de Trabalho de Postos de Combustíveis a Varejo e Postos de Abastecimento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2009b), com dados sobre o posto em si, seus trabalhadores e as condições ambientais de exposição. “[...] desenharam junto com a gente uma proposta de ação desse projeto. O que nós vamos fazer no posto de combustível, o que nós vamos olhar, isso em conjunto” (Profissional Visa 1).

Quanto ao desenvolvimento das ações, os entrevistados disseram que, ao chegar aos postos, a equipe procurava conversar com o responsável presente

naquele momento e era aplicado o roteiro para verificação *in loco* da veracidade das respostas. Para eles, a equipe buscava dialogar com os trabalhadores, mesmo não existindo a inserção do sindicato nessas atividades, que ficaram restritas aos profissionais da vigilância em cada distrito. Os profissionais falaram da possibilidade de intervenção no momento da vigilância ou posteriormente a ela, tomando por referência a um banco de dados dessas informações.

De acordo com os profissionais entrevistados, a principal lei utilizada nas atividades de vigilância dos postos de combustível era a Lei Federal do MTE nº 6.514/1977 (BRASIL, 1977) e a Portaria MTb nº 3.214/1978 (BRASIL, 1978), que trata das Normas Regulamentadoras (NR). Destas, eram adotadas, nas ações de vigilância para vistoriar aspectos relacionados ao risco ambiental, à saúde ocupacional e às instalações elétricas, as NR 7, 9 e 10, respectivamente. Emanada do Ministério da Saúde, foram referidas, pelos entrevistados, a Portaria nº 518/GM (BRASIL, 2004), que estabelece os procedimentos e as responsabilidades relativos ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e a Portaria nº 3.120/1998 (BRASIL, 1998), instrução normativa que orienta estados e municípios nas ações de Visat no âmbito do SUS.

Na esfera estadual, o Código Sanitário do Estado de São Paulo, Lei Estadual nº 10.083/1998 (SÃO PAULO, 1998), foi considerado, pelos profissionais entrevistados, o principal instrumento base para as ações da vigilância, assim como a Portaria do CVS nº 02/2007 (SÃO PAULO, 2007), que obriga a apresentação de uma série de documentos no ato do cadastramento da solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano proveniente de mananciais subterrâneos, como os poços profundos.

Ainda em relação ao desenvolvimento das ações de vigilância do projeto, após a realização de duas inspeções (piloto) em cada distrito de saúde, realizou-se reunião no CRST com os profissionais de todas as Visas para apresentação dos resultados preliminares, avaliação do roteiro e compartilhamento das experiências acumuladas. Conforme programado, o CRST de Campinas realizou o atendimento dos trabalhadores dos postos, tendo como principal instrumento a ficha de acolhimento em ST para exposição a riscos químicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2009a), objetivando coletar dados sobre os trabalhadores e sua saúde. A ficha foi elaborada pelos profissionais do CRST, da Visa e da CRBz, tomando por base os procedimentos de atenção à saúde diante dos riscos químicos: “(...) demos uma reestruturada no que já tínhamos, porque nos baseamos no acolhimento da experiência da Shell. Então isso realmente nos facilitou bastante” (Profissional ST 12).

Além do atendimento dos trabalhadores, previu-se a realização de grupos focais com tais trabalhadores para discutir o processo de trabalho e os riscos à saúde e ao ambiente a fim de captar outros elementos não contemplados na ficha. Após a finalização da etapa piloto, os profissionais envolvidos concluíram as adequações ao protocolo de vigilância e à ficha de acolhimento dos trabalhadores a fim de subsidiar a ação tanto na rede de saúde de Campinas, quanto em outros municípios.

Potencialidades e desafios futuros

Quando da realização da pesquisa ora relatada, o Projeto dos Postos de Combustível estava na fase inicial, com algumas alterações no seu cronograma e ganhando amplitude com a entrada de novos atores. Um aspecto fundamental é que o processo de formação, seja através de cursos oferecidos pelas Comissões do Benzeno, seja dos cursos de especialização em ST organizados pelo próprio CRST de Campinas em parceria com a SES/SP e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sensibilizou e agregou os profissionais de saúde da rede e de outras instituições, que passaram a participar das sucessivas reuniões de planejamento das ações junto aos postos de combustível. Tal participação tem trazido maior envolvimento dos profissionais com a questão, na medida em que passam a se sentir integrantes de uma proposta que auxiliaram a construir (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Você tem uma construção de várias instituições e dentro dessas instituições, pessoas, que tem um olhar, querem trabalhar junto e entendem que não estão ali só pra se aposentar (risos) e sabe que pode ser mais eficiente se você trabalhar integrado. (Profissional ST 1)

A garantia de um trabalho verdadeiramente coletivo e integrado depende de inúmeros aspectos, dentre os quais a conexão dos diferentes processos de trabalho envolvidos, o estabelecimento de consensos quanto aos objetivos e resultados pelo conjunto dos profissionais, bem como a definição da maneira adequada para atingi-los (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). A necessidade da aproximação entre os atores e suas instituições em torno de um objeto ou plano comum, como é o caso do problema laboral e ambiental dos postos de combustível, demanda uma atenção especial sobre o processo formativo, fundamental para a disseminação da informação, para a produção de um conhecimento compartilhado, de uma linguagem também compartilhada, integradora e da construção das relações interpessoais, institucionais e políticas entre os sujeitos.

Para os entrevistados, o projeto ampliou o olhar dos atores envolvidos sobre a exposição ao risco químico no que se refere à construção de indicadores de saúde e ambientais, podendo ter como repercussões a melhoria das condições de trabalho nos postos de combustível, o aumento do controle social e a regulamentação dos processos relacionados à produção, à distribuição e ao consumo dos combustíveis, além de tratar do problema do uso do benzeno na gasolina e do processo de descontaminação das áreas afetadas.

Segundo Dias et al. (2009), ST e Saúde Ambiental são transversais e, portanto, exigem políticas públicas que articulem os diferentes setores sociais responsáveis pela produção e geração de riscos para a saúde dos trabalhadores, da população do entorno e do ambiente, assim como os setores responsáveis pela atenção integral, vigilância e reparação de danos. Dessa forma, o mérito do projeto, conforme relatado pela totalidade dos profissionais entrevistados, diz respeito ao caráter articulador com o qual a proposta foi construída, agregando profissionais de diversas profissões, especialidades e de diferentes instituições. O principal aspecto dessa integração, considerado nas entrevistas, refere-se ao comprometimento dos profissionais, à medida que o diálogo permanente, nas capacitações e nas reuniões da equipe do projeto, favoreceu tanto o entendimento do trabalho de cada profissional, quanto a unificação de esforços em comum:

Acho que esse projeto, na verdade, ele já está trazendo muita mudança, muito envolvimento (...). Eu acho essa estratégia inovadora e muito enriquecedora, está ajudando a gente a entender o trabalho de cada um, está integrando mais. (Profissional ST 2)

O sentimento de coautoria da ação é um poderoso instrumento para vincular o profissional à uma dada organização ou projeto (CAMPOS; AMARAL, 2007). Portanto, o que parece ter contribuído com esse envolvimento é a participação dos profissionais na construção do planejamento das ações, do cronograma da proposta, dos instrumentos a serem usados, com a realização de ações em conjunto e avaliações periódicas em reuniões específicas. Ou seja, os profissionais participaram das diferentes etapas do projeto, de modo coletivo e ampliado: “[...] o processo de trabalho a gente tem que construir junto com as pessoas, pras pessoas sentirem participar do projeto, todos” (Profissional Visa 2). Esse encontro permitiu a formulação e ajustes dos instrumentos de inspeção nos postos de combustível e de acolhimento dos trabalhadores no CRST, essenciais para orientação das ações práticas de vigilância e assistência em saúde, respectivamente.

O conhecimento adquirido sobre como integrar profissionais, trabalhadores e instituições é extremamente referenciado pelos entrevistados, conforme ilustrado abaixo:

Quando você passa a discutir sentado na mesma mesa com a equipe, todo mundo junto, na mesma roda, você troca definitivamente os olhares. E o que é bem interessante é um objeto totalmente novo pra saúde do trabalhador e pra vigilância ambiental. (Profissional Visa 3)

Ademais, a proposta agrega o conhecimento histórico do CRST de Campinas de ações planejadas em que a articulação intra e intersetorial tem sido produzida para agregar pessoas e instituições, numa intervenção pensada coletivamente. A formação dessa rede em torno de um mesmo objeto propicia a produção de um saber interdisciplinar, muito potente na intervenção, mas que consome maior tempo para seu amadurecimento e execução.

O trabalho em grupo envolve relações entre pessoas, sentimentos, expectativas, conhecimentos, interesses, afetos e desafetos, entre outras tantas questões, assim como demanda o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos (CAMPOS, 2007). Nesse sentido, “a dificuldade é a integração, a articulação, você vai estar trabalhando com vários órgãos, com pensamentos diferentes e interesses diferentes” (Profissional Cesat). A construção de ações em redes intersetoriais demanda implicação, esforço e habilidades das pessoas, que constroem o trabalho institucional, pois envolve diferentes perspectivas e espaços de poder de corporações e instituições (MACHADO; PORTO, 2003).

Vale ressaltar que alguns entrevistados expressaram que o envolvimento das instituições não se dá na mesma proporção, algumas participam ativamente, enquanto outras são referências de apoio para determinadas situações. De acordo com Machado e Porto (2003), as redes construídas nas ações de Visat são dinâmicas, de estabilidade provisória, e traduzem a conjunção e a integração de diferentes atores e interesses frente a problemas específicos, assim como a força dos trabalhadores e do setor saúde na sociedade.

Outro aspecto importante considerado por grande parte dos entrevistados diz respeito à integração entre ST e ambiente:

Acho que tem este potencial, diferente de boa parte dos outros locais do Brasil, que é de fato você ter essa discussão da saúde ambiental com a saúde do trabalhador. [...] E essa discussão do posto de gasolina está funcionando como um movimento pra fazer essa integração, gerando inclusive do ponto de vista concreto todas as dificuldades que isso tem. (Profissional SRTE)

As dificuldades apontadas pelos entrevistados consistem naquelas relativas ao trabalho em grupos com diferentes formações profissionais, saberes e vínculos institucionais, ao que se alia a sobrecarga de trabalho.

Porque todo mundo tem uma demanda muito grande, a unidade de saúde, os profissionais que estão envolvidos. Você conseguir que eles também consi-

gam absorver mais essa nova demanda, muitas vezes não é fácil. (Profissional ST 2)

O trabalho coletivo, conforme referem alguns entrevistados, requer muita criatividade e “jogo de cintura” para mediar conflitos e situações inusitadas que ocorrem no cotidiano do trabalho em ST, evidenciando as incertezas e os imprevistos presentes no processo de trabalho em saúde. Situações como tratar da saúde dos trabalhadores com donos de postos que adulteram combustíveis demandam dos profissionais em ST habilidade em lidar com a imprevisibilidade do seu trabalho em processos de negociação permanentes. Isto leva a pensar o quão desafiador foi a execução prática do Projeto, demonstrando que os sujeitos envolvidos estão buscando, incessantemente, a melhor forma de trabalhar, em um movimento para dominar os aspectos limitadores das suas ações, até porque continuam a desenvolver nas instituições de origem outras atividades, o que também é determinante do tempo de trabalho disponível para execução da ação de Vigilância dentro de um cotidiano de trabalho já sobrecarregado.

Apesar disso, observamos a importância das relações intersubjetivas em ST para a construção do trabalho potencialmente integrado, que é expresso na motivação dos sujeitos envolvidos em dedicar seu trabalho para a produção de saúde. Na experiência analisada, os entrevistados demonstram interesse e vontade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade e aprimorar suas práticas, bem como demonstraram a necessidade de estabelecer redes e fortalecer alianças entre eles e as instituições de origem, no sentido de aperfeiçoarem suas intervenções, a fim de produzir mudanças nas relações entre saúde e doença dos trabalhadores no cenário atual.

Por outro lado, há relatos das dificuldades de um trabalho em torno de um objeto ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde, ou seja, sem aparato teórico e técnico definido sobre a relação entre trabalho, saúde e ambiente em postos de combustível. Além disso, há relatos que os maiores conflitos ocorreram quando as ações interferiam nos processos de trabalho dos postos de combustível.

Frise-se que o compromisso do campo ST em transformar os processos de trabalho pressupõe agir nas relações entre capital e trabalho, marcadas por conflitos e relações de poder. Diante disso, garantir a continuidade da ação frente à rotatividade de profissionais e às descontinuidades e mudanças políticas dentro da gestão pública municipal é uma tarefa a ser considerada para qualquer proposição no campo (LACAZ, 2010).

No que diz respeito aos desafios da gestão do trabalho em ST, os entrevistados acreditam que o maior deles seja a incipiente formação de profissionais no

campo ST, mesmo dentre aqueles com formação em Saúde Pública. Além disso, ampliar a abrangência das ações do nível municipal para o regional também é apontado como uma importante dificuldade no cenário atual.

Considerações finais: tecendo redes de Saúde do Trabalhador e Ambiente

Uma característica marcante da experiência analisada é a formação de redes intra e interinstitucionais em torno de projeto de intervenção definido como prioritário (SANTOS; LACAZ, 2011). O projeto apresentou-se como proposta de ação transversal, no sentido de agregar pessoas e instituições em torno de um problema complexo, nos moldes da constituição de “comandos técnicos estratégicos”. Ou seja, comandos em torno de objetos e experiências concretas, que visam o acompanhamento das situações definidas e construídas coletivamente (MACHADO, 2005b). Nesse caso, a intervenção através da construção de redes de Visat revela-se instrumento estratégico para produzir transformações na defesa da saúde dos trabalhadores e do ambiente.

Dessa forma, outra característica marcante da experiência é apresentar possibilidades de transcender a abordagem do processo saúde e doença, pautada tradicionalmente por ações médico-assistenciais individuais, na perspectiva de ações que visam à prevenção, à promoção e à vigilância em saúde, trabalho e ambiente, com a participação dos trabalhadores. As tecnologias de trabalho (MEHRY, 2000) utilizadas no projeto envolvem menos máquinas e instrumentos e mais recursos teóricos, técnicos e relações intersubjetivas entre os diferentes atores. Aqui é relevante apontar a mudança pela abordagem multiprofissional da problemática, com importantes ações e estratégias interdisciplinares e intersectoriais, e principalmente pela possibilidade potencial de fornecer uma Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores a partir da articulação das ações de educação, vigilância e assistência à saúde na mesma intervenção.

Frise-se que a prática de saúde é submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos (CAMPOS, 2007). Além disso, as relações entre trabalho, saúde e ambiente ocorrem no entrecruzamento dos desígnios do capital com as possibilidades de transformação social (LACAZ, 2007). Apesar do caso aqui analisado ser singular e específico, ele aponta para a busca de novos caminhos no campo ST, frente ao contexto global e das políticas de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional, visto buscar a execução de ações integradas de vigilância, o que poderá contribuir para

trazer elementos propositivos na construção de novas experiências exitosas no campo ST.

Nesse sentido, o projeto dos postos apresentava-se, nessa fase, como potencial trabalho integrado entre produção, saúde e ambiente, de caráter interdisciplinar, com envolvimento intra e interinstitucional, com a participação dos trabalhadores representantes da Atesq e frentistas, revelando que a ação se apropria claramente dos referenciais do campo ST (LACAZ, 1996; LACAZ, 2007).

O projeto preconizava a relação entre ST, as Comissões do Benzeno e os profissionais das Visa, em especial dos programas Vigi-solo e Vigi-água (BRASIL, [2006]) e apresentava-se como uma ação necessária em todos os municípios do Estado de São Paulo, quicá do país, pela gravidade dos problemas de saúde frente à exposição direta ou indireta, nas áreas contaminadas, com impactos sobre o ambiente. Nesse caso, fica evidente a importância da análise dos riscos à saúde e ambientais, decorrentes dos Postos de Combustível, antes mesmo de sua instalação (PORTO, 2005).

Consideramos que a construção de projetos em ST com temáticas transversais contribui para

o desenvolvimento de estratégias interdisciplinares em redes formadas por diferentes profissionais, trabalhadores e instituições, em torno do mesmo objeto. Isso fortalece a ação e mobiliza os sujeitos para o enfrentamento de situações em que uma atuação isolada seria insuficiente para transformar a realidade do trabalho. À medida que a rede é tecida, pode proporcionar espaços ímpares de integração de conhecimentos, experiências e competências dos sujeitos, favorecendo visões compartilhadas e abrangentes sobre os problemas analisados, unindo produção do conhecimento e transformação social (PORTO; ALMEIDA, 2002; SANTOS, 2010).

Como a pesquisa aqui relatada ancorava-se na experiência do cotidiano do trabalho em saúde, ela é datada e limitada, pois representa uma fotografia de um processo dinâmico e em transformação. Os sujeitos envolvidos na experiência continuavam tecendo a mudança no dia-a-dia de trabalho, em uma trama repleta de dificuldades e potencialidades, marcada pela criatividade, pela militância, pelo compromisso ético com a vida e a convicção de que, apesar de ainda serem poucos, juntos poderão escrever mais uma página da história do campo ST.

Contribuições de autoria

Santos, A. P. L: desenvolveu a pesquisa, analisou os dados e elaborou o artigo. Lacaz, F: orientou a pesquisa, participou da elaboração do artigo e da revisão final do texto.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DO PETRÓLEO. *Postos revendedores autuados e/ou interditados por problemas de qualidade dos combustíveis*. 2011. Disponível em: <www.anp.gov.br/?pg=24870&m=&t1=&t2=&t3=&t4=&ar=&ps=&cachebust=1277256760568>. Acesso em: 19 dez. 2011.

ARCURI, A. S. A.; CARDOSO, L. M. N. (Org.). *Acordo e legislação sobre o benzeno 10 anos*. São Paulo: Fundacentro, 2005.

AUGUSTO, L. G. S.; FREITAS, C. M. O princípio de precaução no uso de indicadores dos riscos químicos ambientais em Saúde do Trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 85-95, 1998.

BAGNARA, S.; BIOCCA, M.; MAZZONIS, D. G. Trends in Occupational Health and Safety Policy in Italy. *International Journal of Health Services*, Baltimore, v. 11, n. 3, p. 431-450, 1981.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no SUS.

Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 170-177, 2006.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70, 1977.

BECKER, H. Observação social: estudos de casos. In: *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 21 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Vigilância ambiental em saúde*. Brasília: Funasa, 2002.

_____. Ministério da Saúde realiza ações em saúde ambiental. [2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24236>. Acesso em: 1 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 518/GM, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-518.htm>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

_____. Portaria n° 3.120, de 01 de julho de 1998. *Dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador*. In: _____. *Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Lei n° 6.514, de 23 dezembro de 1977. Altera o capítulo V, título II, da consolidação das Leis *Trabalhistas relativo à segurança e medicina do trabalho*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm>. Acesso em: 04 nov. 2013.

_____. Ministério do Trabalho. Portaria n° 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BE96DD3225597/p_19780608_3214.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2013.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARNEIRO, F. G.; NAKAMOTO, C. M.; VIEIRA, O. A. Estudo sobre a percepção dos moradores da região com contaminação ambiental causada pela empresa Proquímica. *Revista Ciências do Ambiente On-Line*, Campinas, v. 4, n. 1, p. 67, 2008. *Resumo*. Disponível em: <<http://www2.ib.unicamp.br/revista/be310/index.php/be310/article/viewFile/133/98>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

CASTLEMAN, B. Double standard for industrial hazards. *International Journal of Health Services*, Baltimore, v. 13, n. 1, p. 5-14, 1983.

CETESB. Diretoria de Controle e Licenciamento Ambiental. Texto explicativo: Relação de áreas contaminadas e reabilitadas no Estado de São Paulo, dezembro 2012. Disponível em: <<http://www.cetesb.sp.gov.br/userfiles/file/areas-contaminadas/2012/texto-explicativo.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2013.

COSTA, D. F. *Prevenção da Exposição ao Benzeno no Brasil*. 2009. 179 f. Tese (Doutorado em Medicina)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia, utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Ciências

Médicas)-Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1994.

DIAS, E. C. et al. *Implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS no Estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo*. Relatório técnico-científico. Belo Horizonte: Cerest, 2008. Mimeografado.

_____. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e Desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem da população, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>>. Acesso em: 1 jun. 2010.

LACAZ, F. A. C. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações Trabalho-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

_____. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. A. S. (Col.) *O avesso do trabalho II: trabalho precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

_____. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 432 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)-Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1996.

MACHADO, J. M. H. *Ação transversal intersetorial: entre o racional e o conjuntural*. Rio de Janeiro, 2005b. Disponível em: <http://www.saudeetrabalho.com.br/download_2/acao-transversal.doc>. Acesso em: 14 ago. 2013.

_____. *Alternativas e processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. 1996. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana)-Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

_____. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005a.

_____. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H. et al. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionado à exposição do Benzeno no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 913-921, 2003.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes.

- Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-131, 2003.
- MEDEIROS, M. A. T. *O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência*. 2001. 220 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 2001.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1998.
- NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S.; NOZAWA, M. R. O município de Campinas e a organização da rede municipal de saúde. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 16, n. 3, p. 161-173, 2007.
- PORTO, M. F. S. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2005.
- PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.
- PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da Saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 59-72, 1997.
- REZENDE, J. M. P. *O caso Shell/Cyanamid/Basf: Epidemiologia e informação para o resgate de uma precaução negada*. 2005. 206 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia)-Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2005.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.
- RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental e Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Brasília, v. 6, n. 4, p. 388-404, 2003.
- RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 4, p. s475-s501, 2007.
- SANTOS, A. P. L. *Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo*. 2010. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.
- SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. A Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2011. p. 87-106.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Lei nº 10.083, de 13 de setembro de 1998. Institui o Código Sanitário Estadual. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Portaria CVS n. 2, de 28 de março de 2007. Dispõe sobre a necessidade de avaliar e gerenciar fatores de risco à saúde humana relacionados ao consumo humano de água de mananciais subterrâneos, utilizada como solução alternativa coletiva de abastecimento. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/07pcvs2.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2010.
- _____. Secretaria de Estado de Meio Ambiente. Resolução nº 5, de 28 de março de 2001. Dispõe sobre a aplicação e o licenciamento ambiental fontes de poluição. Disponível em: <www.cetesb.sp.gov.br/Servicos/licenciamento/postos/legislacao/Resolucao_Sma_05_01.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2010.
- SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psychology and workers' health movement in the state of São Paulo. *Journal of Health Psychology*, London, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Ficha de Acolhimento em Saúde do Trabalhador para Exposição a riscos químicos "Projeto de Vigilância em PRCV/PA. Campinas, 2009a. Mimeo.
- _____. Roteiro de Vistoria de Ambientes e Processo de Trabalho de Postos de Revenda de Combustíveis a Varejo e Postos de Abastecimento- PRCV/PA. Campinas, 2009b. Mimeo.
- _____. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Termo de Referência do Projeto de Vigilância em Postos de Revenda de Combustíveis a Varejo e Postos de Abastecimento- PRCV/PA. Campinas, 2009c. Mimeo.
- SPEDE, S. M. *Saúde do trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. 1998. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1998.
- TAMBELLINI, A. T.; CAMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007. 421 f. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana)-Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Jorge Mesquita Huet Machado¹
Vilma Sousa Santana²
Augusto Campos³
Sílvia Ferrite⁴
Maria Cláudia Peres²
Adriana Galdino⁵
Renata Vasconcelos Neto⁶
Roque Manoel Perusso da Veiga⁶
Maria Cláudia Lisboa²
Ana Paula Lopes dos Santos⁷

Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009

Status of the Brazilian National Workers' Health Network, 2008-2009

¹ Coordenação de Programas e Projetos, Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil.

² Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

³ Escola de Governo, Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil.

⁴ Departamento de Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

⁵ Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil.

⁶ Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador, Secretaria da Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

⁷ Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

Contato:

Jorge Mesquita Huet Machado

E-mail:

jorgemesquita@yahoo.com.br

Financiamento: Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1679/02.

Trabalho baseado no 1º Inventário de Saúde do Trabalhador 2009 - Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009, desenvolvido pelos autores junto à Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: 29/03/2012

Revisado: 03/07/2012

Aprovado: 10/01/2013

Resumo

Este artigo apresenta um recorte da pesquisa "1º Inventário de Saúde do Trabalhador 2009", desenvolvida pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Buscou-se identificar lacunas e potencialidades da implantação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast), focando as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) e variáveis estruturantes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), como o financiamento, a equipe profissional e a participação dos trabalhadores. Analisaram-se as atividades de Visat e destacaram-se as articulações dos Cerests intra e intersetoriais, entre elas instâncias regionais da Previdência Social e universidades, além das internas ao SUS, sobretudo com instâncias da Vigilância em Saúde. Os resultados demonstraram que as ações de Visat estão acontecendo na maioria dos Cerests (58,4%) e que há uma adequação estrutural e da equipe, além de relativa participação dos trabalhadores nas Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde. São apresentadas considerações para a construção de parâmetros para futuras pesquisas e recomendações visando ao fortalecimento da Renast. Destaca-se a necessidade de intensificação da capacidade de análise das informações decorrentes das ações de vigilância e do registro de casos.

Palavras-chave: vigilância em saúde do trabalhador; avaliação em saúde; redes de serviços de saúde.

Abstract

This paper presents partial records of the first report on worker's health 2009 produced by the Workers' Health General Coordination (CGSAT) of the Ministry of Health. It identifies gaps and potentialities in implanting the Brazilian National Network for Worker's Health Integrated Care (Renast). It is focused on actions performed by the Worker's Health Surveillance (VISAT) and structural indexes of the Workers' Health Reference Centers (Cerest), such as its financial flow, its professional team and the workers' participation. It also presents the VISAT activities carried out and the inter and intra sector articulations of the Cerests, among them, universities as well as the regional spheres of the Brazilian Social Security Ministry. The results evidences that VISAT actions are taking place in most Cerests (58,4%), and show that the services physical structure and technical teams are appropriate and also that there is a reasonable participation of workers in the Workers' Health Inter-sector Commissions (CIST) of the Regional Health Committees. The paper presents parameters viewing future research and recommendations aimed at empowering Renast. Finally it emphasizes the need to intensify the capacity to analyze information resulting from surveillance actions and case records.

Keywords: worker's health surveillance; health assessment; health services network.

Introdução

O presente trabalho apresenta um panorama de implantação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano base de 2009. Para tal, são selecionadas algumas questões presentes no Inventário da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde de 2008-2009 (BRASIL, 2011). A pesquisa aqui relatada representa um recorte dessa etapa inicial do processo de monitoramento sistemático dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), compartilhado pela CGSAT-SVS em parceria com o Centro Colaborador em Vigilância dos Acidentes de Trabalho, da Universidade Federal da Bahia (CC-UFBA) e com o Programa de Promoção de Saúde Ambiente e Trabalho, da Fiocruz-Brasília. Tal monitoramento tem como objetivo a identificação das lacunas e das potencialidades dos Cerests, visando à redefinição dos rumos e das estratégias de apoio para o fortalecimento da Renast.

A Renast se constitui em uma rede de Cerests, que se concretiza com ações integradas transversais em Saúde do Trabalhador, que incluem a gestão, a informação, a definição e o compartilhamento das ações de vigilância e de assistência em todos os níveis de atenção. Nesse contexto, os Cerests são compreendidos como polos irradiadores estratégicos na ação de matriciamento da Renast no SUS.

A importância e a necessidade de monitoramento do processo de estruturação da Renast e da avaliação das suas ações, em especial as desenvolvidas pelos Cerests, já foi objeto de manifestações de parte de diversos autores, assim como em depoimentos narrados em encontros e seminários da Renast. Para Dias e Hoefel (2005), a Renast se constituiu em uma estratégia bem-sucedida, embora perpassada por dificuldades, como a diferença da área regional de cobertura dos Cerests em relação à organização de base municipal adotada pelo SUS. Relataram ainda a frágil articulação intrassetorial, a falta de clareza na definição das instâncias de coordenação das ações e dos direcionamentos para a pactuação entre os diferentes níveis de governo no planejamento estadual, regional ou municipal. Estes limites vêm sendo discutidos, mas ainda requerem um maior detalhamento das suas causas, de modo a subsidiar sua superação, estabelecendo avanços e inovações.

Em uma análise da incorporação da Saúde do Trabalhador nos 20 anos do SUS, Santana e Silva (2009) verificaram que os Cerests e as ações de saúde do trabalhador haviam se expandido para todas as unidades da federação, alcançando-se uma razão Cerest: população de trabalhadores aproximadamente homogênea no país. Argumentava-se, no entanto, que esse dado não

significava igualdade, existindo diferenças na qualidade, no acesso e na oferta de serviços, sugerindo também uma avaliação específica da implantação, o que também está previsto no respectivo Manual de Gestão e Gerenciamento (BRASIL, 2006).

Em estudo qualitativo sobre os limites e os avanços das ações de ST no SUS, em Minas Gerais, Dias et al. (2010) concluíram que os Cerests representam um avanço na institucionalização das ações de saúde do trabalhador, embora faltem claras definições dos critérios de regionalização, das estruturas componentes da Renast, do papel dos Cerests, dentre outros aspectos.

Santos (2010), ao pesquisar experiências consideradas exitosas desenvolvidas pelos Cerests de São Paulo/SP, conclui que a potencialidade delas está na formação de redes intra e interinstitucionais em torno de projetos de ação definidos como prioritários, assim como na apresentação de possibilidades de transcender a abordagem do processo saúde e doença, pautada tradicionalmente por ações médico-assistenciais individuais, na perspectiva de ações que visam à prevenção, à promoção e à vigilância em saúde do trabalhador.

Materiais e métodos

Este estudo descritivo apresenta um panorama da implantação dos Cerests no âmbito nacional, cobrindo todas as unidades que prestaram informações a CGAST/Ministério da Saúde no período do levantamento, que configurou o “1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009” (BRASIL, 2011). Neste artigo, foram selecionadas questões referentes ao financiamento, à equipe profissional, à participação social e ao desempenho das atividades de vigilância em saúde do trabalhador.

A metodologia adotada na avaliação do inventário foi desenvolvida a partir do levantamento realizado por Lacaz, Machado e Porto (2002) em conjunto com técnicos da Fiocruz, da CGSAT e do CC-UFBA. Contou com crítica e sugestões do GT de Vigilância em Saúde do Trabalhador, composto por técnicos da CGSAT, colaboradores de grupos acadêmicos e gestores estaduais da Renast, e com recomendações de oficina específica também organizada por esses atores institucionais. Destaca-se que as atividades de preparação do inventário ocorreram simultaneamente ao estudo do CC-UFBA-CGSAT, que focalizava especificamente a avaliação das ações de vigilância dos acidentes de trabalho na Renast (GALDINO, SANTANA; FERRITE, 2012).

Essencialmente, o método adotado organiza o acompanhamento das ações dos Cerests em três di-

mensões constituídas por blocos de variáveis. São elas: Questionário 1) de estrutura, em que as equipes, o controle social e o financiamento estão enquadrados; Questionário 2) o bloco de ações, em que as ações de vigilância estão incluídas, e; 3) de impacto, representado pelos registros de casos e perfil epidemiológico, dimensão não incluída nos questionários aplicados, mas disponível no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN-NET) do SUS.

Os dados do inventário (BRASIL, 2011) foram coletados utilizando-se a ferramenta FormSUS, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Este é um sistema padronizado segundo normas adotadas pelo Ministério da Saúde para obtenção de dados em linha. Neste sistema, dados são coletados com formulários virtuais pela internet e armazenados em bases eletrônicas. A coleta se iniciou em maio de 2009, ocasião em que foi enviada a todos os Cerests (140) uma correspondência eletrônica informando sobre os objetivos da avaliação, convidando-os a fornecerem dados nos questionários eletrônicos do FormSus especificados. Em setembro de 2009 foi encerrada a coleta de dados. As informações de financiamento foram coletadas em documentos e relatórios dos arquivos da CGSAT. Os dados do inventário se referem ao ano de 2008 e ao primeiro semestre de 2009. Foram recebidas 137 respostas referentes ao Questionário 1, sobre os aspectos estruturais e da capacidade instalada, e 128 respostas referentes ao Questionário 2, sobre aspectos relacionados à vigilância em saúde do trabalhador.

A fim de se proceder à análise dos resultados dos dados coletados, em primeiro lugar foi elaborado um diagrama descrevendo as atividades e os fluxos envolvidos nas ações da Renast; em seguida, um mo-

delo lógico correspondente, definindo-se construtos teóricos, suas respectivas dimensões (estrutura, processos, impactos) componentes (variáveis relativas a distintas dimensões) e interrelações. Parte desse modelo foi apresentada e discutida em uma das reuniões do Grupo de Trabalho da Vigilância em Saúde do Trabalhador, composto por técnicos da CGSAT, colaboradores de grupos acadêmicos e gestores estaduais da Renast, em maio de 2009, em Brasília.

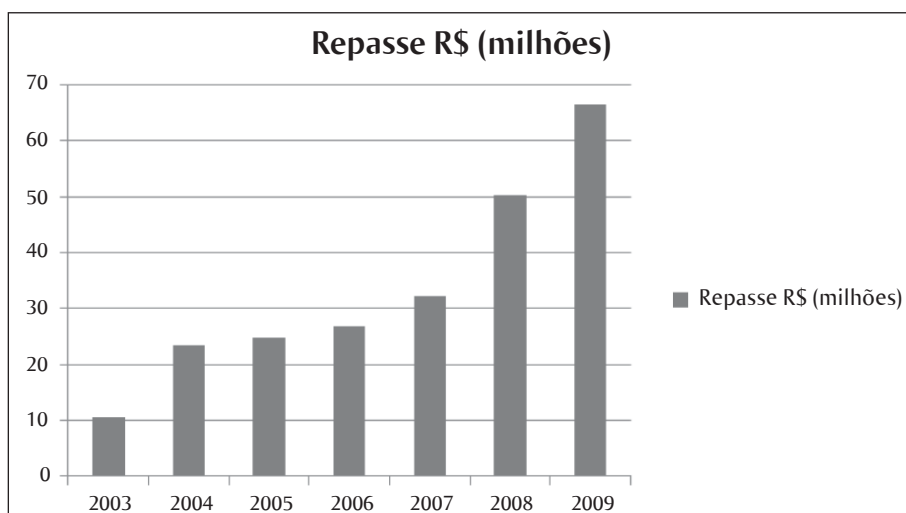
No que se refere a aspectos éticos, o presente estudo foi realizado a partir de dados secundários publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), envolvendo informações públicas.

Resultados

Financiamento

Os valores relativos ao repasse financeiro do Ministério da Saúde para os Cerest, entre 2003 a 2009, são mostrados na **Figura 1**. Nota-se uma tendência crescente linear dos valores, refletindo tanto a consolidação do fluxo de recursos fundo a fundo, quanto a própria execução do programa de expansão dos Cerests (BRASIL, 2009).

Na **Tabela 1**, mostram-se as distribuições dos gastos segundo ações específicas dos Cerests. Nota-se que, no país, as maiores proporções ocorreram para custeio operacional (22,8%) e capacitação externa (19,6%). De acordo com a instância administrativa, as ações operacionais contaram com 20,6% no nível estadual e 22,8% no regional, e as ações de capacitação externa, com a maior concentração isolada no nível estadual (29,9%).



Fonte: 1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009 (BRASIL, 2010, p. 21)

Figura 1 Total de repasse de recursos financeiros, em milhões de reais (R\$), para os Cerest, no período de 2003-2009. Brasil, 2009

Tabela 1 Proporção de gastos segundo finalidades específicas por tipo de abrangência dos Cerest, 2008-2009

<i>Especificação</i>	<i>Estadual (n=20)</i> (%)	<i>Regional (n=54)</i> (%)	<i>Brasil (n=74)</i> (%)
Ações de capacitação	29,9	15,8	19,6
Controle social	7,5	6,2	6,5
Custeio operacional	20,6	23,7	22,8
Pagamento de pessoal	5,5	12,5	10,6
Capacitação do Cerest	13,5	9,2	10,4
Ações de vigilância	8,8	9,6	9,4
Ações assistenciais	10,3	6,7	7,7
Outros	4,1	16,3	13,0

Fonte: 1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009 (BRASIL, 2010, p. 22)

Esses recursos deveriam contar com contrapartida municipal ou estadual e, de fato, apenas 23,9% dos Cerests utilizavam exclusivamente recursos federais à época do estudo, evidenciando a participação positiva das esferas estaduais e municipais no compartilhamento do aporte financeiro aos Cerests. Esta proporção é maior nos Cerests estaduais (30,8%) em comparação com os regionais (22,4%). Verifica-se que os estaduais de Rondônia e Roraima (região Norte) não recebiam, à época, contrapartida financeira local ou estadual, bem como os de Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte (região Nordeste), Espírito Santo, Santa Catarina e Mato Grosso, nas demais regiões do país.

Estes resultados são consonantes com narrativas e relatórios de seminários de avaliações de gestores da Renast. Além disso, nesses encontros ficam evidentes problemas que vão desde a lógica da alocação orçamentária até a execução financeira e seu monitoramento. Por exemplo, os repasses de recursos para os Cerests obedecem a um único critério de valor, mensal, igual para todos eles. Isso pode produzir iniquidades devido às enormes diferenças de extensão de áreas de cobertura, do número de trabalhadores alvo de cada Cerest, além da dimensão e gravidade das necessidades relativas às condições de trabalho e saúde do trabalhador. Ou seja, não são considerados os indicadores epidemiológicos ou demográficos, bem como prioridades definidas a partir de uma análise de situação de saúde, a exemplo de outras ações específicas desenvolvidas pelo próprio SUS. Outros problemas decorrem da grande burocracia na gestão dos recursos, enfrentada pelos gestores que trabalham “na ponta” e lidam diretamente com as demandas operacionais em nível local. São muitas as queixas de falta de recursos para as atividades específicas de ST, embora os repasses da Renast se acumulem, conforme analisado por Machado e Santos (2011).

Há relatos de grandes somas de recursos não utilizados que não chegam ao nível operacional da gestão. Outras situações semelhantes relacionam-se a uma

intenção estratégica para o uso em despesas de maior porte, como a aquisição de veículos ou adaptações das instalações físicas. Em outros, ao contrário, há falta de recursos devido ao crônico subfinanciamento da saúde nos orçamentos das prefeituras. Não se considerou aqui a análise da qualidade do uso do recurso, o que deve ser foco de estudos específicos. Vale notar, no entanto, que algumas inconsistências nas respostas indicam a necessidade de melhorar, nos próximos inventários, a elaboração das perguntas relativas ao financiamento e aos gastos, de modo a facilitar a sua compreensão pelos respondentes.

Os resultados demonstram um equilíbrio entre os gastos com Vigilância e Assistência e também uma predominância de gastos com formação, o que pode ser considerado coerente com o estágio inicial de implantação da Renast, em que há uma transição do Cerest como serviço de execução, inclusive de ações assistenciais, para um modelo de Cerest que seja mais organizador de ações com uma ênfase nas ações de vigilância.

Equipe profissional

A **Tabela 2** aponta que a maioria dos Cerests possui pessoal compatível (71,5%) com os parâmetros definidos como equipe mínima, segundo os critérios propostos pelo Manual da Renast (BRASIL, 2006). Contar com a equipe mínima prevista foi mais comum entre os Cerests estaduais (80,0%) do que entre os regionais (69,5%). No entanto, contar com uma equipe mínima de profissionais de saúde não significa, necessariamente, que esta equipe seja adequada às demandas ou às necessidades da população coberta. Nota-se que, na discussão do Manual da Renast, a adequação da equipe mínima é rediscutida à luz de uma maior flexibilidade no perfil dos profissionais que devem ser adequados a uma ação de acompanhamento regional.

Um aspecto preocupante foi a avaliação da adequação das equipes frente às demandas dos Cerest.

Tabela 2 Distribuição das respostas dos Cerests sobre sua estrutura de pessoal, de acordo com as subdimensões. Brasil, 2009

Subdimensões/variáveis	Cerest Estaduais		Cerest Regionais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cerest com equipe mínima*						
Sim	20	80,0	73	69,5	93	71,5
Total de Cerests respondentes	25	100,0	105	100,0	125	100,0
Avaliação da adequação da equipe em relação à demanda						
Péssima	0	-	1	1,0	1	0,8
Ruim	3	2,5	7	6,7	10	7,8
Regular	9	37,5	35	33,3	44	34,1
Boa	12	50,0	56	53,3	68	52,7
Excelente	0	-	6	5,7	6	4,7
Total de Cerests respondentes	24	100,0	105	100,0	129	100,0
Vínculo de trabalho						
Servidor	99	83,9	664	72,6	763	73,9
Terceirizado celetista	15	12,7	80	8,7	95	9,2
Prestação de serviços	0	-	40	4,4	40	3,9
Estagiários/estudantes	0	-	21	2,3	21	2,0
Outros	4	3,4	110	12,0	114	11,0
Total de trabalhadores dos Cerests**	118	100,0	915	100,0	1033	100,0

* Equipe mínima: Anexo VI da Portaria GM nº 2437/2005

** Total de Cerests respondentes = 86

Fonte: 1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009 (BRASIL, 2010, p. 26).

Embora a maior proporção considere boa (50,0% nos estaduais) e boa e excelente (59,0% nos regionais), uma considerável proporção está na faixa de adequação regular (37,5% nos estaduais e 33,3% nos regionais). Três Cerests estaduais e sete regionais consideraram “ruim” a capacitação/desempenho de suas respectivas equipes. Apenas um Cerest regional considerou sua equipe como péssima em relação às suas necessidades (**Tabela 2**).

Em relação à composição das equipes, verificou-se que a maior parte era composta por servidores públicos estatutários (73,9%), ao contrário do que é visto na atenção básica (FACCHINI et al., 2006) e no nível nacional do SUS, com maior proporção de celetistas ou de vínculos de emprego precários. Nos Cerest estaduais, a proporção de servidores é 83,9%, maior que nos regionais (72,6%) (**Tabela 2**), o que revela, relativamente, maiores dificuldades em nível municipal para a contratação de servidores.

Em resumo, a situação relativa ao vínculo de trabalho nos Cerests é aparentemente boa, considerando o cenário de 2008. Essa situação contrasta com a observada em outros programas estratégicos do SUS, como o da Saúde da Família (FACCHINI et al., 2006). Deve-se apontar, no entanto, que é frequentemente relatada a existência de focos de vínculos precários de emprego, com alta rotatividade de técnicos, especial dos médicos, nos Cerest (SANTOS, 2010).

Dados sobre a qualificação e a formação das equipes não foram registrados com o detalhamento necessário que permitisse completa avaliação. Entretanto, com os relatórios e as narrativas já mencionados, pode-se inferir que é grande a demanda por formação especializada em nível de pós-graduação, sob a forma de Mestrado Profissional e/ou *Strictu Sensu*, como Mestrado e Doutorado. A formação em ST no país precisa de estudos amplos e aprofundados sobre necessidades, demandas, perfis de formação, habilidades e competências, bem como discussões em torno

do formato pedagógico (RAMOS, 2008; SANTANA; SILVA, 2009). Experiências demonstram que o ensino de profissionais em ST é um desafio e que o formato tradicional de aulas expositivas e exercícios práticos em classe não parece ser muito eficiente ou mobilizador. Este desafio deve ser enfrentado a partir do engajamento de professores e profissionais dos serviços, em conjunto com especialistas em educação de profissionais, possivelmente com maior participação de atividades práticas em serviço, alunos-equipe, com uma formação voltada para a solução de problemas cotidianos. A grande necessidade de oportunidades de formação, a concentração de pessoal qualificado em algumas regiões, dentre outros aspectos, impõem a adoção de modalidades como a de educação a distância, com a garantia de momentos presenciais e tutoria qualificada. Estas transformações requerem grandes investimentos na preparação de recursos instrucionais. De uma forma geral, um esforço concentrado deve ser dirigido à formação de profissionais de ST em todos os níveis (SANTOS, 2010).

Participação dos trabalhadores e controle social

Os dados revelaram que a participação do controle social na gestão da Renast é ainda limitada. Conselhos Gestores (CG) estão implantados e em funcionamento em apenas dois (8,0%) dos Cerests estaduais (Bahia e Ceará) e em aproximadamente metade dos regionais. Existem Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) na maioria dos Cerests estaduais (n=19; 76,0%), enquanto que as Cists municipais foram instaladas em apenas 9 (36,0%) dos municípios sede dos Cerests regionais. Na região Sul, todos os Cerests estaduais e regionais possuíam Cists estadual. Um aspecto positivo é que a maioria (80,3%) referiu envolver representantes de trabalhadores nas suas programações anuais (**Tabela 3**). Na região Sul, novamente a situação foi mais favorável, com trabalhadores envolvidos em todos os Cerests estaduais. Nos Cerests regionais da região Norte, isso apenas ocorreu nos estados do Pará e Tocantins.

A composição das Cists, descrita na **Tabela 3**, mostra uma forte presença dos sindicatos de trabalhadores e de conselheiros de saúde, 93,9% e 87,8%, respectivamente. Essa tendência é maior nas Cist descritas pelos Cerests regionais, em que predominam as Cists municipais. As diferenças na proporção dos componentes descritos pelos Cerests estaduais e regionais decorrem das diferenças de estruturação do controle social nos âmbitos estadual e municipal. Na composição das Cists estaduais, há também uma forte proporção de participação das centrais sindicais (85,0%) e das universidades (65,0%), o que não ocorre nas Cists municipais, que contam com essas representações em apenas 45,2% e 38,7%, respectivamente. A presença de representantes da Previdência Social e do Ministério do Trabalho e Emprego

ocorre em 56,1% e 31,7%, respectivamente, sendo mais forte a presença dessas instituições em âmbito estadual. Isto demonstra certa dificuldade da presença dessas instituições em nível local, nos municípios, o que ocorre também com as universidades.

Deve-se destacar a presença do Ministério Público (MP) na composição das Cists, embora referida apenas para 20,0% entre estaduais e 17,7%, entre municipais (**Tabela 3**). A interação com essa instituição tem viabilizado ações intersetoriais necessárias para a solução de problemas da saúde do trabalhador que ultrapassam os limites setoriais da saúde, como na erradicação do trabalho infantil. A presença sistemática do MP em fóruns da saúde vem permitindo, cada vez mais, melhor direcionalidade de suas ações para as prioridades do SUS.

Por outro lado, a representação patronal no âmbito da Renast é alvo de controvérsias. Há duas tendências de pensamento a respeito da sua incorporação: uma depende da função que as Cists exercem de fato, ou seja, se é um fórum de negociação e discussão de processos de implantação por melhores condições de trabalho, na perspectiva da promoção da saúde dos trabalhadores; outra é se representam, como prescrito formalmente, uma instância de controle social vinculada à ação do SUS, na qual o planejamento e a avaliação de suas ações é atividade fundamental e predominante. No primeiro caso a presença patronal seria bem-vinda, pois qualquer negociação de condições de trabalho requer a representação do patronato; já no segundo, há de se considerar que as representações dos empregadores tendem a concentrar poder e a exercê-lo em detrimento dos direitos dos trabalhadores, relativizando os problemas das condições de trabalho e das situações de risco para a saúde, distantes de um alinhamento lógico com as diretrizes sanitárias.

A presença de representantes da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental na composição das Cist, especialmente nas municipais, indica uma possível articulação intrassetorial, pelo menos potencial. A participação de trabalhadores e movimentos sociais no debate de propostas e programas propicia uma melhor integração entre as demandas e as necessidades, assim como entre instituições públicas e instâncias executivas, permitindo maior eficiência nas repostas dos serviços e, por conseguinte, melhoria das condições de saúde dos trabalhadores. Todavia, há de se considerar que a presença de representantes de trabalhadores em órgãos gestores não garante representatividade, nem participação política efetiva de grupos sociais invisíveis ou de pequeno capital político nas decisões. O primeiro a se considerar é que muitas instâncias colegiadas de decisão se transformam ou operam como espaços de litígios corporativistas, pendendo para um papel apenas burocrático e cartorial. Mesmo quando refletem discussões relevantes e trazem contribuições positivas para o aprimoramento das políticas e das ações, podem não dar voz e expressão política às ne-

cessidades de grupos vulneráveis ou pouco organizados, como os segmentos dos trabalhadores informais ou trabalhadores, cuja própria existência é ilegal, como as crianças trabalhadoras e trabalhadores em situações análogas ao da escravidão. Portanto, é fundamental a incorporação de atores que possam dar voz a grupos de pequeno capital político ou estejam antenados com os grandes problemas da saúde dos trabalhadores, não necessariamente os captados pelos sistemas clássicos de produção de informação em Saúde do Trabalhador. Exemplo disso são as Organizações não Governamentais (ONG), redes internacionais e nacionais, o MP, instituições acadêmicas e grupos de estudos e pesquisas, nacionais ou internacionais, bem como a mídia.

A participação dos trabalhadores nas ações de programação anual foi referida em 80,3% dos Cerests, sendo mais forte nos regionais (83,5%) e relativamente menor nos estaduais (66,7%) segundo a **Tabela 3**. Esta situação contrasta com a participação de representantes dos trabalhadores nas reuniões de planejamento e avaliação das ações dos Cerests, referida por apenas 32,0% dos estaduais e 56,0% dos regionais como “frequentemente” ou “sempre” (**Tabela 3**). A baixa frequência da participação de trabalhadores nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador ficou demonstrada no fato de que apenas 24,0% dos Cerest referiram uma participação “frequente” (20,0%), e “sempre” (4,0%) (**Tabela 3**). A situação é ainda mais inadequada nos Cerests regionais, o que demanda atenção para melhor compreensão.

Por um lado, há dificuldades práticas de envolvimento dos trabalhadores relativas à compatibilidade com as suas tarefas nas inspeções sanitária dos ambientes de trabalho. No Brasil, o grau de instabilidade das relações de trabalho gera situações em que os trabalhadores, muitas vezes, sentem-se constrangidos em participar de inspeções, pois, ao revelarem problemas gerenciais e operacionais que possam resultar em punições dos empregadores, poderiam ser alvo de represálias, até mesmo por parte de colegas de trabalho. Por outro lado, é amplamente reconhecida a importância da participação dos trabalhadores em todas as atividades envolvidas com a ST, não apenas para conhecimento mais pertinente da realidade, mas também para garantir a efetividade das intervenções em seus diferentes aspectos, sejam educacionais, de cumprimento de normas e de pressão junto aos empregadores para a proteção da sua saúde e segurança. A pequena participação de trabalhadores pode expressar uma valorização excessiva de aspectos normativos, prescritivos e técnicos em detrimento do conhecimento do trabalhador sobre o trabalho por ele desenvolvido. A ausência de trabalhadores nas ações de Visat não atende às orientações de organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), nem pressupostos teóricos e institucionais de referência (MACHADO, 1996; BRASIL, 1998; BRASIL, 2012).

O saber do trabalhador é fundamental para a compreensão e a validação do conhecimento técnico e, embora não seja a única contribuição na construção de ambientes seguros e saudáveis, é a mais negligenciada. Notar que alguns riscos químicos, por exemplo, são inodoros e que exposições podem cursar por longos períodos sem manifestação de intoxicação aguda ou efeitos crônicos são de difícil reconhecimento por parte dos próprios trabalhadores. É necessário que eles sejam informados dos avanços do conhecimento científico e que contribuam com a sua tradução em políticas e programas, com a sua experiência e intuição. A sua participação nas ações da Visat precisa ser ampliada e qualificada, isto é, protegida de retaliações, valorizada por técnicos, empregadores e pelos próprios trabalhadores.

O conhecimento acerca dos efeitos sobre a saúde é resultado da combinação de diferentes saberes. Contribui para isso o conhecimento científico de várias origens como da Toxicologia, da Genética, das Ciências Sociais, da Ergonomia, da Epidemiologia, da Medicina, dentre outras. A identificação de riscos e situações críticas, discussões e negociações de alternativas tecnológicas mais adequadas à saúde dos trabalhadores, a articulação de parcerias políticas e estratégicas para a construção de mecanismos de proteção social dos atores envolvidos são esperadas e devem ser reforçadas.

Ações desenvolvidas pelos Cerests

A dimensão das ações desenvolvidas expressa a capacidade de resposta dos Cerests às demandas e às necessidades da região de cobertura, bem como de resposta às diretivas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, dos manuais da Renast e do Cerest. Neste inventário, o foco foi nas ações de Visat por seu caráter estruturante das ações de Saúde do Trabalhador na rede do SUS.

Reiterando que esses dados se referem a 2008-2009, observou-se que a maioria dos Cerests referiu realizar inspeções para avaliação de ambientes de trabalho (58,4%) (**Tabela 4**). Considerando-se as respostas para “em funcionamento pleno” e “em funcionamento”, foram 16,8% e 41,6%, respectivamente. Uma parcela dos Cerests (19,2%) referiu estar em fase de implantação e apenas 4,0% referiram não haver previsão no planejamento dessas atividades (**Tabela 4**). Na região Sul, todos os Cerests estaduais realizavam inspeções em ambientes de trabalho, enquanto na região Norte apenas os estados do Amapá e Tocantins. Poucos Cerests estaduais referiram avaliar as ações de Visat (n=5), sendo que nenhum desses se localizava nas regiões Norte e Centro-Oeste (**Tabela 4**). Entre os Cerests regionais, também foi pouco comum a realização dessas avaliações, verificando-se que, na região Norte, apenas os dois (n=2) do Tocantins e, na região Centro-Oeste, um (n=1) em Goiás referiram “funcionamento” ou “pleno funcionamento”.

Tabela 3 Situação da gestão participativa, do controle social e da participação dos trabalhadores. Brasil, 2009

Variáveis*	Cerests estaduais		Cerests regionais		Total	
	Nº **	%	Nº	%	Nº	%
Tem conselho gestor (n=129)	2	8,0	52	50,0	54	41,9
Tem Cist*** (n=143)	20	76,9	62	60,8	82	57,3
Composição da Cist (n=82)	20		62		82	
Sindicatos de trabalhadores	18	90,0	59	95,2	77	93,9
Conselho de Saúde	14	70,0	58	93,5	72	87,8
Previdência Social	12	60,0	34	54,8	46	56,1
Centrais sindicais	17	85,0	28	45,2	45	54,9
Sindicatos ou representação patronal	8	40,0	37	59,7	45	54,9
Associações ou conselhos profissionais	11	55,0	32	51,6	43	52,4
Academia/Universidade	13	65,0	24	38,7	37	45,1
Ministério do Trabalho/SRTE	10	50,0	16	25,8	26	31,7
Vigilância Epidemiológica	2	10,0	21	33,9	23	28,0
Vigilância Ambiental	3	15,0	16	25,8	19	23,2
Ministério Público	4	20,0	11	17,7	15	18,3
Incra	2	10,0	1	1,6	3	3,7
Outros	11	55,0	26	41,9	37	45,1
Participação de trabalhadores						
Na programação anual de 2008 (n=127)	16	66,7	86	83,5	102	80,3
Nas reuniões de planejamento e avaliação das ações do Cerest (n=125)						
Nunca	6	24,0	12	12,0	18	14,4
Raramente	5	20,0	15	15,0	20	16,0
Às vezes	6	24,0	17	17,0	23	18,4
Frequentemente	5	20,0	34	34,0	39	31,2
Sempre	3	12,0	22	22,0	25	20,0
Nas ações de Visat**** em ambientes de trabalho (n=125)						
Nunca	6	25,0	18	17,8	24	19,2
Raramente	6	25,0	26	25,7	32	25,6
Às vezes	4	16,7	35	34,7	39	31,2
Frequentemente	6	25,0	19	18,8	25	20,0
Sempre	2	8,3	3	3,0	5	4,0

* Os dados "n" se referem ao número de Cerests respondentes

** Os dados das colunas Nº se referem ao número de respostas dos Cerests em cada quesito.

*** Cist - Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador

**** Visat - Vigilância em Saúde do Trabalhador

Fonte: 1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009 (BRASIL, 2010, p. 28)

Tabela 4 Distribuição de implantação e avaliação das ações de Visat e articulações intra e intersetorial Brasil, 2009

<i>Variáveis</i>	<i>Cerests estaduais</i>		<i>Cerests regionais</i>		<i>Total</i>	
	<i>Nº*</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Inspeções para avaliações de ambientes de trabalho (n=125)**						
Não previstas	2	9,1	3	2,9	5	4,0
Previstas	1	4,5	8	7,8	9	7,2
Em fase de planejamento	4	18,2	10	9,7	14	11,2
Em fase de implantação	4	18,2	20	19,4	24	19,2
Em funcionamento	8	36,4	44	42,7	52	41,6
Em funcionamento pleno	3	13,6	18	17,5	21	16,8
Origem de demanda frequentemente atendida (n=143)**						
Sindicatos	7	43,7	31	37,8	38	38,8
Ministério Público	7	43,8	26	32,5	33	34,4
Comunidade	0	-	16	20,5	16	17,4
Denúncia anônima	1	7,1	13	16,5	14	15,1
Serviço sentinela	4	26,7	28	35,4	32	34,0
Outros serviços da rede	1	7,1	19	24,1	20	21,5
Avaliação das ações de vigilância de processos e ambientes de trabalho (n=123)**						
Não previstas	2	9,5	8	7,8	10	8,1
Previstas	9	42,9	30	29,4	39	31,7
Em fase de planejamento	3	14,3	20	19,6	23	18,7
Em fase de implantação	2	9,5	16	15,7	18	14,6
Em funcionamento	5	23,8	28	27,5	33	26,8
Em funcionamento pleno	-	-	-	-	-	-

*Os dados das colunas Nº se referem ao número de respostas dos Cerests em cada quesito.

** Número de Cerests respondentes.

Fonte: 1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009 (BRASIL, 2010, p. 33)

Na **Tabela 4**, pode-se observar que a origem da demanda atendida pelos Cerests provém principalmente dos sindicatos (38,8%), seguida pelo MP (34,4%) e por serviços sentinela (34,0%), isto é, pela notificação. É maior a participação dos dois primeiros segmentos nos Cerests estaduais em comparação com os regionais, tendo os serviços sentinela maior participação relativa nos regionais. Isto ressalta a importância de representações da sociedade, já mencionada, e também a estruturação da rede sentinela. Esta é uma atividade fundamental para o sucesso das ações de Visat. No entanto, à época do registro dos dados analisados, os serviços sentinela estavam implantados em poucos Cerests. Apenas 45,5% (10/22) dos Cerests estaduais e 28,7% dos regionais referiram rede sentinela “em funcionamento pleno” ou “em funcionamento”. A região que apresentava melhor situação foi a Centro-Oeste, com todos os estados participantes referindo funcionamento pleno. Isso ocorreu em menor escala na região Sudeste (2/3) para os Cerests estaduais. Nos Cerests regionais, vale destacar que, na região Norte, apenas os Cerests do estado do Tocantins possuíam rede sentinela estruturada. Praticamente todos os Cerests regionais com rede sentinela em funcionamento estavam realizando capacitação dos profissionais destes serviços para atender às demandas em Saúde do Trabalhador, com exceção de dois (n=2). Programas especiais estavam sendo realizados por 61,9% dos Cerests estaduais e por 47,1% dos regionais, sendo esta uma estratégia a ser incentivada e com grau de qualificação das ações de vigilância implantadas passível de acompanhamento.

Cerca de 1/3 de ambos os tipos de Cerest ainda se encontravam com ações de inspeção de ambientes de trabalho em fase de implantação, revelando a incipiência dessa importante atividade para a vigilância. Observa-se também que essa atividade era menos desenvolvida pelos Cerests estaduais, o que surpreende por se esperar destes maior grau de desenvolvimento e avanço dessas ações, aceitas como de mais difícil execução por serviços com menor tempo de implantação. Há que se considerar que boa parte da economia informal e dos trabalhadores informais não se encontra em espaços caracterizados tradicionalmente como ambientes de trabalho e que também devem ser alvo da atenção das inspeções do Cerest. Além disso, uma integração com a Vigilância Sanitária é esperada, valendo notar que, tradicionalmente, esta se volta mais para a segurança do consumidor do que propriamente dos trabalhadores.

A análise do processo de trabalho e da produção, contemplando cadeias produtivas, quando aplicável, seja documental ou por histórias e relatos dos tra-

balhadores, sempre permite contribuições valiosas para a compreensão e a ação mais adequadas. Vale lembrar que, conforme já mencionado, qualquer que seja a fonte do conhecimento, a participação dos trabalhadores é fundamental (BRASIL, 1998).

Observou-se uma grande diversidade na origem das reivindicações por ações da Renast que foram atendidas. Sobressai a demanda por identificação e definição de nexos causais para casos de agravos suspeitos de relação com o trabalho. Esta é uma ação de apoio às lutas de reconhecimento dos direitos dos trabalhadores vinculados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e revela a falha do seu sistema médico pericial e, no geral, da identificação dos casos. Isso se evidencia no bem estudado problema de subnotificação e sub-registro de agravos relacionados ao trabalho. Assim, essa demanda traduz de modo emblemático que no SUS há um melhor acolhimento das lutas individuais dos trabalhadores diante dos processos institucionais de garantia de seus direitos. É uma ação importante, mas, vale ressaltar, distanciada dos objetivos de promoção da saúde e intervenção da Visat nos determinantes sanitários.

Em 2008, foram capacitados 16.457 profissionais de unidades sentinela por 66 Cerests que realizaram esta atividade, o que corresponde a um grande contingente e uma boa perspectiva de intensificação da vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho nas regiões relacionadas a esse grupo de serviços.

Considerações finais

Os resultados deste primeiro estudo de avaliação nacional da Renast mostram uma significativa adesão, nesse processo, por parte das equipes dos Cerests. Isto aponta para a factibilidade da institucionalização dessa avaliação, atendendo assim a um anseio da gestão do SUS, que é o de alcançar transparência das ações para a sociedade e o uso racional dos recursos. Dentre os Cerests não participantes, muitos poderiam estar, à época, em uma fase inicial de implantação e, assim, a sua participação é esperada para a próxima etapa de avaliação, contribuindo para o contínuo processo de aperfeiçoamento da Renast. Vale notar que esta é apenas uma parte inicial do processo, que deve culminar com a incorporação do conhecimento gerado no planejamento e na gestão.

Ao longo do texto foram apresentadas recomendações para as diferentes dimensões empregadas na avaliação. O **Quadro 1** apresenta uma síntese das recomendações gerais com suas dimensões e seus objetivos, ações estratégicas e responsáveis por sua execução.

Quadro 1 Recomendações gerais com suas dimensões e objetivos, ações estratégicas e responsáveis por sua execução

<i>Dimensões/objetivos</i>	<i>Ações estratégicas</i>	<i>Instituições responsáveis pela execução</i>
Oferta de serviços de Saúde do Trabalhador pelo SUS Ampliar a cobertura dos Cerests regionais	Negociar a implantação de novos Cerests regionais da região Norte, em especial Acre, Rondônia e Amapá Revisar a adequação da estrutura e o formato da regionalização adotada na Renast	Prefeituras municipais, secretarias estaduais e Ministério da Saúde
Processo e estrutura da Renast Garantir a continuidade do financiamento e a eficiência e a agilidade na execução orçamentária	Elaborar planos de aplicação financeiros a serem incluídos na Programação Anual de Saúde dos Planos estaduais e municipais de saúde Definir metas (quantitativas) para avaliação dos resultados alcançados e das etapas implementadas Analisar e induzir modos ágeis e eficientes de repasse dos recursos e de sua gestão e utilização pelo pessoal encarregado da execução local	Secretarias estaduais e municipais de saúde Representantes dos trabalhadores e dos movimentos sociais Parceiros interinstitucionais
Melhoria das instalações físicas dos Cerests	Realizar visitas aos Cerests com problemas de instalações físicas para o estabelecimento de projetos de modo a captar recursos para sua melhoria	Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde
Adequar e qualificar as equipes do Cerests	Disseminar conhecimento dos fundamentos do processo de vigilância em saúde do trabalhador	Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde e instituições acadêmicas (universidades, Fundacentro e Fiocruz)
Fortalecer e implementar o controle social	Organizar Cist Incluir trabalhadores nas ações de Visat	Secretarias estaduais e municipais de saúde
Ações desenvolvidas Estruturar e fortalecer a rede sentinela Fortalecer a Visat	Disseminar informações e conhecimento sobre Visat Estabelecimento de programas de Visat voltados para problemas de saúde do trabalhador identificados a partir de análise de situação de saúde do trabalhador, incluindo dados sobre processos produtivos, riscos e impacto na saúde Estabelecer dinâmica de discussão da importância e impacto da Visat	Secretarias estaduais e municipais de saúde Representantes dos trabalhadores e dos movimentos sociais Parceiros interinstitucionais. Ministério da Saúde
Produção de informações Reforçar os procedimentos de vigilância epidemiológica Disseminar a informação e estimular o debate para os atores sociais de relevância para o tema	Estabelecer informações de problemas de saúde do trabalhador (processos, riscos e impacto) Estabelecer um processo de planejamento calcado na análise de situação de saúde	Secretarias estaduais e municipais de saúde Representantes dos trabalhadores e dos movimentos sociais Parceiros interinstitucionais Ministério da Saúde

Fonte: 1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009 (BRASIL, 2010, p. 50)

Frise-se que a gestão da Renast ainda se ressent de melhor estruturação e adequação às singularidades da sua proposta. Dentre os pontos principais, destacam-se a garantia da continuidade do financiamento e da contrapartida dos governos locais, a agilidade restrita na aplicação dos recursos e a falta do estabelecimento de prioridades com base em informações epidemiológicas e do perfil produtivo. Há uma clara lacuna na produção de informações sobre o impacto dos programas e investimentos na melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Nota-se que a produção de informações deve ser um foco prioritário de fortalecimento institucional, que em conjunto com a participação dos trabalhadores nas ações qualificam o processo de vigilância.

Em síntese, a avaliação das ações de vigilância e informação em Saúde do Trabalhador possibilita a identificação de três grupos de Cerests com graus distintos de implantação. Um primeiro, que pode ser considerado com implantação adequada, um segundo, em processo de implantação e um terceiro, em fase inicial. Devem-se buscar formas de aproximação desses três grupos em um processo de integração em rede, mediado pela Renast, via contatos regionais e programas de qualificação dos profissionais para exercício da gestão e da melhoria da capacidade de resposta dos próprios serviços. É também essencial criar mecanismos de aproximação com outras instâncias das redes de atenção à saúde do SUS e estabelecer a interação com outros setores e com os movimentos sociais. Nesse sentido, a consolidação de um processo de avaliação pode ser favorável à construção de um cenário da rede, com um entendimento da dimensão estrutural, das equipes e do custeio dos Cerests.

Esse processo de avaliação deve ser aprofundado e integrado com o SUS em todas as unidades federadas e deve ser complementado com outras abordagens, buscando um aperfeiçoamento contínuo da Renast. A qualidade das respostas e do processo de acompanhamento da Renast deve ser também objeto de constante aperfeiçoamento. A próxima consulta para avaliação utilizará um novo instrumento, que permite maior agilidade nos resultados, assegurando sua utilização para subsidiar mudanças favoráveis aos avanços no compromisso com a Saúde do Trabalhador.

Alguns pressupostos devem ser enfatizados nesse processo de aperfeiçoamento:

- A participação dos trabalhadores nas ações de Visat devido à sua característica essencial ao modelo de vigilância adotado de acordo com Portaria nº 3.252/09 (BRASIL, 2009) e as Dire-

trizes das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1998; 2012).

- As ações de vigilância em saúde do trabalhador organizadas a partir dos Cerests com avaliação contínua e realizadas de forma sistemática.

O SUS e o seu modelo de atenção à saúde do trabalhador, de caráter universal e incorporada à atenção primária de saúde, poderão, potencialmente, atingir todos os trabalhadores brasileiros. Esta integração com a atenção básica, o aperfeiçoamento da vigilância e a produção de informações precisas e abrangentes são alguns dos seus principais desafios.

Uma síntese das informações, com a sugestão de metas a serem avaliadas em 2012, são apresentadas na **Tabela 5**. Esses parâmetros e variáveis de acompanhamento são patamares que podem ser pactuados com as instâncias coordenadoras dos estados e municípios.

Finalmente, no sentido de contribuição para uma avaliação sistemática das ações de Visat propõe-se o acompanhamento de pelo menos quatro dimensões desta ação:

- 1) O registro das informações, com o fortalecimento da participação dos Cerests na formação da rede sentinela de notificação de agravos relacionados ao trabalho, bem como na utilização de fontes como o Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM), o Sistema de Notificação dos Agravos Notificáveis (Sinan) e o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), além da articulação direta com outras redes assistenciais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e de atenção básica.
- 2) A análise das informações a partir das múltiplas demandas assistenciais e de vigilância, com a produção de perfis epidemiológicos e de situações de risco e vulnerabilidades. Essa articulação da informação possibilita análises mais elaboradas utilizando-se dados demográficos e do perfil produtivo das regiões de referência dos serviços no sentido de estabelecer uma racionalidade epidemiológica na priorização das respostas dos Cerests.
- 3) A execução de ações de investigação de campo, com destaque para a execução de inspeções em ambientes de trabalho e para a organização de processos participativos e intersetoriais nas atividades de Visat.
- 4) A organização de ações programáticas, com o desenvolvimento de programas especiais para atender às demandas específicas e prioritárias dos trabalhadores da região de referência dos Cerests.

Tabela 5 Síntese da avaliação dos Cerests estaduais e regionais segundo variáveis de estrutura e controle social, de ações desenvolvidas e de produção de informação (2008-2009), com suas respectivas metas para 2011-2012

Variável	Estadual (%)	Regional (%)	Total (%)	Metas 2011-2012 (%)	Diferença entre realizado e metas (%)
Estrutura e controle social					
Equipe adequada	50,0	59,0	57,4	70	12,6
Presença de Cist	76,9	60,8	66,3	80	13,7
Ações desenvolvidas de Visat					
Participação dos trabalhadores nas ações	33,3	21,8	24,0	50	26,0
Realização de inspeções nos ambientes de trabalho	50,0	60,2	58,4	70	11,6
Avaliação da Visat	23,8	27,5	26,8	50	23,2
Ações desenvolvidas de Vigilância Epidemiológica					
Acidente de trabalho fatal	55,6	67,0	64,8	80	15,2
Acidente de trabalho infantil	36,3	49,0	46,8	70	23,2
Pneumopatias	28,5	39,6	36,9	50	13,1
Intoxicações	45,5	53,8	52,4	70	17,6
LER/DORT	54,6	59,2	58,4	70	11,6
Transtornos mentais	36,4	34,9	35,2	50	14,8
Produção de informação					
Informações demográficas	33,3	15,8	18,8	50	31,2
Informações produção	38,1	27,7	29,5	50	20,5
Análise mortalidade	28,6	21,4	22,6	50	27,4
Análise morbidade	14,3	12,6	12,9	50	37,1

Fonte: 1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009 (BRASIL, 2010, p. 51)

Contribuições de autoria

Machado, J. M. H.; Santana, V. S.: coordenaram a organização do inventário que originou o artigo e participaram do desenvolvimento da metodologia de avaliação adotada. Campos, A.: desenvolveu a aplicação de tecnologia da informação utilizada no inventário. Ferrite, S.: participou do desenvolvimento da base da metodologia de avaliação adotada. Peres, M. C.; Galdino, A.; Vasconcelos Neto, R.; Veiga, R. M. P.; Lisboa, M. C.; Santos, A. P. L.: colaboraram na análise e na apresentação de dados. Todos os autores participaram do desenvolvimento do trabalho e da elaboração ou revisão crítica do manuscrito.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. *Renast Online*. Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/recursos/diretrizes-implanta%C3%A7%C3%A3o-vigil%C3%A2ncia-sa%C3%BAde-trabalhador-sus>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal da Bahia. *1º Inventário de saúde do trabalhador, 2009: avaliação da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador, 2008-2009*. [S.I.]: Ministério da Saúde, Fiocruz, UFBA, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_renast.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jul. 1998. Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/3120_-_98.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e gerenciamento*. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, dez. 2005.
- DIAS, E. C. et al. Construção da Renast em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2002-2007. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, supl. 2, p. 66-74, abr.-jun. 2010.
- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, set. 2006.
- GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, jan. 2012.
- LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. *Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil*. Relatório final do projeto. Rio de Janeiro: OPAS, Abrasco, 2002. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717150425.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013.
- MACHADO, J. M. H. *Alternativas e processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. 1996. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.
- MACHADO, J. M. H.; SANTOS, A. P. L. O financiamento na indução das ações de saúde do trabalhador no Brasil: o caso da Renast. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011. p. 151-164.
- RAMOS, J. C. L. *Especialização em saúde do trabalhador no Brasil: estudo dos cursos no período 1986 – 2006*. 2008. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 175-204.
- SANTOS, A. P. L. *Tecendo redes: superando desafios, estudos de casos exitosos em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo*. 2010. 250 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

Processo de implantação de um Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul

The process of implanting a Regional Worker's Health Reference Center in the state of Rio Grande do Sul, Brazil

Paula Lamb Quilião¹
Anaclaudia Gastal Fassa²
María Clara Restrepo³

¹ Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

³ Programa de Doutorado em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Contato:

Paula Lamb Quilião

E-mail:

plambquilio@gmail.com

Trabalho baseado na dissertação de mestrado de Paula Lamb Quilião intitulada *A Saúde do Trabalhador no município de Alegrete-RS: uma análise de dados secundários*, defendida em 2009 na Universidade Federal de Pelotas.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido: 17/05/2012

Revisado: 06/03/2013

Aprovado: 22/03/2013

Resumo

O estudo avalia a implantação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Região Oeste do estado do Rio Grande do Sul (Cerest Oeste), mediante o diagnóstico do perfil ocupacional e de saúde do trabalhador em Alegrete, e propõe estratégias para viabilizar este processo e subsidiar o seu planejamento. Desenvolveu-se um estudo retrospectivo com base em análise quantitativa de dados secundários de bancos institucionais, referentes ao período de 2000 a 2009, e análise qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave envolvidos no processo de implantação do Cerest. Evidenciou-se que a principal barreira na implantação foi a falta de articulação entre as diferentes esferas de gestão. Isso dificultou a definição de responsabilidades que dessem conta do caráter regional do Centro e implicou em problemas de infraestrutura e recursos humanos. A definição precoce da equipe e o envolvimento do controle social desde a fase de projeto podem auxiliar no enfrentamento das dificuldades. Faz-se necessário também ampliar as informações epidemiológicas em saúde do trabalhador e facilitar o acesso a elas de forma a instrumentalizar o planejamento das ações do Centro.

Palavras-chave: avaliação de serviços de saúde; políticas de saúde do trabalhador; saúde do trabalhador; vigilância em saúde do trabalhador.

Abstract

This study assesses the implementing of the Regional Worker's Health Reference Center (Cerest Oeste) by examining the worker's occupational and health profile in Alegrete, a city in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. It also proposes strategies to enable this process and subsidize its planning. The authors carried out a retrospective study concerning the period 2000 to 2009 based on quantitative analysis of secondary data from institutional databases, and also qualitative analysis through semi-structured interviews with the key-informers involved in the Cerest implanting process. They observed that the main trouble in implementing the Center was the lack of articulation among the different administrative levels. This led to difficulties in delegating responsibilities that would fit the regional characteristics of the Center and caused infrastructure and human resource problems. To help cope with these difficulties the authors suggest a precocious selection of the staff and the involvement of social control starting in an earlier stage of the project. To subsidize the Center plan of actions it is also necessary to increase and facilitate access to worker's health epidemiological information.

Keywords: health services assessment; occupational health policies; occupational health; workers health surveillance.

Introdução

O movimento em prol da saúde do trabalhador no Brasil tem como marco os anos 1970, com ações em defesa do direito ao trabalho digno e saudável. Este movimento permitiu que a saúde do trabalhador fosse discutida e incorporada pela Constituição Federal de 1988. Com a regulamentação da Lei nº 8.080/90, ficou definido que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) atuar na assistência, na vigilância e no controle de agravos à saúde relacionados ao trabalho (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

Entre as estratégias para concretizar as ações em saúde do trabalhador, destaca-se a concepção da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast) em 2002 (FACCHINI et al., 2005). Sua gestão vem se fortalecendo através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que desempenham funções de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores. Os Cerests devem estar intimamente articulados com os outros níveis de atenção como parte de uma rede regionalizada, hierarquizada e resolutiva de atenção à saúde.

A Renast faz parte das reformulações pelas quais vem passando a saúde do trabalhador no SUS, que busca superar o campo restrito da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança, entendendo a centralidade do trabalho enquanto organizadora da vida social (MENDES; DIAS, 1991; VASCONCELLOS; RIBEIRO, 1997). A Rede propõe que as causas das doenças relacionadas com o trabalho extrapolam a exposição a um grupo de fatores de risco ocupacionais e se contextualiza com fatores socioculturais e econômicos enquanto determinantes do processo saúde-doença. Segundo Facchini (1993), o trabalho determina espaços de dominação e submissão do trabalhador pelo capital e é neste espaço de intenso conflito de interesses que são criadas demandas pela busca de serviços de atenção à saúde do trabalhador.

No Rio Grande do Sul (RS), de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.437, de 2005 (BRASIL, 2005), que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Renast, deveriam ser implantados 12 Cerest e, até 2009, dez foram habilitados. O Cerests Oeste, localizado em Alegrete, município central da Região Oeste do RS, de acordo com o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2002), deveria estar em pleno funcionamento desde o primeiro trimestre de 2004, entretanto, em 2009 ainda estava tentando ser habilitado. Apenas o Cerest habilitado pelo Ministério da Saúde, através de Portaria publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, recebe o custeio para sua implantação e manutenção do serviço (BRASIL, 2009b).

Este artigo descreve, através de uma avaliação externa do processo de implantação do Cerest Oeste, as

barreiras que dificultaram e atrasaram sua implantação, verificando o perfil ocupacional e de saúde dos trabalhadores de Alegrete e apontando como este diagnóstico pode contribuir neste processo. Além disso, este estudo poderá servir como referencial para elaboração de uma metodologia de avaliação do nível de implantação de um Cerest e fornece recomendações mediante análise final dos resultados em relação às suas ações para auxiliar outros Cerests com as mesmas dificuldades.

Métodos

O presente estudo foi retrospectivo, com análise quantitativa de dados secundários disponibilizados em bancos institucionais de 2000 a 2009, período de construção do diagnóstico, e análise qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas realizadas pelo pesquisador responsável com questões abertas a informantes-chave que estavam envolvidos na organização deste Cerest.

Para avaliar o nível de implantação do Cerest Oeste elaborou-se um formulário estruturado baseado na normatização do planejamento da atenção à saúde do trabalhador nas três esferas de governo: o Manual da Renast (BRASIL, 2006a), o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2002) e o convênio firmado entre o Município e o Estado para este fim (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2000a). O formulário incluiu itens como infraestrutura, recursos humanos, vigilância em saúde do trabalhador, educação permanente, gestão e planejamento das ações em saúde do trabalhador. Para completá-lo, foram utilizados outros documentos correlatos, como atas do Conselho Municipal de Saúde e entrevistas com informantes-chave da Secretaria Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde. O resultado foi analisado pela comparação entre os itens requeridos para implantação do Cerest e aqueles realmente alcançados e/ou executados de acordo com o formulário estruturado.

Um perfil ocupacional do município foi traçado utilizando dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) através do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). A análise descritiva permitiu estimar o número de trabalhadores e sua distribuição por tipo de ocupação. Os dados de flutuação do emprego possibilitaram observar a tendência do mercado de trabalho em Alegrete de 2003 a 2008 (BRASIL, 2009e). Apenas o Censo/2000 possuía informações sobre Trabalho no município de Alegrete no período da coleta de dados do estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Para caracterizar aspectos relacionados à saúde do trabalhador, buscaram-se bancos de dados disponíveis sobre acidentes de trabalho, morbidades profissionais e morbidades relacionadas com o trabalho. Neste caso, a principal fonte de informações no Brasil provém do Ministério da Previdência Social/Instituto Nacional do Seguro Social (MPS/INSS) através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Esse registro é utilizado na concessão de benefícios para acidentes ou doenças decorrentes do trabalho e, portanto, estas informações apresentam reconhecida subnotificação e restringem-se aos trabalhadores contribuintes (WÜNSCH FILHO, 2000). Deste modo, ficam excluídos funcionários públicos, autônomos, pequenos comerciantes, trabalhadores domésticos e os informais (WÜNSCH FILHO, 2004; CORREA; ASSUNÇÃO, 2003).

Para este estudo, a Agência do MPS/INSS de Alegrete disponibilizou o banco de dados dos benefícios auxílio-doença por acidentes de trabalho concedidos em 2007. Segundo o Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2009a), este benefício constitui no pagamento de renda mensal ao acidentado urbano ou rural que sofreu acidente de trabalho ou doença das condições de trabalho, como está previsto no Art. 59 da Lei nº 8.213 (BRASIL, 1991). Os dados disponibilizados foram: sexo, faixa etária, diagnóstico conforme Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), tempo de concessão, faixa salarial, zona de trabalho e filiação ao MPS/INSS. Foi realizada uma análise descritiva com cálculo de proporções, além de análise destas variáveis estratificadas por sexo utilizando o programa Epi Info 6 (DEAM et al., 1994).

Para ampliar a abrangência da análise de acidentes e agravos em saúde do trabalhador, utilizou-se dados do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador – SIST (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2009b), atingindo mesmo aqueles à margem das estatísticas previdenciárias, uma vez que este não apresenta restrição segundo o tipo de vínculo empregatício (FACCHINI et al., 2005). O Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA) é parte desse sistema e desde 2000 foi instituído como instrumento de notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no RS pelo Decreto Estadual nº 40.222 (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2000b). O RINA é notificado pelas Unidades de Referência (Sentinelas) e analisado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. De 2002 a 2009, o Serviço Municipal de Fisioterapia foi a Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador em Alegrete (Lei Municipal nº 2.981/2000), o qual cedeu seu banco do SIST com dados mais atualizados, no período de julho de 2008 a junho de 2009 (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2009b). As variáveis estudadas foram: sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, relação de trabalho, ocupação de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (BRASIL, 2002), tempo na ocupa-

ção, ramo de atividade conforme a Classificação Nacional da Atividade Econômica – CNAE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002), diagnóstico (CID-10), tipo de acometimento (acidente ou doença), circunstância que gerou o agravo. Foi realizada uma análise descritiva com cálculo de proporções para variáveis qualitativas e de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas, além de análise das variáveis ocupacionais e de saúde estratificadas por sexo e faixa etária utilizando o programa Stata 10 (STATA CORP, 2005).

Além disso, tendo em conta que nem todos os trabalhadores frequentam o sistema de saúde pública, identificaram-se os serviços privados de saúde ocupacional. Através de entrevistas semiestruturadas, foram avaliados a fim de identificar lacunas na notificação dos agravos à saúde do trabalhador do município por parte dos sistemas de informação em saúde, no sentido de que este seja o mais abrangente possível.

Assegurando o comprometimento com as normas éticas, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, conforme Ofício nº 062/09 do CEP/UFPEL.

Resultados

O **Quadro 1** apresenta uma linha do tempo do processo de implantação do Cerest Oeste a partir do formulário estruturado preenchido de acordo com as metas alcançadas, se foram totalmente ou parcialmente atingidas e o ano em que ocorreram.

Conforme o Plano Estadual (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2002), o Cerest Oeste iniciou seu processo de implantação em 2000, através do convênio com o Estado para construção do prédio, aquisição de automóvel e de equipamentos. Entretanto, houve um impasse na construção, com atraso na confecção da planta e na localização do prédio. Assim, embora o Centro devesse estar funcionando desde março de 2004, a obra iniciou somente em 2006 e foi concluída em 2007. Foram enviados equipamentos de reabilitação em outubro de 2002 e até o ano de 2009 estavam em posse da 10ª CRS. No Plano Municipal de Saúde de Alegrete para o exercício de 2006, além da construção do prédio, estava prevista a constituição da equipe do Cerest, incluindo 16 profissionais, 10 de nível superior e 6 de nível médio. Desde a fase inicial, em 2000, a equipe era constituída por um médico ortopedista (coordenador do programa), um médico neurologista, um psicólogo e quatro fisioterapeutas lotados na unidade de referência até o Cerest ser habilitado. Entretanto, a equipe progressivamente foi sendo desfeita, com a transferência para outras unidades de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde alegou que a manutenção dos recursos humanos do Cerest, tendo em vista seu caráter regional, dependia de repasse estadual de verbas para este fim.

Quadro 1 Síntese cronológica do processo de implantação do Cerest Oeste, Alegrete, RS, Brasil, 2000 a 2009

2000	Convênio com Estado – Alegrete: sede do Cerest Unidade de Referência: Serviço Municipal de Fisioterapia
2002	Envio de equipamentos para a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde Coleta do RINA, FIS pela Unidade de Referência
2004	Coleta de Relatório de Notificação de Acidentes e Violências (Hospital) Formação do Conselho Gestor (Regimento em 2005)
2005	SIST deixou de ser notificado (Unidade de Referência e Hospital) Conferências em Saúde do Trabalhador (controle social)
2007	Término da construção do prédio (previsto para 2004)
2008	Retorno da coleta do RINA Participação em capacitações e reuniões
2009	Elaboração do Projeto de Habilitação (Ministério da Saúde)

Cerest: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
RINA: Relatório Individual de Notificação de Agravos
FIS: Ficha Individual de Notificação de Suspeita de Agravado
SIST: Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador

A alimentação do SIST contava com um hospital-sentinela, Hospital Santa Casa de Caridade de Alegrete, para notificação de acidentes e violências através do Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências, cuja coleta ocorreu apenas no período de 2004 a 2005. A falta de supervisão estadual e a pouca cobrança através de pactuação de indicadores em saúde do trabalhador deixaram os responsáveis pela coleta do Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências à vontade para desistir de alimentar o sistema. O RINA foi coletado regularmente de 2002 a 2005 pela unidade de referência. Com a desagregação da equipe, a notificação do RINA foi praticamente esquecida, com situação regularizada em 2008, quando a notificação passou a ser feita através do sistema de notificação *on line*⁴. A partir de 2002, iniciou-se uma campanha por parte da Secretaria Estadual de Saúde/RS para efetivar a notificação, cobrando das Unidades de Referência indicadores baseados na notificação em saúde do trabalhador (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2008).

A Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador não chegou a ser criada. O Conselho Gestor foi criado pelo Conselho Municipal de Saúde em setembro de 2004, teve seu regimento elaborado em janeiro de 2005, mas não apresentou atuação relevante. De acordo com o Conselho Municipal de Saúde, faltou ao Conselho Gestor apoio financeiro

para que a representação regional pudesse se deslocar às reuniões. O controle social foi representado em todas as Conferências em Saúde do Trabalhador do ano de 2005 por conselheiros de saúde.

Desde 2008, o processo de implantação do Cerest foi retomado, culminando na elaboração do Projeto de Habilitação para ser submetido ao Ministério da Saúde em 2009.

Alegrete, em 2007, possuía 78.188 habitantes, a terceira maior população entre os municípios da região, de acordo com informações do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Ao se traçar um perfil ocupacional deste município, observou-se, segundo os dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000), que, em 2000, a população economicamente ativa – pessoas de 10 anos de idade ou mais – foi de 39.391 habitantes, em torno da metade da população total do referido ano. A população economicamente ativa ocupada – pessoas com 10 anos de idade ou mais ocupadas na semana de referência – foi de 32.358 indivíduos, dos quais 63% eram homens. Conforme os dados do IBGE para a População Economicamente Ativa Ocupada quanto a posição na ocupação, 68% eram empregados, 24% eram trabalhadores por conta própria, 4% eram empregadores, 3% eram não remunerados

⁴ www.sist.saude.rs.gov.br

em ajuda a membro do domicílio e 1% era de trabalhadores na produção para o próprio consumo. Entre os empregados, 48% tinham carteira de trabalho assinada, 33% não tinham carteira de trabalho assinada e 19% eram militares e funcionários públicos estatutários. De acordo com o Censo do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000), último a coletar dados sobre mercado de trabalho em Alegrete, observou-se que os cinco grandes grupos de ocupação (CBO) com maior número de trabalhadores no município foram os trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio em lojas e mercados (33%), seguidos dos trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (18%), agropecuários, florestais, de caça e pesca (16%), serviços administrativos (7%) e forças armadas, policiais e bombeiros militares (6%).

Para avaliar a tendência do mercado de trabalho no município, utilizaram-se informações geradas pelo Caged referentes à flutuação de emprego no período de 2003 a 2008. Na análise sobre os setores produtivos que mais admitiram, a agropecuária e a indústria de alimentação mostraram grande número de empregos abertos no período. Entretanto, a indústria de alimentação apresentou queda no ano de 2007 devido à escassez de gado para o abate nos frigoríficos gaúchos (FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES COMERCIAIS E DE SERVIÇOS DO RIO GRANDE DO SUL, 2007).

A última análise foi a elaboração do perfil de saúde do trabalhador em Alegrete. Conforme informações disponibilizadas pela Agência local do INSS, dos 139 benefícios emitidos em 2007 por acidente de trabalho, 135 deles tiveram um tempo de concessão menor que 30 dias, 138 eram referentes a trabalhadores urbanos e 79,1% eram homens.

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

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

No sexo feminino, 17,2% dos diagnósticos foram sinovites e tenossinovites, enquanto cervicgia teve 6,9% dos diagnósticos. As faixas etárias

entre 40 e 49 anos e entre 30 e 39 anos concentravam, cada uma, 38% dos trabalhadores em benefício acidentário, enquanto a faixa entre 20 e 29 anos, 24%. Quanto à renda, 58,6% das mulheres recebiam um salário-mínimo, sendo que as que recebiam maior salário ganhavam entre quatro a cinco salários-mínimos.

A **Tabela 1** apresenta os resultados da análise dos RINA coletados no período de julho de 2008 a junho de 2009 pela unidade de referência em saúde do trabalhador. Dos 77 trabalhadores notificados, 65% eram do sexo masculino, 52% tinham escolaridade em nível fundamental incompleto. A idade média foi de 42,2 anos ($DP \pm 9,8$ anos), com maior número de acometidos acima dos 30 anos de idade. Grande parte dos trabalhadores era da zona urbana (75,3%) e 58,4% tinham carteira assinada. Quanto à ocupação, categorizada por grandes grupos de CBO, 35% trabalhavam no setor industrial, com predomínio dos trabalhadores da construção civil (ajudante de obras) e da indústria de alimentação (magarefe).

Observando a morbidade, verificou-se que 54,5% dos diagnósticos eram devidos a lesões, envenenamentos e outras causas externas e 45,5% devidos a doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, sendo que a síndrome do supraespinhoso/manguito rotador foi o diagnóstico mais frequente. A situação geradora do agravo, em sua maioria, foi decorrente de quedas ou de exposição a fatores ambientais artificiais, tais como impacto com objetos ou esmagamento.

Na análise das informações derivadas do RINA, observou-se uma associação significativa entre o tipo de diagnóstico e o sexo dos trabalhadores. O principal diagnóstico de agravo no sexo masculino foi devido a traumatismos, envenenamentos e outras causas externas, enquanto o principal diagnóstico no sexo feminino foi devido a doenças do sistema osteomuscular (**Tabela 2**).

Entre os serviços privados de saúde de Alegrete, notou-se que grande parte dos planos de saúde servia ao setor bancário. Existia um plano de saúde específico para os funcionários públicos estaduais e municipais (Alegrete), um para os militares e um para os bombeiros e brigada militar. Outros dois serviços privados de saúde ocupacional mantinham convênio com empresas de setores variados. Empresas do setor da indústria de alimentação possuíam serviços de saúde ocupacional e planos de saúde próprios. Entretanto, dos 12 serviços de saúde entrevistados, apenas 6 apresentaram tratamento fisioterápico para os conveniados, abrangendo apenas a categoria dos bancários.

Tabela 1 Caracterização dos casos notificados por RINA* pela Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador. Alegrete, RS, Brasil, julho de 2008 a junho de 2009

<i>Variável</i>	<i>N (n=77)</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	50	64,9
Feminino	27	35,1
Idade (em anos completos)		
<30	10	13,0
30-39	20	26,0
40-49	27	35,1
50 ou mais	20	26,0
Escolaridade		
Não alfabetizado	1	1,3
Fundamental incompleto	40	52,0
Fundamental completo	8	10,4
Médio incompleto	8	10,4
Médio completo	10	13,0
Superior incompleto	4	5,2
Superior completo	6	7,8
Ocupação (por grandes grupos de CBO**)		
Bens e serviços industriais (inclusive construção civil)	27	35
Comércio e serviços	21	27,3
Agropecuária	15	19,5
Profissionais das ciências e artes	4	5,2
Técnicos de nível médio	4	5,2
Forças armadas	4	5,2
Poder público e dirigentes	1	1,3
Serviços administrativos	1	1,3
Área de trabalho		
Urbana	58	75,3
Rural	19	24,7
Relação de trabalho		
Assalariado em CLT	45	58,4
Autônomo	12	15,6
Trabalhador informal	11	14,3
Funcionário público	8	10,4
Empregador	1	1,3
Diagnóstico do agravo (grupo de CID***)		
Lesões, envenenamentos e outras causas externas	42	54,5
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	35	45,5
Situação geradora do agravo (grupo de agentes)		
Quedas ou exposição a fatores ambientais artificiais	37	48,1
Condições relacionadas ao trabalho e ao modo de vida	21	27,3
Exposição a substâncias biológicas ou eventos naturais	12	15,6
Acidentes de transporte	7	9,1

* RINA: Relatório Individual de Notificação de Agravos

** CBO: Classificação Brasileira de Ocupações

*** CID: Classificação Internacional de Doenças

Tabela 2 Associação* entre grupo de diagnóstico (CID**) e sexo dos 77 casos notificados por RINA*** pela Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador. Alegrete, Brasil, julho de 2008 a junho de 2009

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

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

** CID: Classificação Internacional de Doenças

*** RINA: Relatório Individual de Notificação de Agravos

Discussão

O Cerest Oeste apresentou processo lento de implantação, visto que muitas das metas não foram completamente alcançadas ou foram alcançadas após o previsto em cronograma dos planos estadual e municipal de saúde, impossibilitando o seu funcionamento adequado. As principais dificuldades foram a falta de articulação entre os gestores das diferentes esferas governamentais e o entendimento aprofundado do Conselho Municipal de Saúde sobre o programa. A Portaria MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009d), confirma a responsabilidade de cada esfera governamental, cabendo: ao município a execução das ações de referência técnica em âmbitos local e regional; ao Estado, a organização dos Cerest; e à União, a gestão nacional da Renast. Entretanto, ela não define claramente pontos estruturais e operacionais como a manutenção da infraestrutura e a formação de uma equipe profissional.

Em relação à infraestrutura, alguns Centros não receberam financiamento estadual para a construção do prédio ou, no caso de Alegrete que recebeu este recurso, ocorreram desencontros entre o estado e o município (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2009a). Atrasos na confecção da planta e desvalorização monetária do repasse adiaram a construção da obra em três anos. Dúvidas na prestação de contas entre o município e o estado geraram indefinição quanto à situação de propriedade do prédio construído.

Neste Cerest, a formação da equipe técnica foi informal e com dedicação parcial à saúde do trabalhador, insuficiente para as necessidades do Cerest. Sem uma verba própria para contratação de recursos humanos, a exigência de uma equipe mínima de 10 profissionais para Centros Regionais (BRASIL, 2006b) tornou-se impraticável, gerando uma sobrecarga aos orçamentos municipais em cidades longínquas como Alegrete, que apresenta um déficit de profissionais especializados em sua rede de saúde. No estado, em vista deste problema, foi criada a Por-

taria nº 70, de 18 de dezembro de 2003 (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2004), da Secretaria Estadual de Saúde, que estabelece um repasse do Fundo Estadual para os Cerests para dar suporte ao pagamento da equipe. Porém, até o ano de 2010, esta portaria estadual não havia sofrido uma reformulação, não garantindo o repasse para os Centros que ainda não foram habilitados. A carência de recursos humanos e a falta de apoio para o custeio da equipe tem sido um dos pontos deficitários em vários Cerests no estado (RIO GRANDE DO SUL [Estado], 2009a). No Brasil, em avaliação da Renast em 2009, foi revelado que a maioria dos Cerest possui pessoal compatível (71,5%) com os parâmetros definidos como equipe mínima, entretanto, os Cerests regionais têm maior dificuldade para manter uma equipe de servidores públicos estáveis, entre outros pontos preocupantes apontados, como a falta de qualificação dos profissionais (MACHADO; SANTANA, 2011).

Desde o início do processo de implantação, o Cerest Oeste teve como meta realizar notificação pelo SIST como forma de apoiar as atividades de planejamento e vigilância. Entretanto, a coleta acontece apenas na Unidade de Referência. Além do SIST, outros sistemas de informação devem ser alimentados e servem de auxílio no monitoramento da morbimortalidade ocupacional, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade, buscando o esclarecimento dos acidentes fatais e que já está sendo feito por Cerests habilitados, e o Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), através da notificação de 11 agravos relacionados com o trabalho (BRASIL, 2004).

Outro impasse constatado foi o apoio limitado do Conselho Municipal de Saúde à abertura do Cerest Oeste. Outros Cerests já implantados enfrentam dificuldades na participação do controle social em suas atividades (MACHADO; SANTANA, 2011). O Conselho esperava que o Estado alocasse recursos para manutenção do programa, portanto, como órgão fiscalizador, quer evitar que o município seja sobrecarregado pelas demandas regionais sem a devida

contrapartida financeira e teme que as dificuldades nas negociações do financiamento do Cerest possam causar implantação deficiente, interrupções na prestação do serviço ou fechamento do Centro.

Pode-se constatar que a resistência, papel do controle social, está enfraquecida, uma vez que não existem a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador e o Conselho Municipal de Saúde, mesmo em tempos de Pacto pela Saúde, que reconhece o papel do controle social no efetivo monitoramento das ações da gestão. Segundo a Portaria GM nº 2.669, de 3 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009c), uma das prioridades do Pacto pela Saúde, no biênio 2010-2011 é a Saúde do Trabalhador. Entretanto, no caso do Cerest Oeste, o pacto pela saúde ainda não viabilizou a pactuação entre gestores.

As análises disponibilizadas através dos bancos fornecidos pela Agência do INSS não continham nenhum dado ocupacional e 12% dos diagnósticos eram não definidos. Observou-se somente um registro de benefício relativo a trabalhador de zona rural, porém deveria se esperar um maior número de casos pelo potencial agropecuário da região. Uma das metas da Renast é construir uma relação inter-setorial entre a saúde e a previdência visando articular e conduzir a padronização dos bancos de dados (FACCHINI et al., 2005). A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho conta com esta integração e tem como objetivo principal a promoção e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, implementada por meio de articulação continuada pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde (BRASIL, 2011).

Os serviços privados de saúde que apresentem tratamento fisioterápico para os conveniados abrangem por completo apenas a categoria dos bancários, deixando descoberta parte dos comerciários e totalmente os empregados em indústrias da alimentação e funcionários públicos (municipais e estaduais). Esses profissionais, somados aos trabalhadores domésticos, rurais e informais, caso busquem tratamento fisioterápico no SUS, serão atendidos pelo Serviço Municipal de Fisioterapia. Sendo assim, como Unidade de Referência, os bancários e parte dos comerciários não estariam sendo notificados pelos sistemas de informação em saúde do trabalhador, SIST e Sinan.

Desde 2008, o governo federal tem estimulado a habilitação e a criação de novos Cerests ampliando e fortalecendo a Renast (BRASIL, 2009b). Segundo dados do Ministério da Saúde, até 2007 apenas 110 dos 200 centros a serem abertos foram habilitados e os que já foram habilitados apresentam pontos deficientes (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Observa-se que um ponto crítico dos Centros Regionais é a dificuldade

de da gestão municipal contar com o apoio do governo estadual e envolver os outros municípios da área de abrangência na implantação dos Centros, visto que estes se sentem destituídos de qualquer responsabilidade. Deve existir uma articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento da função reguladora das secretarias estaduais para assegurar a organização das redes assistenciais regionalizadas e que sejam resolutivas na atenção à saúde (SOUZA, 2001).

Estudos como este permitem identificar as fragilidades existentes para superá-las, contribuindo para a efetivação da política proposta. Além disso, seria interessante avaliar os processos de implantação dos centros já habilitados examinando como foram superadas as dificuldades que estão sendo identificadas. Desde 2009, a Renast vem sendo avaliada através de um Inventário de Saúde do Trabalhador. Esse processo de avaliação deve ser aprofundado e integrado ao SUS, em todas as unidades federadas, e deve ser complementado com outras abordagens, buscando um aperfeiçoamento contínuo da Renast.

Conclusão

Este estudo apontou que a principal dificuldade na implantação foi a falta de articulação entre as diferentes esferas de gestão no sentido de definir responsabilidades que dessem conta do caráter regional do Centro. As dificuldades político-administrativas perpetuam o atraso no processo de implantação, agravada pelo controle social deficitário.

Ao avaliar o perfil ocupacional e de saúde do trabalhador no município, observaram-se falhas na cobertura de alguns setores de trabalho, em especial dos trabalhadores rurais, fundamentais para o mercado de trabalho desta cidade.

Gestores, profissionais da saúde envolvidos e o controle social precisam de um conhecimento aprofundado acerca da Renast e devem trabalhar de forma articulada para viabilizar a implantação e o pleno funcionamento dos Centros. O controle social deve participar ativamente desde a decisão do gestor municipal de implantar o Cerest até o desenvolvimento do plano de ação. Para que exista um processo qualificado de planejamento, baseado na descentralização e na regionalização, os municípios, apoiados pelo Estado e União e junto com o controle social, devem se empenhar para que ele seja organizado levando em conta as características regionais (BRASIL, 2006b).

A atuação do governo federal é de fundamental importância para acelerar a articulação inter-setorial entre saúde e previdência, agilizando a padronização dos bancos de dados em saúde do trabalhador, bem como a sua utilização pública, como já acon-

tece com outras bases de dados do setor saúde. Esta abertura propicia a realização de pesquisas que podem orientar as ações prioritárias em saúde do trabalhador. O SIST em Alegrete ainda precisa melhorar a cobertura de seu banco de dados principalmente através da ampliação das unidades de coleta e inserindo a notificação do Sinan.

Constata-se, então, a importância da avaliação de serviços de saúde, neste caso, no campo da saúde do trabalhador para evitar que outros Cerests passem pelas mesmas dificuldades no seu processo de implantação. A Renast ainda sofre com dificuldades na implantação dos Cerests, e por esta razão faz-se necessária a realização de avaliações pontuais que diagnostiquem e orientem sua implementação (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005). Confor-

me o Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores para o período de 2008 a 2017, a Organização Mundial de Saúde (2007) considera importante realizar medidas que visem melhorar o funcionamento dos serviços de saúde ocupacional e o acesso a eles. Este é o desafio imposto à Renast: ampliar e fortalecer os serviços de saúde do trabalhador com qualidade.

Nota Final

O Cerest Oeste, em dezembro de 2010, foi habilitado pelo Ministério da Saúde. Este estudo subsidiou o Projeto de Habilitação (2009) e orientou o planejamento e as ações iniciais após sua abertura em 2011.

Contribuições de autoria

Quilião, P. L.: contribuição substancial no projeto; obtenção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Fassa, A. G.: contribuição substancial no projeto; análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Restrepo, M. C.: contribuição substancial na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica do artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final do artigo.

Referências

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 nov. 2011. Seção 1, p. 9-10.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Seção 1, p. 14809-14819.

_____. Ministério da Previdência Social. *Boletim Estatístico da Previdência Social*, v. 14, n. 3, p. 2, 2009a. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=482>>. Acesso em: 23 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Ações e Programas do SUS: distribuição dos CEREST estaduais e regionais por unidades federativas*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29723&janela=1>. Acesso em: 27 dez. 2009b.

_____. *Manual de gestão e gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2009.

_____. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação

compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 abr. 2004. Seção 1, p. 37-38.

_____. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 dez. 2005. Seção 1, p. 78-80.

_____. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006b. Divulga o Pacto pela Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

_____. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 nov. 2009c. Seção 1, p. 58-60.

_____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 nov. 2009d. Seção 1, p. 76-77.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Cadastro Geral de Empregos e Desempregos. ISPER – dados por município*. Disponível em: <http://bi.mte.gov.br/bgaged/caged_perfil_municipio/index.php>. Acesso em: 20 maio 2009e.

_____. Portaria nº 397, de 9 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 out. 2002. Seção 1, p. 74-75.

CORREA, P. R. L.; ASSUNÇÃO, A. A. A Subnotificação de mortes por acidente de trabalho: estudo de três bancos de dados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 12, n. 4, p. 203-212, 2003.

DEAM, A. G. et al. *Epi Info 6 Version 6.04*. A word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention, 1994.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHA, L. E. et al. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 178-186.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES COMERCIAIS E DE SERVIÇOS DO RIO GRANDE DO SUL (FEDERASUL). *Frigorífico gaúcho já demite por falta de boi*. 2007. Disponível em: <<http://www.federasul.com.br/noticias>>. Acesso em: 2 fev. 2009.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., 2005, Brasília (3. CNST). *Coletânea de textos...* Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 72-78.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo de 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: 6 jan. 2009.

_____. *Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE FISCAL 1.1*. Resolução IBGE/CONCLA nº 07, de 16 de dezembro de 2002.

_____. *Contagem da População 2007*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: 5 dez. 2009.

LEAO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

MACHADO, J. M. H; SANTANA, V. (Org.). *Inventário de Saúde do Trabalhador*, 1., 2009 – Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador

2008-2009. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz; UFBA, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_renast.pdf>. Acesso em: 4 out. 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. Ginebra: OMS, 23 maio 2007. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.13 del orden del día. Documento OMS WHA60.26. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-sp.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2013.

_____. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial, In: ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 60., Ginebra, 2006. Ginebra: OMS, 2007. 12 p.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Convênio entre o Estado do Rio Grande do Sul por intermédio da Secretaria da Saúde e o Município de Alegrete objetivando a implementação do Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador. *Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, 28 dez. 2000a. Atos da Secretaria de Saúde, p. 55.

_____. Decreto nº 40.222, de 02 de agosto de 2000. Institui o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, 02 ago. 2000b. Atos do Governador, p. 1.

_____. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). *Ata do encontro dos CEREST do Rio Grande do Sul*, 14 de agosto de 2009. Porto Alegre: CEVS, 2009a. 5 p.

_____. Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Portaria nº 70, de 18 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a implementação dos CEREST, no Estado do Rio Grande do Sul. *Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, 08 jan. 2004. Atos da Secretaria de Saúde, p. 49-50.

_____. *Pacto pela Saúde 2008 para o Rio Grande do Sul – Indicadores de Pactuação Estadual*. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1305311917615Argumentos%20para%20inclus%E3o%20dos%20Indicadores%20RS.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2013.

_____. *Plano Estadual de Saúde do Trabalhador 2002*. Disponível em: <http://www.corag.com.br/index.php?option=com_jornal&pagina=065&tipo=pdf&jornal=doe&data=2002-12-13&view=pagina>. Acesso em: 6 ago. 2009.

_____. *Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST)*. Disponível em: <<http://www.sist.saude.rs.gov.br/ist/index.jsp>>. Acesso em: 22 jun. 2009b.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STATA CORP LP. *Stata Statistical Software: release 10*, College Station, Texas: StataCorp LP: 2005.

VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo

bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 269-275, 1997.

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

_____. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 289-330.

Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas

Fátima Sueli Neto Ribeiro¹

Worker's Health Surveillance - The temptation of making up answers for unaskable questions

¹ Departamento de Nutrição Social, Faculdade de Nutrição, Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Contato:

Fátima Sueli Neto Ribeiro

E-mail:

fatsue@uerj.br

O trabalho não foi subvencionado.

A autora declara não haver conflitos de interesse.

Resumo

Este texto pretende refletir a implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no Sistema Único de Saúde (SUS). O recorte teórico adotado se situa em uma perspectiva crítica da área de Saúde do Trabalhador com práticas tradicionais que ainda não incorporaram o contexto do capitalismo mundializado, a globalização do consumo e das relações sociais, a flexibilização das relações sociais e sua repercussão na dinâmica social do sujeito coletivo. A partir da práxis no SUS, analisa os possíveis motivos pelos quais as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador não são efetivadas e se o modelo atual atende às demandas modernas do mundo do trabalho sob os princípios de equidade e integralidade do SUS. Destaca a necessidade de superar o modelo de vigilância centrado em agravos e de modernização de suas práticas para uma atuação sobre os determinantes sociais no contexto do capitalismo atual. Refletindo acerca da produção teórica atual e das práticas no modelo do SUS, propõe uma atuação baseada em pactuação de cenários, adoção de novos indicadores e avaliação sistemática e contínua das ações em uma Vigilância Antecipatória de Cenários, bem como conjectura algumas ações de curto, médio e longo prazos para a área.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; vigilância antecipatória de cenários; vigilância em saúde do trabalhador; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This paper purpose is to ponder about the implementation of Worker's Health Surveillance in the Brazilian Unified Health System (SUS). The theoretical framework adopted is a critical perspective of the Worker's Health area, including its traditional practices that have not incorporated the globalized capitalism context, the globalization of consumption and of social relations, the flexibility of these social relations and its impact on the collective subject social dynamics. Starting from the praxis in the Unified Health System (SUS), the paper analyzes why Worker's Health Surveillance actions have not been taken by SUS and if the program present model meets the modern labor world demands under SUS equity and integrality principles. The paper emphasizes it is necessary not only to improve the surveillance model, which is focused on diseases, but also to update its practices so that it can act on the social determinants of contemporary capitalism. Based on theoretical reflection on SUS model and its practices, the paper proposes action based on agreed scenarios, implementing of new indicators, systematic and continuous assessment of actions towards an Anticipatory Surveillance of Scenarios and suggests some short, medium and long term practices for the area.

Keywords: occupational health; anticipatory surveillance of scenarios; worker's health surveillance; Brazilian Unified Health System.

Recebido: 01/03/2012

Revisado: 20/12/2012

Aprovado: 10/01/2013

Introdução

Conceitualmente, a vigilância é um espaço estratégico do Estado que recolhe evidências e desencadeia ou recomenda ações. Compreende necessariamente uma pré-concepção ou um modelo (implícito ou explícito) de ações de saúde que, por sua vez, está carregada de teoria (ou de uma visão do mundo) que se consubstancia em um método para apreensão da realidade, que então é decodificada em evidências capazes de serem implementadas no modelo. No Estado autoritário, a vigilância é exercida para restringir ou eliminar direitos dos cidadãos. No Estado democrático, a vigilância é exercida para garantir os direitos dos cidadãos. Nesse contexto, a vigilância em saúde é a expressão máxima de intervenção do Estado democrático e de direito no sentido de garantir a saúde dos cidadãos (VASCONCELLOS, 2007).

Saúde do Trabalhador, conforme definido na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), já configurava a obrigatoriedade das estruturas de vigilâncias do SUS incorporarem este campo no conjunto de atividades cotidianas. Todavia, destaca que sua abordagem deve se dar no marco da integralidade (promoção, proteção, recuperação e reabilitação):

como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990, capítulo I, artº 6º, parágrafo 3º)

Não cabe reafirmar que os agravos relacionados ao trabalho devem estar previstos nas ações da vigilância epidemiológica, mesmo porque será reafirmar a Portaria GM/MS nº 104, de 25/01/2011 (BRASIL, 2011), que refere as doenças e os agravos relacionados ao trabalho em uma lista nacional de doenças de notificação compulsória. De igual mote seria discutir a ação de fiscalização dos ambientes de trabalho, especialmente do setor regulado pela vigilância sanitária. Isso também será uma redundância. O planejamento e a realização das ações de forma interdisciplinar, pluri-institucional e com a participação dos trabalhadores também já está detalhada nas Portarias MS nº 3.908 (BRASIL, 1998b) e nº 3.120 de 1998 (BRASIL, 1998a) e descrito em Vasconcellos e Ribeiro (1997).

Ainda que definida pela legislação, amparada pelos repasses de recursos e ampliada em estruturas que se multiplicaram nos últimos 10 anos, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) fundada nos princípios e nos marcos legais da área não tem sido uma realidade no Brasil.

Duas questões suscitam a reflexão sobre as práticas de Visat no SUS: Por que estas ações não são

realizadas? Se fossem realmente efetivadas, seriam suficientes frente às exigências do novo mundo do trabalho e das responsabilidades do SUS com a equidade e a integralidade?

Entorno desses dois temas, questões teóricas e opções políticas cruciais para a prática sanitária precisam ser debatidas. Os indicadores que expressam e orientam as ações da vigilância adotadas pela Saúde do Trabalhador no Brasil, constituindo as suas evidências sanitárias, priorizam indicadores de efeitos (doenças e acidentes). Seguidas de recomendação de ações que visam ao “controle do risco”, indicam, *a priori*, a baixa possibilidade de reversão de situações tardias porquanto atuam na lógica da relação causa-efeito e privilegiam apenas a dimensão médica e tecnológica do problema, reduzindo as possibilidades de explicação e de intervenção. Vigilância, nesta perspectiva, representa uma atividade de reparação em um cenário estático de produção de riscos e, intencionalmente, não interfere nas causas, não reduz a dimensão dos agravos e não evidencia a apropriação da saúde e da vida pelo processo de produção.

Embora o risco possa ser considerado como inerente ou um paradoxo da vida humana (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010), é fundamental localizar que esta vida está configurada socialmente por elementos políticos e culturais que sustentam e são sustentados pelo processo de produção em sua dimensão, que envolve o processo de trabalho, a distribuição, o consumo e a troca. Logo, o risco no processo de trabalho nunca é inerente, mas fruto de uma intencionalidade presente, ou negligenciado na organização do processo de trabalho e do modelo econômico.

Sob essa perspectiva, já não basta buscar a prevenção primária através dos riscos identificados na “História Natural” dos agravos relacionados com o trabalho. Para que a Vigilância possua real efetividade, cabe buscar os determinantes e antecipar-se aos problemas que as mudanças no direcionamento da economia implementam em um grupo social e no ambiente. Esta relação dinâmica, mais antecipatória do que regressiva, demanda conhecimento inter e transdisciplinar, demanda assumir o grande desconhecimento que ainda possuímos frente a situações complexas e, necessariamente, uma interlocução próxima baseada nos valores da população.

Outra forma de construir o cenário de intervenção da vigilância deve basear-se em um novo conjunto de indicadores capazes de evidenciar os efeitos sobre o corpo e o ambiente dos novos modelos de organização pós-fordistas. Nesta dimensão, a Visat se depara com a dificuldade do SUS em adotar uma concepção sistêmica, conforme discutido por Vasconcellos (2007), e prover o Estado de meca-

nismos capazes de gerar informações, intervenções sobre os processos produtivos e outras capacidades transeitoriais com vistas a interferir no modelo de desenvolvimento.

Entretanto, é justamente nessa contradição que o campo da Saúde do Trabalhador precisa subsidiar e impulsionar o SUS. Em conjunto com o campo do Ambiente, cada vez mais é propício o debate acerca das consequências para a vida no planeta do atual modelo de desenvolvimento. Emerge a necessidade da Saúde do Trabalhador instrumentalizar o aparelho estatal através de sua estrutura e mecanismos de intervenção/coerção, de modelos e estratégias de atuação voltada para novos modelos em rede e motivada pela relação mais próxima com as necessidades socioambientais.

As linhas básicas de operacionalização sob a égide da promoção da saúde e das mudanças tecnológicas já estão dadas a partir de seu arcabouço legal, embora ainda exista um universo a ser percorrido. Modelos e instrumentos de ação para superar a estratégia medicalizante da sociedade em uma atuação conjunta e corresponsável entre todos os atores sociais ainda carecem de construção, mas se configuram em uma necessidade dos tempos de comunicação imediata propiciada pela internet.

O cerne deste ensaio é a reflexão crítica da Visat usando propor novos acordos sanitários que não fragmentem a vida em indicadores tardios de morbimortalidade, mas que atue no modelo de pactuação de cenários promotores de vida e felicidade como resposta às profundas mudanças pelas quais vem passando o mundo do trabalho nas últimas décadas. Avança na proposição de uma nova vigilância que tem como foco os determinantes sociais da saúde e o comprometimento antecipatório com cenários e riscos, assim como ações e indicadores de distintas dimensões em curto, médio e longo prazo.

Por que o sistema de saúde não implementa vigilância em saúde do trabalhador?

A Visat se distingue das vigilâncias e de outras disciplinas do campo da relação trabalho-saúde pela delimitação de seu objeto específico na “investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde” (MACHADO, 1996, p. 46). Entende-se como trabalho os processos produtivos organizados ou informais, urbanos ou rurais (BRASIL, 2012) e a saúde como síntese de bem estar, qualidade de vida individual e coletiva, formas culturais de preservação da existência e espécie, e sobre todos os esforços e disputas coletivas por grupo sociais diferenciados para estabelecer parâmetros acerca do significa saudável (MINAYO, 2001).

Machado (1996) alertou para o perigo de equiparar a Visat às concepções restritas de vigilância médica (de agravos) e vigilância epidemiológica. Mais do que uma questão semântica, esta redução gera consequências na competência institucional para a intervenção nos ambientes de trabalho.

Ainda que a discussão já tenha completado mais de uma década, o foco da Visat ainda ocorre na intervenção sobre os “fatores de risco” que, desta forma, pouco evoluiu para a identificação e a alteração dos fatores determinantes. Este limite, associado às restrições técnicas, situa as dificuldades de atualizar as rotinas institucionais do Estado cuja estrutura prejudica a incorporação de novas práticas capazes de inovar na abordagem mais sistêmica dos problemas de saúde.

Os obstáculos para superar as concepções restritivas das clássicas vigilâncias sanitária e epidemiológica e da vigilância médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho implicam na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais e no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e inter-setorial (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Na pesquisa de Lacaz, Machado e Porto (2002), identificou-se que o maior entrave a ser superado na área da saúde do trabalhador era a intrasetorialidade, justamente o ponto focal para as ações de vigilância. Outras dificuldades referiam-se a: treinamento e capacitação das equipes, recursos materiais e investimento, integração intra SUS, legislação e legitimidade social das ações de vigilância. Embora sejam dificuldades bastante concretas, elas evidenciam partes do problema, em especial aqueles que interferem diretamente na prática profissional e podem ser vislumbrados como entrave imediato. Em um plano mais avançado, percebe-se que não há orientação ou decisão política para sua realização. As práticas locais que ocorreram no processo histórico brasileiro foram resultado do empenho quase pessoal de grupos localizados.

Costa (2011) refere que, no levantamento direto junto aos 114 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) implantados no ano de 2010 e tendo obtido resposta de 32% destes, a maioria (70%) não desenvolvia ações de vigilância e, dos que referiram realizar alguma ação, 31% utilizavam instrumentos de registro que mais se aproximam de um roteiro ou *checklist* de inspeção de ambientes de trabalho.

Embora a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho conste nos instrumentos legais, Pinheiro (1996) relaciona dificuldades inerentes à implantação de um

sistema de vigilância que está no âmago do conflito capital-trabalho e é realizado por equipes com dificuldade de compreender esta dimensão das ações.

Atualmente, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), atualizada pela Portaria MS nº 2.728/09 (BRASIL, 2009), tem respondido às dificuldades, em especial no que tange aos recursos e à capacitação. Por outro lado, uma nova limitação se apresenta justamente pelo modelo Renast que, segundo Gomez e Lacaz (2005), adotou o modelo de serviços específicos de nível secundário, em apoio à rede SUS, substituindo o modelo anterior que assumia a compreensão da categoria trabalho e articulava a assistência com a vigilância a partir da perspectiva do trabalho como determinante de formas específicas de morbimortalidade. Esta articulação se dava particularmente com a inserção dos serviços na esfera de gestão no nível central. O modelo atual, com a priorização da assistência, acaba por apresentar um impacto pequeno na intervenção sobre os ambientes e os processos de trabalho nocivos à saúde (GOMEZ; LACAZ, 2005). Esta situação ainda não se mostrou de melhor operacionalidade com a inserção da Saúde do Trabalhador na Secretaria de Vigilância em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, e copiada pelas estruturas adjacentes de Estados e Municípios.

A inserção da Renast no SUS ainda não conta com muita análise. Uma revisão de Leão e Vasconcellos (2011) resume que os estudos disponíveis verificaram concentração na assistência (não raro em consultas de medicina do trabalho), inexistência de informação e falta de canais de comunicação, baixa articulação intrasetorial e baixa comunicação intra SUS. Concluem os autores que, a despeito da designação Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, não houve a homogeneização da inserção dos Cerest nas estruturas do SUS.

Algumas dessas dificuldades podem ser explicadas pela formação original das equipes dos Cerest, vinculados à clínica ou às áreas ditas “do trabalho” que repetem o paradigma de atuação da medicina do trabalho e se refletiu no manual de gestão da Renast, de 2006 (BRASIL, 2006).

A organização paulatina da Renast parte da publicação de protocolos, uma série de documentos que oferecem recomendações e parâmetros para diagnóstico, tratamento e prevenção de 12 agravos. Vale destacar a ausência, ainda persistente, de publicações sistematizadoras de ações de vigilância em ambientes e processo de trabalho.

Outro problema diz respeito à delegação da execução das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador para a instância municipal sem a responsabilização solidária da instância estadual do SUS. A estrutura regionalizada da Renast não auxilia nesta

etapa, na medida em que não prevê uma função dos centros de referência regionais e estadual no tocante à vigilância. Lacaz (2000, p. 9) destaca a atribuição do nível estadual:

[...] normatização das ações, assessoria, formação e apoio técnicos à instância municipal [...], tendo como meta o desenvolvimento de uma metodologia de intervenção nos ambientes e locais de trabalho que adote um rol de diretrizes operacionais [...] deve envolver uma maior capacidade auditora, na perspectiva de garantir a qualidade das ações e serviços executados pelo nível municipal.

Via de regra, a ausência dessas responsabilidades dilui a articulação política potencial e pode reduzir a esfera estadual à mera instância intermediária de repasse de recursos, de rotinas e organização de atividades.

Leão (2011) destaca 3 impasses relativos às práticas de vigilância em saúde do trabalhador no Brasil: a baixa produção teórica em torno das relações entre saúde-trabalho-ambiente; a dispersão e a falta de entrosamento das ações nas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; e a ênfase demasiada na assistência em detrimento das ações de vigilância pelos serviços de saúde, em particular nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Ainda persistem dificuldades ligadas à ausência do compromisso com a Política Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador assinada em 2005, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) e, conforme assinalam Gomez e Lacaz (2005), o enfraquecimento dos movimentos sociais e sindicais que dificultam pressões necessárias para a área. Esses entraves estão profundamente vinculados à tendência neoliberal do Estado Mínimo que o governo vem adotando no que tange à política (LACAZ, 2000) e ao caráter do SUS não sistêmico em um Estado omissivo em relação ao papel do trabalho na determinação de situações graves passíveis de controle sanitário (VASCONCELLOS, 2007).

Assim, também configura uma necessidade para a área que o SUS possua caráter sistêmico e articulador com outros setores, pactuando não apenas doenças, mas condições apropriadas de vida e trabalho a partir da participação social em um Estado presente e forte, mediador de conflitos a partir da lógica da equidade (proteção aos mais desassistidos) e não da “neutralidade”.

Para a Saúde do Trabalhador, a participação dos trabalhadores é premissa básica, todavia, os sindicatos passam por diversas dificuldades. Lacaz (2000) analisa que o contexto de crise de desemprego aberto diminuiu o número de associados e que a reestruturação produtiva, acompanhada da desregulamentação de direitos trabalhistas e previdenciários conquistados ao longo de anos de luta, levou os

sindicatos a terceirizar assessorias jurídicas e de medicina e segurança do trabalho, desmontou valiosas experiências historicamente acumuladas, como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), e passou a avançar pouco na proposição de cláusulas em saúde e trabalho a ponto de tornarem-se bastante repetitivas e de efetividade muito discutível.

De certa forma, estas posições são um reflexo da mudança de estratégia do movimento sindical que ressurgira no final dos anos 1970, o qual passou da posição de confrontação com o capital para a postura de certa conciliação ou “cooperação conflitiva” (RODRIGUES, 1995) e culmina com o governo Lula a partir de 2003, em que lideranças sindicais com sensibilidade e demandas pela saúde foram compor quadros em instâncias de gestão e não formaram sucessores.

Em 2011, a população economicamente ativa ocupada era estimada em 93.493.000. Destes, 58,9% (aproximadamente 55 milhões) contribuíam para a Previdência Social e 16,5% (aproximadamente 15 milhões) eram sindicalizados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Ainda restam aproximadamente 78 milhões não sindicalizados que podem estar inseridos no mercado informal, desocupados, sob a estratégia liberal de “empreendedor”(autônomo) e todas as demais categorias de exercício do trabalho e que atualmente não formulam ou não possuem organização e espaço para se fazerem ouvir nas suas demandas por saúde. Estas, ainda mais que as outras, são objeto da Saúde do Trabalhador e do SUS. No entanto, ao contrário dessa percepção, o planejamento do número e da localização dos Cerests segue o dimensionamento estadual da população economicamente ativa (BRASIL, 2005b).

O tripé da plataforma política neoliberal, composto pelo aprofundamento da abertura da economia nacional, pela privatização de empresas e serviços públicos e pela desregulamentação das relações de trabalho, obteve aceitação junto à grande parte da população e o neoliberalismo no Brasil ganhou corpo, ideias em importantes setores populares (BOITO JUNIOR, 1996) e pouco ou nenhuma resistência de grupos sociais organizados.

Melo (2007) clama pela urgência do reconhecimento da transição da “fábrica cinzenta” à “claridade dos escritórios” para enfatizar a necessidade de atualização da abordagem do campo de Saúde do Trabalhador. Trata-se de reconhecer a complexidade que reestrutura a organização da produção contemporaneamente e que reconstitui o trabalhador coletivo em uma reconfiguração da divisão do trabalho no âmbito dos processos sociotécnicos particulares de trabalho e, de forma articulada com a reestruturação da produção, no nível mundial. A expressão desta

dimensão é o avanço das atividades do setor terciário da economia, mas com relações híbridas entre indústria e serviços (MELO, 2007).

Ao se considerar as perspectivas de superação dos entraves, que têm como pano de fundo a globalização e a reestruturação produtiva, a flexibilização das relações de trabalho e o discurso da competitividade e da qualidade total, associados à proposta de Estado Mínimo, de caráter neoliberal, na qual ao mercado é dado o papel de maior regulador das relações econômicas e sociais, pode-se depreender que a solução dos problemas é tarefa das mais complexas (LACAZ, 2000), ainda não iniciada.

Pode-se concluir que a grande missão da Vigilância em Saúde do Trabalhador, inserir a problemática do trabalho no cotidiano das ações da saúde pública, ainda está embrionária.

A saúde do trabalhador frente às exigências do mundo do trabalho

As novas posições assumidas pela relação entre os seres humanos, o sistema produtivo e o meio ambiente apontam diversos desafios para a área, dentre os quais discutiremos apenas dois, a nosso ver os que impactam a instrumentalização da área para o enfrentamento de suas próprias limitações, o modelo centrado no agravo e na vigilância do período industrial.

Superação do modelo centrado no agravo

Com todas as limitações da prática de Visat, já discutidas e em um contexto em que a vigilância epidemiológica de agravos apenas começa a estabelecer relação com as ações de vigilância em ambientes e processo de trabalho, a necessidade histórica é de um avanço ainda maior.

Do ponto de vista das *finalidades* ou dos propósitos da atenção à saúde, superar o modelo centrado na atenção à “demanda espontânea” – ou seja, no atendimento a doentes ou casos notificados – para incluir e priorizar ações de antecipação de riscos e agravos e de promoção da saúde implica tomar como *objeto* os determinantes dos problemas de saúde. Assim, a atenção se organizaria de modo a incluir não apenas ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, ações e serviços que incidam sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, o modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (TEIXEIRA, 2002). Sairia, portanto, do modelo medicalizante (VILAÇA, 1996) para abordar cenários capazes de desencadear problemas socioambientais decorrentes do cotidiano do trabalho, constituindo, assim, uma vigilância de cenários e não de agravos.

Deslocar o eixo de recuperação da saúde através da intervenção nos ambientes de trabalho, exclusivamente, para promover a saúde dos grupos populacionais a partir das demandas sociais que se apresentam, das necessidades articuladas em cenários de complexidade progressiva exige a:

[...] utilização de saberes e tecnologias consentâneas com a ampliação e diversificação do leque de ações e serviços, o que, por sua vez, se reflete na necessidade de mudança no perfil dos sujeitos do processo de trabalho, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador de saúde, quanto, principalmente, no perfil do "sujeito coletivo", entendido como a população organizada em torno da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, em um processo de "apoderamento". (TEIXEIRA, 2002, p. 157)

O deslocamento deste eixo na abordagem da saúde delimita uma nova vigilância antecipatória de cenários.

As recomendações conhecidas de "constituição de serviços de saúde que supere a ineficácia e ineficiência nas ações de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde" contrastam necessariamente com o modelo da política neoliberal do Estado Mínimo (LACAZ, 2000).

Um desafio imediato e já bastante discutido é a incorporação da temática ambiental no campo da vigilância em saúde do trabalhador sem a polarizar com questões e demandas específicas dos movimentos de trabalhadores. Trata-se, portanto, de discutir e enfrentar ambos os problemas de forma articulada com a luta pela democracia, a justiça social e a sustentabilidade. Para isso é necessário que a concepção de sustentabilidade inclua a existência e a qualidade do trabalho, além de novos indicadores para a saúde dos trabalhadores como um de seus pilares fundamentais.

A configuração de um modelo múltiplo de vigilância (Ambiental e de Saúde do Trabalhador) foi discutida em Machado et al. (2011), que resumem um projeto a partir de três eixos: um interno ao serviço de vigilância de elaboração metodológica e desenvolvimento de recursos humanos; o segundo eixo de legitimação interna ao SUS se integrando transversalmente ao modelo de atenção integral, de formação de redes técnicas de compartilhamento de informações e de complementação das ações; e o terceiro eixo intersetorial de integração da ação de intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

As consequências de processos produtivos e tecnologias que ignoram ou desprezam as necessidades de seres humanos e do meio ambiente não são enfrentadas somente por especialistas e cientistas, mas pela atuação organizada dos trabalhadores e dos cidadãos em geral na defesa da vida e da democracia (PORTO,

2005). A ampliação do debate para discussões dos impactos à saúde advindos dos grandes empreendimentos e a interferência nas definições das políticas energética, industrial e agrária são exemplos de temas articuladores da saúde como valor no modelo de reprodução social sustentável (MACHADO et al., 2011).

Embora o SUS ainda não disponha de procedimentos bem estabelecidos, a possibilidade legal da relação entre a Visat e a área de Vigilância Ambiental está prevista na Instrução Normativa MS nº 1, de 07/03/2005, que se refere às competências na área de vigilância em saúde ambiental (BRASIL, 2005a) e prevê o ambiente de trabalho como fator de risco para a saúde ambiental:

medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial [...] VIII. ambiente de trabalho.

O Ministério da Saúde ainda delimita, nessa Instrução Normativa, as substâncias que serão seus objetos: a "exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo". Nessa orientação legal, expõe a contradição de chamar para si a responsabilidade de enfrentar apenas alguns contaminantes, ainda não operacionaliza ações conjuntas nem a superação da abordagem focada em agravos e intervenção em fatores e risco.

Modelo pós-fordismo

A Visat possui profundas relações com o período histórico em que se deu seu desenvolvimento, o modelo fordista de organização da produção. Os novos modelos de organização da produção, do tempo e do espaço, sob a égide da globalização e da flexibilização das relações de trabalho, tendem a ser enfrentados pela Saúde do Trabalhador na mesma lógica controladora da "prevenção" dos novos efeitos identificados, tais como a doença mental, câncer, assédio, trabalho infantil etc. Ou seja, atribui-se aos instrumentos tradicionais, tais como análise de ambiente de trabalho,nexo causal, tempo de exposição e avaliação de risco, a crença de que é possível reverter o pós-fordismo e promover saúde.

O modelo subjacente a estas práticas, baseado na Teoria de Regulação e no papel mediador (e neutro) do Estado, é bem discutido em Braga (2003). Ele assinala a crença de que o pós-fordismo pode trazer o crescimento econômico com equidade ou o "capitalismo mais humano". Critica este modelo e alerta para o perigo das novas formas que a Teoria da Regulação assume e são reinventadas pelos espaços acadêmicos, em particular a busca europeia de pactos sociais em uma perspectiva do "novo reformismo" como alternativa ao neoliberalismo norte-americano.

Assim, aperfeiçoar esta vigilância serve apenas para retornar à busca dos agravos nos moldes do trabalho industrial, em um processo histórico totalmente distinto sob uma verdadeira nostalgia do fordismo.

Em uma direção distinta das teses que defendiam a ideia do esgotamento ou mesmo do fim do trabalho, Antunes e Alves (2004) analisam as mutações no mundo do trabalho e apontam as seguintes tendências:

1) Com a retração do binômio taylorismo/fordismo, vem ocorrendo uma redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro da era da indústria verticalizada de tipo taylorista e fordista. 2) Aumento do novo proletariado fabril e de serviços, em escala mundial, presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado. São os terceirizados, subcontratados, *part-time*, entre tantas outras formas assemelhadas, que se expandem em escala global. 3) Aumento significativo do trabalho feminino num movimento inverso da temática salarial. 4) Significativa expansão dos assalariados médios no “setor de serviços”. 5) Crescente exclusão dos jovens e dos idosos. 6) Expansão do trabalho no chamado “Terceiro Setor” e do trabalho produtivo em domicílio, que mescla-se com o trabalho reprodutivo doméstico, aumentando as formas de exploração do contingente feminino e 7) No contexto do capitalismo mundializado, dado pela transnacionalização do capital e de seu sistema produtivo, a configuração do mundo do trabalho é cada vez mais transnacional. (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 336)

Os autores concluem com uma possível explicação para o desinteresse das lutas por saúde e a dinâmica atual de alienação social e política que tanto prejudica a organização do controle social no SUS:

Neste contexto de capital mundializado caracterizado pelo *desemprego estrutural*, pela redução e a precarização das condições de trabalho, evidencia-se a existência de uma materialidade adversa aos trabalhadores, um solo social que *constrange* ainda mais o afloramento de uma *subjetividade autêntica*, ou seja, de uma *subjetividade para-si*[...] E repercute na vida e na esfera da reprodução societal, na qual o consumo de mercadorias, materiais ou imateriais, também está em enorme medida estruturado pelo capital. Desde os serviços *públicos* cada vez mais *privatizados*, até o turismo, no qual o “tempo livre” é instigado a ser gasto no consumo dos *shoppings*, são enormes as evidências dos *obstáculos ao desenvolvimento de uma subjetividade autêntica*. Nessas condições, a subjetividade da classe é transformada em um objeto, em um “sujeito-objeto”, que funciona para a auto-afirmação e a reprodução de uma força estranhada. O indivíduo chega a auto-alienar suas possibilidades mais próprias, vendendo, por exemplo, sua força de trabalho sob condições que lhe são impostas, ou, em outro plano, sacrifica-se ao consumo de prestígio, “imposto pela lei de mercado”. (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 349)

O paradoxo deste movimento econômico fica muito claro se estabelecemos uma analogia com a situação do trabalhador rural, em especial o plantador de cana-de-açúcar. Quando o Brasil ampliava sua produção de açúcar, os riscos estavam associados aos acidentes com corte, amputação e picada de animal peçonhento, especialmente cobras. Com o Proálcool, na década de 1980, os riscos estudados se ampliam para a exposição solar, a pneumoconiose (bagaçose), a dermatose do contato com as folhas de cana e, em uma dimensão mais social, o trabalho infantil. Atualmente, o modelo energético que o Brasil apresenta ao mundo acumula as mazelas anteriores e ainda gera morte de trabalhadores por exaustão (Karoshi²) em um paradoxo evidente do modelo econômico e a omissão de sua repercussão sobre a força de trabalho, contradição que faz calar nosso instrumental técnico e fala por si só.

Se o campo da Saúde do Trabalhador reconhece que as relações trabalho-saúde dizem respeito a quaisquer trabalhadores, independentemente da forma como se dá a inserção no trabalho, a questão central das políticas e da recomposição do trabalhador reside tanto na investigação, quanto na intervenção (MELO, 2007), que se expressam nas ações da Visat.

Esta Visat, que investiga e atua em uma perspectiva da apreensão dos determinantes da Saúde do Trabalhador, demanda um novo “sistema” de registro da realidade. Ou seja, é insuficiente o registro de agravos isolados de sua cadeia causal e necessário valorizar os problemas vividos. No entanto, apreender e expressar problemas vividos e priorizados requer a construção de “cenários epidemiológicos” com dimensão que vai além de coeficientes; são evidências traduzidas em indicadores complexos e qualitativos.

Instituir instrumentos que expressem estes determinantes implicará em uma verdadeira revolução cultural e uma real alteração dos padrões de gestão contemporânea, balizando com dados concretos o planejamento, os contratos de gestão e o acompanhamento permanente de sistemas locais e de serviços de saúde (CAMPOS, 2007) e não é menos que isto que estamos buscando.

Se pensarmos nas relações saúde-trabalho-desenvolvimento como eixo, incluídas as variáveis produção, meio ambiente, sustentabilidade e a felicidade humana, as políticas de saúde devem incorporar às suas macrodiretrizes as questões da produção e do desenvolvimento socioambiental do mesmo modo que as de trabalho/produção devam incorporar

² Karoshi: Termo utilizado no Japão para definir “morte por excesso de trabalho”, no qual Karo significa excesso de trabalho e Shi, morte. É descrito na literatura sociomédica como um quadro clínico extremo (ligado ao estresse ocupacional) com morte súbita por acidente vascular coronariano ou vascular cerebral.

questões sutis de saúde e meio ambiente e assim por diante. A possibilidade de que isso ocorra depende de níveis macro de articulação das estruturas definidoras nas instâncias de decisão, fato não experimentado ainda no SUS (VASCONCELLOS, 2007).

O caminho, o cenário e os passos

As dificuldades e os desafios são os dois horizontes apresentados. Vislumbrá-los assusta e dimensiona o quanto ainda há de vir. Enfrentá-los é uma questão de coragem.

Sem ousar apontar regras, mas recolhendo o tanto que já vem sendo pensado e produzido, passo a discutir uma proposta de caminho e a elencar passos possíveis em direção a um modelo desejado.

Se for notório que, para a vigilância, o tipo de recorte da realidade (indicador) contém em si mesmo as evidências escolhidas para serem enfrentadas (causas) e aponta os horizontes das ações, cabe tentar alcançar a instância mais avançada, a determinação socioambiental dos problemas. Em uma perspectiva de superar o modelo vigente, centrado no efeito final, e partir para instrumentos evidenciadores dos níveis de determinação, faz-se mister pensar, necessariamente, em novos paradigmas nos campos teóricos e operacionais.

A atuação prática da Visat em níveis de complexidade, segundo a capacidade técnica, a organização do SUS e a responsabilidade sanitária, já vem sendo discutido por Ribeiro (2001, 2013), Campos (2007) e Vasconcellos (2007).

Refletindo sobre a dificuldade de adesão do movimento social e das estruturas sociais ao objeto da área de Saúde do Trabalhador, qual seja, o papel determinante que o trabalho exerce na vida da população e no ambiente, associada às desigualdades sociais e territoriais como fator fundamental para esta questão, cabe repensar se, em vez de trabalhar com nossos recortes de efeito para sensibilizar a sociedade, não será mais operacional identificar, a partir das demandas da sociedade, a função do trabalho nas necessidades reconhecidas por ela.

Em uma perspectiva de planejamento, significa reconstruir indicadores de produção-saúde-ambiente a partir das demandas configuradas pela população. Breilh (2003) indica como instrumento a construção de matriz de processo crítico e de intervenção no monitoramento intercultural.

O lócus desencadeador deste movimento são as práticas nos conselhos de saúde com a intenção clara de sensibilização da consciência sanitária tanto da população, como dos próprios servidores públicos dos mais diversos setores, propiciando a construção de alianças capazes de atuar no sentido de

e elevar a cidadania e não apenas na reparação da saúde, através da incorporação de projetos populares e interferência sobre as decisões relativas às políticas públicas. A atuação em rede tem sido proposta como uma estratégia por Machado e Porto (2003).

Em uma perspectiva de etapas, pode-se sucintamente sugerir três momentos: a pactuação dos cenários; a adoção de novos indicadores; e a avaliação sistemática.

A primeira e mais importante etapa consiste em identificar e planejar ações tomando por base indicadores de médio, longo e curto prazos. Indicadores técnicos conjugados podem ser derivados, por exemplo, da epidemiologia (da exposição), da antropologia (situação indígena), da sociologia (conflito dos sem terra, assédio moral, gênero, trabalho infantil etc.), da vigilância ambiental (radiação) e de outros campos de conhecimento, associando-se aos problemas trazidos pelos grupos sociais, como sindicatos, associação de moradores, trabalhadores informais, ONG ambientais etc. e iniciando-se a configuração do cenário que será objeto da vigilância.

Nesta etapa de eleição e pactuação dos projetos para alcançar cenários desejáveis, o objetivo é priorizar indicadores compartilhados com os atores sociais que sofrem os impactos negativos, apontar e eleger caminhos conjuntos, consensuados pela disposição de trabalho das organizações presentes. Pactuação de projetos e cenários consiste na eleição do horizonte comum aos atores sensíveis ao tema da Saúde do Trabalhador em um determinado momento e período histórico. Este momento, atualmente, são as conferências de Saúde do Trabalhador que precisam romper com a lógica burocratizante de *checklist* e partir para a construção de novas estratégias locais e nacionais que atendam às diferentes percepções de saúde, aglutine e garanta o protagonismo de variados atores sociais. Outros fóruns podem ser tanto ou mais profícuos para a área, como a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), o Fórum Social Mundial, a Conferência de Conflitos Socioambientais e Direitos Humanos, apenas para lembrar os de amplitude internacional.

Um exemplo de atividade antecipatória da Visat, a ser aplicada nesta etapa, pode ser um conjunto de ações em áreas de grandes empreendimentos como instalação de refinarias ou barragens. Outros exemplos podem ser a estratégia de mapeamento nacional do consumo de amianto ou de agrotóxicos. A factibilidade desta estratégia já possui exemplo no “Mapa da Exposição à Sílica no Brasil” (RIBEIRO, 2010). O modelo Justiça Ambiental (LOUREIRO; LAYRAR GUES, 2013; PORTO; FINAMORE, 2012), por sua vez, tornou visível os conflitos brasileiros com o “Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil” (LIS/ICT/FIOCRUZ, 2013).

A segunda etapa de implementação de novos indicadores, ou a etapa da arte, mais do que técnica, constitui-se em uma ousadia acadêmica e política de gerar categorias de análise construídas a partir de um ponto de vista crítico, com a participação dos atores sociais e de suas percepções, sob enfoque inter/transdisciplinar com a flexibilidade para trabalhar com a incerteza, uma vez que as soluções para os problemas demandados não estão definidas a priori. Algumas propostas metodológicas são discutidas por Augusto, Camara e Carneiro (2003). A Visat, neste momento, incorpora e supera os indicadores técnicos de desfecho e se volta para as evidências de antecipação dos “riscos” partindo de cenários que se desejam construir.

A expectativa é que este processo envolva com muito mais afinco o movimento social historicamente colocado como objeto e não ator da saúde. Isto porque as metas já não são apenas aquelas identificadas pelos indicadores de agravos, mas podem (e devem) ser preocupações sociais mais amplas, como o reflexo na vida de um município a partir da instalação de polos industriais, de novas formas de agricultura. Trata-se de traduzir em indicadores as evidências percebidas e vividas. Enfim, sempre haverá, nestes problemas, uma forte carga de comprometimento da saúde e caberá ao grupo transformá-los em indicadores de processo e meta final. Espera-se, nesta etapa conflitos, negociação e um intenso movimento dinâmico que não pode ser frustrado pela falta de legislação, técnica ou recursos (pessoal, financeiro e humano). A arte desta etapa está, justamente, na construção dos novos caminhos para responder às expectativas, que muitas vezes vai retornar na valorização de indicadores de morbimortalidade ou de exposição tradicionais e outras vezes em indicadores conjuntos com outras áreas, como o ambiente, a educação, o desenvolvimento social ou o trabalho.

O próprio cenário sociopolítico e a lógica territorial permitirá a eleição de atividades que possam reintegrar o movimento social com a rede instalada em todos os níveis do SUS, ou fora dele, identificando espaços de resposta às demandas de Saúde do Trabalhador e visando à promoção da saúde como objeto fim.

A terceira etapa, a avaliação permanente e pública, é fundamental e necessariamente a mais complexa, quando os insucessos devem ser discutidos na perspectiva de seus determinantes e não na identificação de culpas. Indicadores apropriados para esta etapa devem ser avaliados e repactuados. Por sua vez, os projetos bem-sucedidos devem ganhar voz e ecoar por todo o país para que estimulem solidariamente outros processos na contramão do comportamento individualista e de competição entre regiões e nações. A Vigilância Antecipatória de Cenários consistirá no monitoramento dos projetos eleitos na primeira etapa e na revisão das estratégias e dos indicadores.

Algumas dimensões precisam ser entendidas como básicas para uma política de saúde que contemple a determinação do trabalho sobre a vida e a saúde. A primeira delas é a intolerância para algumas situações, tais como a inserção de crianças no processo de trabalho, a utilização de substâncias ou processos tecnológicos altamente danosos à saúde com alternativas conhecidas e não adotadas pela pressão econômica, como o amianto, o jateamento de areia e diversas substâncias cancerígenas. Outra dimensão importante é a necessidade de reformulação contínua da legislação que ampare e promova a vida em todos os seus aspectos, seja rechaçando todo e qualquer limite de tolerância para determinadas substâncias, seja na proteção à mulher, aos adolescentes e aos mais vulneráveis social e biologicamente.

Por fim, é pressuposto compreender os processos produtivos e as estratégias de trabalho como geradores de pressão e produtores de desigualdades e de iniquidades, reprimindo, em todas as esferas legais e sociais, o ambiente e a organização de trabalho que não promova o crescimento e a potencialização da vida, ainda que para isso seja necessário rever o conhecimento, a legislação ou a estratégia do SUS, pautando-se nos princípios da ética e da dignidade da vida humana.

Respostas para algumas não perguntas:

Em um plano direto e de curto prazo, pode-se enunciar algumas conjecturas operacionais:

1. Estabelecer como plano de trabalho básico a identificação dos empecilhos e a implementação das informações de Saúde do Trabalhador em todos os instrumentos da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
2. Valorizar a vigilância dos expostos através de um Sistema de Registro Obrigatório de Exposição a Agentes Químicos ou sistema correlato com registro nominal de trabalhadores expostos, pelo menos, aos cancerígenos (amianto, sílica, benzeno, agrotóxicos e radiação solar), a substâncias químicas ou agentes físicos de interesse regional específico.
3. Participar de forma importante e prioritária das formulações de gestão do SUS, alçando interferir nos modelos de organização, como o Pacto Pela Vida e Pela Gestão (BRASIL, 2006), o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – Coap (SILVA JUNIOR, 2013), introduzindo a Visat articulada aos temas prioritários já eleitos e às consequências à saúde decorrente do trabalho como prioridade e responsabilidade da gestão em todas as suas instâncias.

4. Antecipar-se aos problemas a partir da adoção de um planejamento baseado no território, visto como “um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde tensionam sujeitos sociais postos na arena política e que envolve componentes econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos que devem ser permanentemente avaliados para uma maior eficácia das ações de saúde” (LACAZ, 2000). Nesta atividade, a articulação com a Universidade é fundamental, seja como centro colaborador, seja articulando os projetos financiados pelo Fundo Nacional de Saúde.
5. Estabelecer uma orientação nacional da área de Saúde do Trabalhador focada em metas comuns. Sem perder de horizonte os determinantes, priorizar metas que já possuem acúmulo técnico e demandem a articulação das vigilâncias, com revisões, pelo menos, anuais. Nesta mesma direção é importante adotar uma estratégia de capacitação permanente nesta nova lógica.

Em médio prazo

6. Implantar a Vigilância Antecipatória de Cenários a partir da reconstrução dos Planos de Saúde do Trabalhador não burocráticos e mais comprometidos, em cada município, incorporando e ampliando a sua dimensão no Estado e potencializados no Plano Nacional.
7. As especificidades do financiamento da Visat, além de inseridas nas pactuações, podem ser reforçadas na responsabilização do empregador que gera o risco e produz o acidente ou o adoecimento, similar ao princípio “poluidor-pagador” proposto pela área ambiental (AUGUSTO; CAMARA; CARNEIRO, 2003) e já previsto nas ações regressivas da Previdência Social (Lei nº 8212) (BRASIL, 1991) para o mercado formal.

Em longo prazo

9. Uma política de Estado que remodele a vigilância em saúde com direções intra e trans-setoriais, na perspectiva de um SUS sistêmico, com a inovação de uma nova inteligência de vigilância, abarcando as áreas afins no planejamento, no orçamento compartilhado de algumas rubricas e no compartilhamento do plano de ações (VASCONCELLOS, 2007).
10. Desenvolver e operacionalizar um sistema de informação capaz de captar os indicadores qualitativos e apontar determinantes sociais.
11. Interpor, no modelo de desenvolvimento socioeconômico, a valorização da sustentação da cultura, das heterogeneidades nacionais e do potencial humano.

Espera-se que algumas ousadias libertem o potencial flectido e que possa ser desvelada a grande missão da Vigilância em Saúde do Trabalhador, que se constitui em inserir a problemática do trabalho no cotidiano das ações da saúde pública e, primordialmente, identificar no Estado a responsabilidade na forma e nas condições como a população produz a riqueza, os recursos e a cultura do país.

Referências

ANTUNES, R.; ALVES, G. R. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do Capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.

AUGUSTO, L. G. S.; CAMARA, V. M.; CARNEIRO, F. F. et al. Saúde e ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 87-94, jun. 2003.

BOITO JUNIOR, A. *Hegemonia neoliberal e sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1996.

BRAGA, R. *A nostalgia do fordismo: modernização e crise na teoria da sociedade salarial*. São Paulo: Xamã, 2003.

BRASIL. Lei nº 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Lei Orgânica da Seguridade Social – Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 de julho de 1991. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/126785/lei-organica-da-seguridade-social-lei-8212-91>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 1, de 07 de março de 2005. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/04, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 de março de 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_normativa_01_2005.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_104_26_2011_dnc.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 de novembro de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 02 de julho de 1998a. Disponível em: <http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000641_Portaria%20MS%20n%C2%BA%203908%201998%20NOST.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. *Manual de Gestão e Gerenciamento*. Renast/MS/ Hemeroteca Sindical Brasileira. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 937-951, 2003.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

COSTA, F. P. *Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma contribuição crítica*. 2011. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios - síntese de indicadores*, 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2011.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2013.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista*. Montevideo: UITA, 2000. Disponível em: <http://www6.rel-uita.org/old/home/ler/informes/saude_do_trabalhador.htm>. Acesso em: 23 nov. 2013.

- LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Relatório Final do Projeto. *Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil*. OPAS/ Abrasco, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/arquivos/Sala187.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.
- LEÃO, L. H. C. *Nas trilhas das cadeias produtivas: subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde*. 2011. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia em Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar., 2011.
- LIS/ICICT/FIOCRUZ. *Mapas de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil*. Disponível em: <<http://www.confliotoambiental.icict.fiocruz.br/index.php>>. Acesso em: 25 ago. 2013.
- LOUREIRO, C. F. B.; LAYRARGUES, P. P. Ecologia política, justiça e educação ambiental crítica: perspectivas de aliança contra-hegemônica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-71, 2013.
- MACHADO, J. M. H. *A heterogeneidade da intervenção: alternativas da vigilância em saúde do trabalhador*. 1996. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
- MACHADO, J. M. H. et al. Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. *Caderno de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 399-406, 2011.
- MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia em Serviços de Saúde*, v. 12, n. 3, p. 85-100, jan./mar. 2003.
- MELO, A. I. S. C. *Trabalho e saúde: um estudo entre trabalhadores de serviços de tecnologias da informação*. 2007. 298 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- MINAYO, M. C. Debate on the paper by Naomar Almeida Filho “For a General Theory of Health: Preliminary Epistemological and Anthropological Notes”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 776-778, 2001.
- _____. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 de novembro de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 22 nov. 2013.
- PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. 1996. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2005.
- PORTO, M. F.; FINAMORE, R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1493-1501, 2012.
- RIBEIRO, F. S. N. *Mapa da exposição à sílica no Brasil*. UERJ/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mapa_exposicao_silica_brasil.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.
- _____. Metodologia progressiva e integrada de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. In: CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C. *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas*. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 1445-1477.
- _____. Metodologia progressiva e integrada de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma proposta de trabalho. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE COLETIVA, 7. 2001, Santos. *Resumos...* Santos: Associação Paulista de Saúde Pública, 2001. p. 34-43. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/divulga/congressos/07_Congresso/VIIcongresso/oficinas/ofsantos.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2012.
- RODRIGUES, I. J. O sindicalismo brasileiro da confrontação à cooperação conflitiva. *São Paulo Perspectiva*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 116-126, 1995.
- SILVA JUNIOR, J. B. Reflexões sobre o processo de monitoramento na gestão das ações de vigilância em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1220-1221, 2013.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007. 422 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 269-275, 1997.
- VILAÇA, E. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Hélder Pordeus Muniz¹
Jussara Brito²
Kátia Reis de Souza²
Milton Athayde³
Marianne Lacomblez⁴

Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil

Ivar Oddone and his contribution to Worker's Health in Brazil

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

² Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Centro de Psicologia, Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Contato:

Hélder Pordeus Muniz

E-mail:

heldermuniz@uol.com.br

O trabalho não foi subvencionado.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Resumo

Este ensaio aborda as contribuições de Ivar Oddone e do Modelo Operário Italiano (MOI) de luta pela saúde para o desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador, particularmente no Brasil. Primeiramente, faz-se um balanço das formas de incorporação do legado do MOI nos estudos e nas práticas de Saúde do Trabalhador. A seguir, apresenta-se a experiência de construção de cartografias de riscos industriais desenvolvida em região do sudeste da França. A terceira parte trata da concepção de “comunidade científica ampliada” e suas derivações. Ao final, discute-se a técnica de “instrução ao sócia” como um instrumento eficaz para a reapropriação, pelos trabalhadores, de suas estratégias de ação no trabalho, assim como para desenvolvê-las. Destaca-se que não se trata de incorporar esse patrimônio tal e qual foi utilizado na Itália, mas de explorar seus princípios e experimentações, considerando seu potencial de produção de ações coletivas e de fortalecimento de mobilizações já existentes. Sinaliza-se a atualidade do MOI, pois, apesar das tradicionais formas de luta dos trabalhadores estarem menos visíveis, a capacidade de recriação dos trabalhadores é um potencial em que se deve apostar.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; comunidade científica ampliada; modelo operário italiano; condições de trabalho; mapa de risco.

Abstract

This essay discusses the contributions of both Ivar Oddone and the Italian Worker's struggle for health Model (IWM) for the development of the worker's health field, particularly in Brazil. It starts by revising the ways the IWM legacy was incorporated to the Worker's Health research and practices. Then, it presents the building of the industrial hazard mappings experience carried out in the Southeast of France. The third part deals with the concept of “expanded scientific community” and its derivations. Finally, it discusses the “instruction to the double” technique as an effective instrument for workers' re-appropriation of their strategies for action at work and for their implementation. The paper highlights that it is not a matter of incorporating the Italian experience, but of working out its principles and experiences, considering its potential power for instigating collective actions and for strengthening existing mobilizations. The paper points at the IWM up to date aspect: although the traditional ways of struggling are less evident, one can be sure of workers' recreating capacity.

Keywords: worker's health; expanded scientific community; Italian worker model; labor conditions; risk map.

Recebido: 30/03/2012

Revisado: 21/12/2012

Aprovado: 08/01/2013

Introdução

O objetivo deste ensaio é discutir o legado de um coletivo de profissionais de saúde e militantes político-sindicais italianos – tendo entre sua liderança técnico-científica o médico e psicólogo Ivar Oddone e outros (dentre eles, Gastone Marri, Sandra Gloria, Alessandra Re, Gianni Briante). Esses *cientistas ativistas*, que se costuma associar ao Modelo Operário Italiano (MOI) de luta pela saúde (ou contra a nocividade, como denominavam na Itália), contribuíram de fato, significativamente, para o desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil e, ao mesmo tempo, para a imposição de um debate relativo à produção de conhecimentos neste domínio.

A escrita e a publicação deste ensaio estão afetadas pela ainda recente (ocorrida em 21 de novembro de 2011) morte de Oddone (1923-2011)⁶. A respeito dessa extraordinária figura, outro médico e militante destacado neste campo, e que também se foi, o brasileiro David Capistrano Filho, ao fazer a apresentação do livro *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde* (ODDONE et al., 1986)⁷, ressaltou que o admirava por que ele reunia três qualidades: “sólida cultura, firme compromisso com os trabalhadores e agudo sentido de realidade, expresso na valorização da prática, da ação, do trabalho concreto” (CAPISTRANO FILHO, 1986, p. 7). Salientava que o patrimônio do MOI inspirou no Brasil vários empreendimentos no campo da Saúde do Trabalhador, como: comissões sindicais sobre saúde, programas municipais e regionais de Saúde do Trabalhador, entidades como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), além da publicação de revistas, livros, jornais e panfletos.

Além disso, Capistrano Filho (1986) chamava atenção para os obstáculos que esse movimento ainda enfrentava no Brasil: o primeiro referia-se à “dificuldade de enraizamento dos sindicatos nas fábricas, nos locais de trabalho” (p. 8). Ora, a base inicial do MOI estava exatamente nos conselhos de fábrica (dispositivo pulsante em cada local de trabalho) ou “comissões de fábrica”, no Brasil, conforme Athayde (1988), uma tradição de lutas em que o militante político italiano A. Gramsci (1981) se destaca e que muita influência teve sobre Oddone. O segundo era a incompreensão de uma grande parte do movimento sindical acerca da articulação entre as lutas reivindicatórias tradicionais e a luta pela saúde nos locais de trabalho – algo que a nosso ver não se desenvolveu como merecia. O terceiro, a seu ver (CAPISTRANO FILHO, 1986,

p. 8), era a fragilidade da “consciência ecológica” presente nos movimentos sindicais e entre intelectuais, o que dificultava a construção “da aliança do mundo do trabalho com o mundo da cultura e da ciência” (a propósito, quanto à realidade italiana, ver BARCA, 2010). Por fim, o quarto era o então raquitismo da democracia que fazia com que os movimentos de trabalhadores fossem tratados de forma repressiva e com uso de violência – haveria hoje que buscar melhor compreensão de nossa situação.

Este breve, mas vigoroso, balanço nos inspira a retomar a contribuição de Oddone e parceiros do MOI, buscando refletir sobre como esse patrimônio pode servir de instrumento no presente, com vistas ao desenvolvimento da capacidade de transformação das situações de trabalho no Brasil, renovando o campo da Saúde do Trabalhador.

Em um primeiro momento, faz-se um balanço das formas de incorporação do legado do MOI nos estudos e nas práticas de Saúde do Trabalhador. A seguir, apresenta-se a experiência de construção de cartografias de riscos industriais desenvolvida em região do sudeste da França, com sua assessoria. Na terceira parte, o ensaio trata da concepção de “comunidade científica ampliada” e suas derivações. Ao final, discute-se a técnica de “instrução ao sócio” enquanto instrumento eficaz tanto para a reapropriação, pelos trabalhadores, de suas estratégias de ação no trabalho, como para desenvolvê-las.

O Modelo Operário Italiano e seu legado

Para uma análise do legado do MOI – em especial a influência de Oddone – no Brasil, temos como base um conjunto de publicações que serão apresentadas e exploradas. Entretanto, não obstante os estudos aqui realçados, afirmamos que, de fato, este patrimônio não pode ser totalmente apreendido pela consulta à literatura especializada. É fato, consoante Kuchenbecker (1992), que no Brasil os trabalhadores e seus sindicatos têm pouca tradição de iniciativas a respeito das questões de saúde, considerando em especial as situações concretas de trabalho. Somente a partir da década de 1980 – quando se pode detectar a influência do MOI – as condições dos ambientes de trabalho e de saúde dos trabalhadores passaram a ser matéria de interesse sindical.

Lima et al. (2009) já realçaram que é inegável a importância da Itália no processo brasileiro de cons-

⁶ Registramos aqui o evento em sua homenagem que ocorreu em novembro de 2012, na Universidade de Turim, sobre o tema: “Desafios atuais, passado, futuro: o percurso de Ivar Oddone”, que teve a participação de uma das autoras deste ensaio.

⁷ Também traduzido e publicado em alemão e japonês.

trução do direito à saúde. Também foi propício à disseminação das ideias registradas no MOI o momento político vivido no Brasil ao final da década de 1970, quando os sindicatos conseguiram sair da clandestinidade e aliar-se abertamente ao movimento de reconstrução da democracia. Não por acaso, a retomada do cenário político pelo movimento sindical inicia-se no chamado ABC paulista⁸, a partir das grandes greves de 1978 nas indústrias automobilísticas. Houve um esforço de romper com a camisa de força que a ditadura militar impunha à “ordem e à segurança”, após um período surdo de acumulação de forças que ocorreu dentro das fábricas e dos locais de trabalho (inclusive no campo), caracterizado por diferentes formas de luta (ATHAYDE, 1988; SADER, 1988). No campo sindical, a partir de uma articulação de vários setores do movimento, em 1978 foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (Cisat), em São Paulo, a qual dois anos depois tornou-se o Diesat, de caráter nacional. A criação dos Programas de Saúde do Trabalhador inaugurava a participação conjunta de sindicatos e serviços públicos de saúde na investigação das condições de saúde no trabalho. Finalmente, na Carta Constitucional de 1988 foram regulamentadas, pela Lei nº 8.080, as atribuições do Estado brasileiro para intervir nos espaços de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 1997).

A primeira contribuição do MOI foi aquela que se configura no mapeamento dos riscos nos ambientes de trabalho. Mapa de Riscos se disseminou por vários pontos do planeta, chegando ao Brasil no início da década de 1980. Existem distintas versões quanto à sua introdução no Brasil. Uma delas atribui tal feito às áreas sindical e acadêmica, através de figuras como David Capistrano Filho, Mário Gawryzewski, Hélio Baís Martins Filho, assim como do Diesat. Outra atribui à Fundação Jorge Duplat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) a difusão do mapa de riscos no país (MATTOS; FREITAS, 1994, p. 252).

Conforme lembraram Vasconcelos e Lacomblez (2005), o Mapa de Riscos é baseado na constatação de Oddone de que:

A ciência tradicional (a “dominante”) define como objeto de observação o homem e o seu meio técnico. O seu objetivo é, sempre, uma medida objetiva que obtém graças a um método analítico e à utilização de instrumentos emprestados pelos físicos e pelos químicos, por um lado, e pelos médicos e psicólogos por outro. Essa abordagem tradicional comporta a decomposição e a medida, tanto do meio (no sentido restrito do termo) como do homem. O primeiro é decomposto em elementos simples (microclima,

poeiras, gases, fumos) e o segundo – considerado apenas do ponto de vista físico – é reduzido a dados antropométricos, a elementos objetivos. (ODDONE; RE; BRIANTE, 1981, p. 45)

A partir daí, o novo modelo científico que acabou por se impor a Oddone, produzido pela experiência dos homens, caracterizava-se, pelo contrário, por uma abordagem global dos problemas e pela formulação assumida de juízos de valor. Visava transformar o meio de trabalho em benefício do homem, enquanto que o modelo tradicional apenas procurava conhecê-lo (parcialmente). Propõe então consignar um novo objetivo à investigação médico-psicológica e privilegiar não a medida, mas a avaliação, não os instrumentos mecânicos, mas o julgamento dessa nova entidade que era o grupo homogêneo de trabalhadores, enquanto portador de uma experiência validada coletivamente de uma forma sincrônica e diacrônica. E como o método não é autônomo e é filho das hipóteses que são colocadas, a via metodológica construída passou pela “competência de utilização” comum a todos, pelo material cognitivo mnemotécnico ligado à linguagem histórico-natural, por aquilo que se poderia definir como “aquilo que não podemos não saber” e pelas perguntas: “Que imagens vêm ao espírito, por associação, quando um sujeito escolhe uma casa? Quais vêm quando pensa numa fábrica? Quais, quando pensa em fadiga?”. Daqui emerge um roteiro que serve de suporte ao mapeamento dos quatro grupos de fatores nocivos: “a casa, que faz lembrar: temperatura, iluminação, ruído, ventilação, humidade (1º grupo); a fábrica: poeiras, gases, fumos, vapores (2º grupo); a fadiga, dois tipos fundamentais de fadiga: a tradicional, devida à atividade física (3º grupo) e outras formas infinitas de fadiga devidas a causas que não a atividade muscular, por exemplo, monotonia, ansiedade, repetitividade, ritmos excessivos, responsabilidade (4º grupo).” (VASCONCELOS; LACOMBLEZ, 2005, p. 41)

Assim, o MOI constitui também importante referência teórico-metodológica, sobretudo no que se refere às intervenções nos ambientes de trabalho sob o protagonismo dos trabalhadores em aliança com profissionais de saúde (RUZZENENTI, 1990). Dentre as experiências no Brasil, destacam-se alguns estudos, como o de Facchini, Weiderpass e Tomasi (1991), realizado em empresa do ramo químico-farmacêutico. Para esses autores, a classe trabalhadora teve a oportunidade de lançar mão dessa metodologia na defesa de sua saúde como estratégia para desvendar a intimidade do processo de trabalho, recolocando-o como centro da vida social. Esse tipo de ação operária fez com que os locais de trabalho ressurgissem como espaço importante de promoção de novas relações sociais e de luta pela saúde.

⁸ Municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano, além de Diadema.

Para Machado (1997), os princípios do MOI foram interpretados à luz do neopreventivismo do movimento sanitário brasileiro e incorporados nas experiências de desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador no interior do sistema de saúde na década de 1980. Esse processo aconteceu com forte cunho sindical e acadêmico, generalizado pela Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), base da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Da mesma forma, outro estudo (MACHADO; NETZ, 2006) desenvolvido com a perspectiva de vigilância em saúde do trabalhador, em conjunto com o sindicato dos bancários, realça o MOI como referência teórica e metodológica. Os autores destacam o princípio de que para intervir é preciso conhecer, mas que as informações relativas às condições de trabalho e à saúde devem ser validadas com a participação dos trabalhadores a partir de seus locais de trabalho. Entre os resultados alcançados, relatam aumento da participação dos trabalhadores nas lutas por melhores condições de trabalho, maior eficácia e efetividade nas ações desenvolvidas pelo sindicato e, fundamentalmente, mais visibilidade social aos problemas de saúde enfrentados por esse grupo. Ademais, observam que este tipo de procedimento torna as negociações coletivas com as empresas mais qualificadas.

Flor e Kirchoff (2006) desenvolvem o argumento de que, apoiadas nos preceitos do MOI, sensibilizaram os profissionais de saúde de uma unidade de terapia neonatal quanto à exposição à radiação ionizante. As autoras sublinham que este modelo é um método de geração de conhecimento para a ação. Ou seja, realçam que a preocupação fundamental é transformar as condições de trabalho, com vistas ao bem-estar e à proteção da saúde dos trabalhadores, a partir de uma abordagem detalhada do processo de trabalho.

De acordo com Sato (1996), a explicitação de uma proposta de atuação nos locais de trabalho a partir do conhecimento dos trabalhadores não é uma prática nova, mas merece ser discutida. Para a autora, apesar do MOI ter inspirado a obrigatoriedade de elaboração do Mapa de Riscos Ambientais pelas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – Cipas (BRASIL, 1995), é necessário aprofundar a discussão acerca da epistemologia que combina conhecimento prático e conhecimento científico.

Outro exemplo de estudo que adotou o MOI como referência teve como objetivo verificar a intoxicação por mercúrio metálico em trabalhadores de uma indústria em São Paulo (ZAVARIZ; GLINA, 1993). Valendo-se da elaboração de mapa de riscos, as autoras abordam a fábrica como um todo, destacando-se nesse processo a avaliação subjetiva por parte do grupo dos trabalhadores, validada segundo a classificação dos grupos de riscos.

Facchini, Weiderpass e Tomasi (1991, p. 400) registram o que entendem por limitações, especialmente as que consideram “de natureza analítica e prende-se à própria característica dos estudos descritivos, baseados em informações qualitativas”. Facchini e colaboradores, seja no texto anterior, seja em outro (FACCHINI et al., 1997), chamam a atenção para as novas formas de utilização de mapas de riscos, que têm como fonte de inspiração o MOI. Para eles, trata-se de um modo eficaz de representação dos riscos ocupacionais, constituindo-se em um elemento básico para a estruturação de planos de prevenção dos danos à saúde dos trabalhadores. Por exemplo, na pesquisa-intervenção junto ao Sindicato da Indústria de Alimentação do Município de Pelotas-RS, Fassa e Facchini (1992) fizeram uso de elementos do MOI e do que denominam Jogo Dramático, cuja fusão em seu entendimento teria ajudado a “sistematizar a percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, suas cargas e suas repercussões na saúde, assim como as propostas para controlá-las” (p. 13).

Neste sentido, a despeito de aspectos relacionados à representação de riscos que precisam ser discutidos mais detalhadamente nos ambientes de trabalho, ao lado de outros que deveriam ser incorporados – como as questões de gênero (BRITO, 1997) –, a legislação que estabelece a obrigatoriedade da elaboração de mapas de riscos pelas empresas significou um avanço importante para o país. Nesta linhagem de estudos que lançam mão do mapa de riscos como ferramenta metodológica de ação e intervenção nos ambientes de trabalho, pode também ser citada a experiência de Hökerberg et al. (2006), realizada em um hospital público no município do Rio de Janeiro. Os autores afirmam ter colocado em prática alguns princípios que estariam na base da concepção do MOI, enfatizando o ângulo de análise sobre aspectos educativos da experiência de Oddone e equipe: socialização, integração e participação. Em seu entendimento, o processo de elaboração do mapa propiciou vivências como as pretendidas pelo MOI, ao demonstrar, por exemplo, o peso da reivindicação coletiva na promoção de mudanças contra as quais as chefias se opunham. O mais relevante teria sido a reflexão suscitada nos trabalhadores e a mudança de perspectiva de passivos e reclamantes para atores com capacidade de interferir no ambiente de trabalho. Essas reflexões geraram tanto descobertas sobre a natureza do trabalho executado, quanto tensões, insatisfações e angústias que corresponderiam a símbolos pouco visíveis aos olhos na linguagem do mapa, mas reconhecidamente essenciais para todos os envolvidos neste percurso.

Contudo, Mattos e Freitas (1994), ao analisarem os limites da metodologia de mapas de riscos no Brasil, observam que a investigação e a negociação

das causas da nocividade do trabalho só teriam sucesso efetivo quando acompanhadas das condições objetivas para o exercício real da democracia e da cidadania nos ambientes de trabalho, com livre possibilidade de organização, contratação coletiva de trabalho, liberdade e autonomia sindical, conferindo a ambas as partes as condições propícias para o diálogo e o entendimento acerca da organização do trabalho e da produção.

Segundo Benatti e Nishide (2000), o processo de estudo e elaboração de mapa de riscos deve acontecer não só para atender a legislação vigente (NR5), mas principalmente para, de fato, prevenir, controlar e eliminar os riscos de acidentes ocupacionais, o que também significa acompanhar os resultados após a sua implantação, incorporando a visão dos trabalhadores.

Vale também mencionar o estudo de Souza et al. (2003), em que se destaca a utilização do conceito de “validação consensual”. Trata-se de discussões e reflexões coletivas a respeito do trabalho, seus possíveis riscos e nocividade, lançando mão da experiência do trabalhador e vislumbrando as possibilidades de transformação do trabalho a partir da confrontação entre as observações espontâneas e as críticas de cada sujeito envolvido. A validação consensual refere-se ao julgamento coletivo, pelo qual o grupo legitima a experiência de cada um relativa às condições de trabalho. As autoras insistem: ao se incorporar o saber dos trabalhadores, suas experiências e vivências, privilegiando-as, a produção de conhecimentos se torna mais rica e com maior potencial de intervenção. Portanto, como afirmam Sato, Lacaz e Bernardo (2006), o MOI teve e tem ainda hoje grande influência, no Brasil, nas escolhas metodológicas para identificação dos problemas de saúde no trabalho e para a definição de prioridades de atuação tanto nos órgãos sindicais, como nos serviços de Saúde Pública.

Poderíamos, ainda, afirmar que os fundamentos do MOI foram parcialmente incorporados e formalizados como parte do patrimônio dos trabalhadores – sua linguagem, valores e ideologia – embora de forma não linear e progressiva. Por exemplo, o princípio basilar de que “a saúde não se vende, nem se delega, se defende” até hoje nunca esteve efetivamente incorporada, ao contrário, vemos importantes recuos. Não obstante, pode-se considerar que hoje há um debate mais qualificado a respeito da relação entre saúde e trabalho, pois conforme Paiva e Vasconcelos (2011, p. 385):

o modelo operário italiano nasceu com a proposta de modificar conceitos e romper com o paradigma

no qual a defesa da saúde deveria ficar a cargo das instituições oficiais.

É preciso destacar a importância epistemológica do MOI, pois este dispositivo de lutas tem como uma de suas bases um “modelo operário de produção de conhecimento” (BRITO, 2004). Nesta perspectiva, busca-se colaborar para fortalecer a defesa das classes trabalhadoras e populares, articulada em princípios e conceitos (cuja definição remetemos aos textos aqui referenciados) como: conhecer e transformar; validação consensual; não delegação; grupo operário homogêneo; valorização da experiência e da “subjetividade” operária; defesa da saúde nos locais de trabalho e socialização do conhecimento. Estes são parte de uma herança do movimento internacional de trabalhadores que serviu de base à concepção e à consolidação do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, fecundando suas formulações no âmbito político e acadêmico.

A cartografia dos riscos industriais como um sistema complexo integrador de experiências

De acordo com Oddone (1999), milhares de “mapas brutos” de riscos foram feitos na Itália, entre os anos 1960 e 1970, por operários, estudantes, médicos e psicólogos engajados nas lutas pela saúde. Esses “mapas brutos” – brutos porque à espera de uma elaboração formal, no estado de um conhecimento ainda analógico – eram desenhos elaborados para representar as condições de trabalho, valorizando a experiência/saber dos trabalhadores, de acordo com o princípio tão caro da “não delegação”. A cooperação entre os atores envolvidos nessas lutas baseou-se nesse princípio através de processos de validação dos conhecimentos, sejam empíricos, sejam científicos, por parte dos “grupos homogêneos”. Enfim, nas palavras de Oddone (2007, p. 52), “essa Experiência ‘bruta’, ‘analógica’, coloca ao investigador o problema de como a recolher, ou melhor, de como a “construir” com o trabalhador, para a tornar digital, ou seja, transmissível aos outros”.

Essas ideias nem se restringiram à Itália, nem se tornaram obsoletas, nem desapareceram com o descenso das lutas operárias. Elas desencadearam, por exemplo, uma experiência importante na região de Bouches-du-Rhône, próximo à cidade de Marseille, que concentra parte das indústrias da França (ANDÉOL, 1981). Iniciada ao final dos anos 1970, tutelada no início pelas *Mutualités*⁹ da região Bouches-du-Rhône,

⁹ Cujas origens se inscrevem na tradição internacional do movimento mutualista (iniciado na Inglaterra, século XXVIII, as *Friendly Societies*) caracterizada por um esforço de socorro mútuo, autônomo, entre trabalhadores. À base de cotização livre, buscava-se reforçar laços de solidariedade para fazer face aos riscos sociais a que estavam sujeitos, em particular à doença, à velhice e à morte.

ela, desde então, contou com a assessoria direta de Ivar Oddone. Sua evolução ao longo do tempo configurou-se com a perspectiva de construção de uma cartografia dos riscos industriais considerados, em princípio, elimináveis, culminando com a criação de um Sistema de Informação Concreta (SIC), um sistema complexo integrador de experiências.

Cartografar, neste caso, envolve uma “entrevista” inicial com os trabalhadores para o registro de informações individuais e sobre os postos de trabalho em fichas que passam a ser informatizadas (VASCONCELOS; LACOMBLEZ, 2005). Esse registro de informações individuais é feito por ficha composta de 4 itens: (i) identificação do trabalhador; (ii) identificação do posto de trabalho; (iii) os riscos e os agentes agressores presentes; (iv) chamada “folha de acompanhamento”, a quarta parte é destinada à coleta de informações não codificadas sobre o trabalhador e suas condições de trabalho, permitindo observações acerca de questões não previstas.

Conforme Vasconcelos e Lacomblez (2005), a ficha do posto de trabalho representa a base da anamnese ambiental a ser utilizada para estabelecimento de nexos entre danos à saúde e ambiente. Vale chamar a atenção que, para a identificação do posto, são considerados: os contextos espaciais concretos em que se trabalha; o que o trabalhador faz; e as características específicas (positivas ou negativas) do processo em análise. Esses três elementos são tratados pelas seguintes expressões: “2 x 2” (com referência ao entorno do posto de Trabalho), “OQF” (que significa “o que se faz”) e “especificidade local”.

O conjunto de dados coletados alimenta o Painel Municipal de Riscos, que é composto por uma carta topográfica do município com a identificação dos locais onde há risco e informes relativos aos riscos prioritários: número de pessoas expostas com registro no SIC, estimativa do conjunto de pessoas expostas a cada um desses riscos, número de pessoas acometidas por determinados agravos de acordo com os registros do SIC, estimativa da quantidade de trabalhadores acometidos pelos mesmos agravos. Este painel é atualizado periodicamente e viabiliza e enriquece o diálogo entre profissionais de saúde, trabalhadores e governo local (RE et al., 2006), assegurando uma grande difusão dos dados produzidos.

A originalidade do trabalho realizado pode ser assim resumida:

- a “memória dos trabalhadores”, isto é, a descrição que fazem de seus postos de trabalho e

das exposições a riscos, é ponto fundamental para a construção das informações. Aí se situa a técnica das Instruções ao Sósia¹⁰, suporte metodológico que permite colocar-se sempre face ao homem produtor enquanto sujeito rico de uma experiência que o especialista não possui. Considera a Experiência¹¹ “territorializada” (ODDONE, 2007);

- a “escala de consciência refletida”. Segundo o autor (p. 53): “não se pode integrar os especialistas a não ser com base numa escala de consciência refletida (que encontra no primeiro patamar o trabalhador produtor e o médico generalista)”, o que seria garantido pela superação do nível individual da experiência do especialista singular;
- a Gadeca (galeria de casos) e o Gadepost (galeria de postos): os dados sobre adoecimentos alimentam as duas galerias. A Gadeca objetiva estabelecer relações entre saúde e trabalho através da rigorosa alimentação do banco de dados gerado (a galeria de casos conhecidos por um grupo de médicos generalistas que trabalham no SIC), assim como fomentar a cooperação entre profissionais que atuam na área (RE et al., 2006). Na Gadepost são representados os estabelecimentos industriais onde ao menos um posto de trabalho nocivo (“a sanear”) é identificado e classificado, de acordo com sua gravidade, como risco comprovado ou altamente provável. As galerias auxiliam os profissionais de saúde na identificação e confirmação de adoecimentos relacionados ao trabalho através da comparação com casos similares já registrados;
- comitê de saneamento: trata-se de um “conjunto complexo de sujeitos, integrados ao nível do conhecimento dos conteúdos, por via dos instrumentos procedimentais de integração” (ODDONE, 2007, p. 53), que lhes possibilita superar o nível individual de responsabilidade. O Painel Municipal de Riscos apresenta uma síntese desses dados de forma atualizada, indicando: (a) onde estão os riscos prioritários, (b) quantos estão a eles expostos, (c) quantos são os trabalhadores lesionados, (d) um Gadepost saneado.

É importante assinalar que o foco deste dispositivo é a produção industrial e que a noção utilizada é a de “riscos elimináveis”. Outras situações não são, para já, explicitamente visadas, em especial as que envolvem questões de saúde mental, em que a

¹⁰ Registre-se que já não recorrem de modo sistemático a esta técnica, embora talvez seja possível dizer que o “espírito” se mantenha, na forma de reunir dados.

¹¹ Aqui se manteve o conceito em maiúsculas, como o autor o fez no artigo citado.

apreensão dos “riscos” (ou, como preferimos, as adversidades) exigem análises que considerem particularmente as estratégias, as defesas e as reações dos trabalhadores. Entretanto, enfrentar as nocividades próprias à produção industrial, e que podem de fato ser eliminadas, é fundamental, assim como dispor de ferramentas para eleger prioridades de ação, sobretudo se esta eletividade considera o saber prático dos trabalhadores. Interessante é que a cartografia dos riscos assim construída, mesmo chegando a uma representação territorial, geográfica, parte de relatos que correspondem à sua primeira referência.

Sem esquecer as diferenças entre os dois contextos (França e Brasil), ao apresentar sucintamente esta experiência do SIC, busca-se evidenciar outro modo de atualização dos princípios do MOI. A estratégia de vigilância dos riscos industriais implementada do outro lado do Atlântico combina o uso de recursos tecnológicos modernos (informática) com um olhar situado sobre o processo produtivo, considerando o saber do trabalhador. O estabelecimento de um diálogo entre esta experiência e as estratégias de Vigilância em Saúde do Trabalhador propostas no Brasil nos parece pertinente e enriquecedor.

Comunidade Científica Ampliada, Dispositivo Dinâmico de Três Polos e Comunidade Ampliada de Pesquisa

Apesar de com frequência usarmos apenas o nome de Oddone, na verdade o extraordinário intelectual do campo da Saúde do Trabalhador e da Psicologia do Trabalho, em suas dimensões epistemológica, teórica, metodológica e técnica, lidera um coletivo, uma verdadeira comunidade em ação. A rigor, outra ideia originária do MOI e que é partilhada não somente no campo da Saúde do Trabalhador, mas também na área mais ampla da Saúde Pública no Brasil é a concepção de “comunidade científica ampliada” (CCA). A partir do enorme destaque e da leitura crítica desenvolvidos por Schwartz (1988, 1996), Brito e Athayde (2003) formularam um dispositivo com a nova qualificação de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)¹², no qual circula uma comunidade dialógica de pesquisa (FRANÇA, 2007). Vale ressaltar que a mudança da denominação CCA para CAP, retirando-se o vocábulo “científica”, buscou evitar uma falsa compreensão de que Oddone e sua equipe buscariam transformar os trabalhadores em cientistas ou enquadrar a produção de saberes em

uma perspectiva científica que impõe limites à possibilidade de trabalhar com a experiência, registrando que o que se pretendia ampliar era a capacidade investigativa de todos. Na verdade, a sinergia entre diferentes saberes frente a problemas concretos colabora decisivamente para a mútua crítica e desenvolvimento, em uma dinâmica virtuosa. Além disso, está presente também a sinalização de Schwartz (2000) que aponta para a necessidade de estar atento às mudanças, à emergência de novos atores sociais, como nos movimentos de desempregados.

Este dispositivo metodológico – CAP – vem sendo desenvolvido no Brasil desde a experiência do Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas, iniciado no final dos anos 1990 (BRITO; ATHAYDE, 2003; BRITO; ATHAYDE; NEVES; 2003). A história desse *dispositivo-conceito*, no âmbito das publicações nacionais, remete a alguns estudos sobre o Programa de Formação que conjugou pesquisas científicas e formação de trabalhadores de escolas públicas tendo como foco as relações saúde-trabalho nas situações concretas de trabalho que desenvolvem. Tinha por objetivo principal compreender↔transformar as relações entre o trabalho e os processos de saúde-doença, associando profissionais de pesquisa e os protagonistas do trabalho em análise.

Pode-se então verificar que constituir uma CAP e desenvolvê-la, conforme asseguram Brito e Athayde (2003), diz respeito à experimentação de um modo de pesquisar-interferir através da confrontação heurística entre os diferentes saberes (sejam os de tipo científico-disciplinar-acadêmico, sejam os investidos na prática). Pretende-se, adotando esse paradigma, desenvolver uma forma original de pesquisa↔intervenção na linha do que Oddone e parceiros designaram “pesquisa não ritual” (no sentido de que ela contestaria os métodos da pesquisa tradicional).

Vale lembrar ainda a influência do MOI e da postura epistemológica que lhe é subjacente na atual formulação da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, o que se evidencia em diversas publicações, sejam acadêmicas ou do próprio Ministério (SKAMVETSAKIS, 2006; MORI; SILVA; BECK, 2009; BRASIL, 2006). Esses autores referem-se, efetivamente, ao conceito de CAP como uma maneira de se construir coletivamente a reflexão a respeito do fazer em saúde no cotidiano dos serviços, fundamentando-se no diálogo permanente com os trabalhadores.

¹² Remetemos a um dos livros de Schwartz (1986) em sua crítica à denominação Comunidade Ampliada de Pesquisa, procurando desenvolver o que ali se revelava, o que posteriormente o autor (1996) apresentou como o “Dispositivo Dinâmico de Três Polos” (DD3P). Assim como remetemos a Brito e Athayde (2003) a apresentação da configuração do DD3P que se apresentou como “Comunidade Ampliada de Pesquisa”.

A instrução ao sócia como instrumento de desenvolvimento da experiência

Como já demonstrado, a proposta e o método de mapeamento de riscos na sua forma inicial na Itália foram largamente utilizados e divulgados no Brasil, passando por diversas reformulações. Já a proposta da cartografia (configurada no SIC), não. Essa riqueza presente neste patrimônio – que está sistematizada em Oddone, Re e Briante (1981) no livro inicialmente publicado na Itália em 1977 sob o título *Experiência operária, consciência de classe e Psicologia do Trabalho* – passou a circular entre nós somente a partir de meado dos anos 1990. No interior de uma nova perspectiva de ação-investigação, a questão da experiência toma um lugar central (ODDONE, 2007; CORNU, 2001; SCHWARTZ, 1988).

Segundo o próprio Oddone (2007), inicialmente os trabalhadores eram, para ele, apenas informantes, e o problema estaria na forma de “coletar” suas experiências. Em seguida, como já o dissemos, eles tornaram-se elemento central: os trabalhadores singulares que compõem um grupo que corresponde a um dado posto de trabalho, “territorializado”, isto é, identificado em um contexto preciso enquanto lugar único, que não se pode repetir. Ou seja, em vez de uma experiência “bruta, analógica”, cujo problema estaria em como “coletá-la”, Oddone avança no sentido de perceber que, na verdade, trata-se de uma experiência a ser construída como protagonista do trabalho em análise, para torná-la digital, “transmissível aos outros” (ODDONE, 2007, p. 57). Trata-se então de uma experiência do modo de produzir que pode tornar-se, no conhecimento do trabalhador, uma Experiência que permite acelerar e enriquecer o processo de produção da própria experiência do trabalho. Ela determina a formação do *know-how* da empresa. É dessa forma que Oddone e seus parceiros elegem a experiência enquanto fonte tanto para o equacionamento do adoecimento profissional, como para o encaminhamento das lutas pela transformação do trabalho.

Quase dez anos depois dessa experiência do MOI realizada no final dos anos setenta, quando na Itália a força das lutas operárias perdiam terreno, na França, como vimos, Oddone passa a acompanhar uma nova experimentação na região de Bouches-du-Rhône. Trabalhando na mesma região, Yves Schwartz (1988) deu um novo sopro de vida com suas análises, em seguida propondo o que vai denominar Ergologia (SCHWARTZ, 1996).

Se retomarmos os problemas levantados por Capistrano Filho (1986), podemos considerar que uma importância capital do patrimônio de Oddone e parceiros foi uma mudança no modo de construir

os problemas para a ação-investigação em situação de trabalho. Oddone, Re e Briante (1981) perceberam que, antes da intervenção dos especialistas, os operários já faziam uma intervenção sobre o seu trabalho, já exerciam uma crítica à organização do trabalho. A questão que enfrentavam era como trazer essa potencialidade e riqueza, essas estratégias de intervenção e de luta para o centro das pesquisas e da formação sobre as situações de trabalho, colaborando decisivamente para a transformação social. Eles salientaram que cada operário construía planos – no sentido de uma das orientações da Psicologia Cognitiva de então, liderada por Miller, Galanter e Pribam (1960) – para agir no seu trabalho; e esses planos, por sua vez, estavam profundamente ligados a uma experiência coletiva, de um patrimônio comum que construía na medida em que se defrontavam com os problemas concretos de seu trabalho, de como lidar com o sistema técnico, seus defeitos e variabilidades, mas também de como lidar com a relação com seus colegas, com a hierarquia e com o movimento sindical – ou seja, com todo o sistema sociotécnico.

Para pôr em evidência o “plano-programa” que organiza as ações do trabalhador, Oddone, Re e Briante (1981) passaram a elaborar a técnica das instruções ao sócia, precisando:

é evidente que com este método não é o comportamento real e total do indivíduo que recolhemos, mas a sua imagem, o seu duplicado, isto é, a representação que ele faz do seu próprio comportamento. (p. 57)

Portanto, o princípio foi o de fazer com que esses planos, essas estratégias fossem explicitadas, socializadas e discutidas, de modo que essa ação-reflexão coletiva produzisse e desenvolvesse uma experiência de reapropriação de sua capacidade de intervenção, avançando. Dessa forma, tentaram ultrapassar o fato de que, muitas vezes, os trabalhadores tendem a falar de sua ação no trabalho de uma maneira idealizada, como um manual prescritivo de como se deveria trabalhar e ser militante sindical, não trazendo as contradições, os desafios, os desconfortos produzidos pelo descompasso entre a prescrição e o trabalho que efetivamente se realizou. A técnica permite ainda contornar outro grande problema para a investigação em comum: os obstáculos à entrada dos profissionais de saúde (intelectuais orgânicos da classe, conceito de Gramsci, 2006) nos locais do trabalho.

A técnica de instrução ao sócia vai então servir para esse objetivo de produzir uma confrontação do trabalhador com os seus próprios planos, possibilitando uma crítica a tais planos e sua transformação, aperfeiçoando as estratégias de intervenção sobre as situações de trabalho. Consiste em gerar uma situação em que o trabalhador aceite “fazer de conta” que outro trabalhador seja seu sócia (seu clone) e que

supostamente iria substituí-lo no trabalho. A solicitação-orientação dada por Oddone ou parceiro era a seguinte:

Se existisse outra pessoa perfeitamente idêntica a você do ponto de vista físico, como você o instruiria para se comportar na fábrica com relação às tarefas, aos seus colegas de trabalho, à hierarquia e à organização sindical (ou outras formas organizativas) de forma que ninguém perceba que se trata de outro e não de você? (ODDONE; RE; BRIANTE, 1981, p. 57)

Ora, na medida em que o trabalhador se defrontava com um interlocutor com exigências distintas de um interlocutor-leigo, a situação se modificava, o trabalhador-instrutor se deslocava de seu lugar naturalizado. O seu colega, trabalhador-sócia, não ficava passivo no diálogo, ao contrário, exigia que as instruções fossem mais detalhadas, fazendo novas perguntas que introduziam a variabilidade, a sutileza, as nuances que cada trabalhador imprime não só ao realizar suas tarefas, mas ao travar suas relações com os meios de trabalho, os colegas e a hierarquia. Ao ser forçado a entrar nos detalhes, nas minúcias, o trabalhador ia se espantando com a complexidade de sua atividade, fazendo, neste processo, a crítica, a avaliação dos efeitos das escolhas que vinha fazendo em cada situação. Começa, portanto, a entrar em um processo de transformação das estratégias que utilizava no trabalho. Essa dinâmica era feita em grupo com diferentes trabalhadores, possibilitando que todo o coletivo se mobilizasse na reflexão acerca de sua própria experiência no trabalho. Um dado importante é que, como emergia com toda a força a dimensão subjetiva do trabalho, a presença de debates de escolhas entre um modo de agir e outro, sepultava-se a concepção de uma mera passividade ou alienação frente à sua inserção e a dos companheiros no processo capitalista de produção.

A estratégia apresentada por Oddone, Re e Briante (1981) permite reconhecer que já existe uma “psicologia não escrita” construída na e pela atividade dos trabalhadores. A percepção deste patrimônio mantém-se fundamental, inclusive porque as novas tecnologias e formas de organização do trabalho cada vez mais envolvem a mobilização cognitiva, afetiva e social dos trabalhadores, assim como cada vez mais os profissionais da gerência são exigidos na prática a saber lidar com essa nova dinâmica que extrapola a simples burocracia e o puro despotismo e/ou manipulação. Para obter ganhos de produtividade e qualidade, alinhando-se aos objetivos de valorização de capital, as formas de gerenciamento têm que tomar outros rumos. Vale a pena citar uma posição política clara sobre essa estratégia de “recuperação da subjetividade” operada pelos especialistas a serviço do capital, algo que os autores italianos já manifestavam no seu manual *Ambiente de Trabalho*:

Rejeitamos a “recuperação da subjetividade”, pois, seja quem for que a realize, esta pressupõe um sujeito externo aos homens expostos ou, de qualquer maneira, um sujeito que não coincide com o grupo dos homens expostos e portanto o exclui, às vezes raramente, não no momento da recuperação da experiência, mas certamente no aspecto que mais nos interessa, isto é, no da definição dos planos para reduzir o risco e, sobretudo, na responsabilidade das escolhas estratégicas de fundo. (ODDONE et al., 1986, p. 120)

Recuperação da subjetividade quer dizer delegar, e de outro lado a recuperação da subjetividade por parte dos técnicos é um fato antigo, representa a própria base do crescimento da medicina e da psicologia do trabalho. Os operários não têm a necessidade de que seja um técnico, mesmo de extrema esquerda, quem recupere a sua subjetividade, se nunca os técnicos (mesmo os de esquerda) têm necessidade de que a classe operária recupere sua subjetividade de técnicos em termos de escolhas de campo e em termos de escolhas diferentes dos modelos tradicionais, para utilizarem o saber. (ODDONE et al., 1986, p. 120)

Esta é uma indicação preciosa para os serviços em Saúde do Trabalhador que hoje se defrontam com os problemas de saúde envolvendo uma dimensão psicossomática cada vez mais acentuada e complexa. É o que atestam as pesquisas que, trabalhando com diferentes referenciais teóricos, abordam-nos enquanto estresse, *burnout*, sofrimento psíquico patogênico.

Oddone, Re e Briante (1981) fazem também um alerta importante no sentido de que, para poder mobilizar e desenvolver esse rico material que emerge na dinâmica das instruções ao sócia, é preciso que os próprios especialistas não orgânicos com o capital também reflitam que instruções dariam aos seus sócias. Portanto, trata-se de encaminhar um processo de produção de desenvolvimento também das práticas profissionais dos próprios pesquisadores e especialistas que operam na ótica da Saúde do Trabalhador, na medida em que também são levados a se confrontar com os planos e as estratégias que vêm utilizando no seu trabalho.

Considerações finais

Como dissemos, a proposta inicial do MOI que se denominou no Brasil “mapa de riscos” foi a que encontrou propagação no movimento sanitaria e sindical. Dissemos ser fato que a legislação que estabelece a obrigatoriedade da elaboração de mapas de riscos pelas empresas significou um avanço importante para o país. No entanto, trata-se de uma questão a ser avaliada hoje. Em que medida o avanço que significou nos anos 1990 teve continuidade? Seus princípios podem ter-se apagado, restando técnicas.

Um leitor mais crítico deste ensaio poderia interperlar se a diferença de conjuntura política não tornaria inoportuna a utilização do patrimônio de Oddone e do MOI no momento histórico presente, visto que tal experiência se deu na efervescência social e política dos anos 1960-70 na Itália, sendo o *Manual Ambiente de Trabalho* publicado no Brasil nos movimentados anos de 1980. A experiência francesa que perdura seria localizada e exceção. Vivemos em todo o planeta uma crise da forma sindicato e da forma partido político, acompanhada por uma hegemonia ainda forte do ideário neoliberal e aparentemente uma maior dificuldade de articulação de práticas coletivas de resistência. De fato, não se trata de incorporar esse patrimônio tal e qual foi utilizado na Itália, ou como persiste em uma região francesa. Trata-se, isto sim, de verificar o potencial que apresenta este paradigma, na contemporaneidade, para produzir uma ação coletiva de defesa da saúde e afirmação da vida e/ou potencializar e ampliar as mobilizações já em curso, mesmo que fragilizadas, pontuais.

Além disso, há que interrogar as condições presentes e com o mesmo olhar desconfiado e crítico que Oddone e sua equipe tinham na sua época, inclusive com relação a posições como as de quem só apontava a questão da alienação, dada a exploração e dominação capitalistas. O ponto de vista aqui presente é que, se de fato as tradicionais formas de luta dos trabalhadores encontram-se fragilizadas e talvez obsoletas, ou menos visíveis suas forças, isso não significa que devamos endossar a hipótese de que agora a potência da vida está inteiramente sob controle. Aliás, documentos como o *Rapport de la Commission d'Orientation du Plan National Santé Environnement*¹³ (MOMAS; CAILLARD; LESAFFRE, 2004) apresentam fortes argumentos para dar sustentação ao trabalho já realizado (e que persiste) nesta linha da Saúde do Trabalhador. Assinala-se, por exemplo, que vários organismos internacionais, e em especial a Organização Internacional do Trabalho, admitem que os custos dos problemas de saúde relacionados ao trabalho estão próximos ou superam os 3% do PIB nos países industrializados.

Contribuições de autoria

Todos os autores contribuíram igualmente e de forma significativa na elaboração e na revisão do manuscrito, assim como na aprovação da versão final.

Conforme a proposta da Ergologia, seria preciso ter “humildade epistemológica”, trabalhando em nós o “desconforto intelectual” (SCHWARTZ, 2010) que emerge tanto pela dupla ignorância (de pesquisadores e protagonistas do trabalho em análise) de planos da realidade do trabalho, como das possíveis formas de luta, que talvez estejam em curso e não as reconhecamos. Assim, parece necessário apostar na premissa de que o papel dos profissionais do campo da Saúde do Trabalhador não é o de dirigir, guiar ou (re)criar o movimento dos trabalhadores, mas o de estar em campo, afetados pelo que está em curso, atentos aos (im)possíveis, ao que se está prestes a tornar-se, disponíveis como parceiros de uma ação coletiva para a transformação dos mundos do trabalho, afirmando a potência da vida.

O lugar de cada um nessa parceria não está dado *a priori*, mas é possível combinar alguns princípios éticos e epistemológicos que nortearão esse trabalho comum, como diria Schwartz (2000): a convicção de que todos os viventes têm capacidade normativa e que é pulsional a curiosidade e a busca de aprender com os outros. Mais do que uma teoria, Oddone e seus parceiros do MOI nos legaram com sua prática concreta a certeza de que isso não é humanamente impossível. Eles contribuíram para provar científica e politicamente a importância da criação de um novo paradigma para pensar a produção de conhecimento e a intervenção sobre as situações de trabalho intrinsecamente ligadas à transformação do trabalho e à afirmação da vida. Deixaram patente que a luta pela saúde não se faz apenas com a denúncia dos adoecimentos e acidentes produzidos nas situações de trabalho, mas também pela ampliação da capacidade de intervenção no seu trabalho e pelo modo como são engendrados movimentos coletivos. Como escreveu o poeta e revolucionário russo Maiakóvski (1983), concluindo seu poema *A Siergéi Iessiênin*, amigo que se suicidara: “É preciso arrancar alegria ao futuro/ Nesta vida morrer não é difícil/Difícil é a vida e seu ofício”.

Assim, avaliar a importância de Oddone (e do MOI) envolve assumir a tarefa de melhor compreender e desenvolver o seu projeto de construir instrumentos para a ação (CLOT, 2010), de produzir vontade, mobilização e prática de transformação.

¹³ Relatório do plano nacional saúde meio-ambiente.

Referências

- ANDÉOL, M. La Mutualité des Bouches-du-Rhône. In: ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. *Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?* Paris: Éditions Sociales, 1981. p. 251-258.
- ATHAYDE, M. *Processo produtivo, espaço educativo: um campo de lutas*. 1988. 255 f. Dissertação (Mestrado em Educação de Adultos)–Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1988.
- BARCA, S. Pão e veneno: reflexões para uma investigação sobre o ambientalismo do trabalho em Itália, 1968-1998. *Laboreal*, Porto, v. 6, n. 2, p. 10-18, 2010. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/files/articles/2010_12/pt/10-18f.pdf>. Acesso em: 4 set. 2013.
- BENATTI, M. C.; NISHIDE, V. M. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 13-20, 2000.
- BRASIL. Lei nº 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 nov. 2013.
- _____. Ministério do Trabalho e do Emprego. Secretaria de Saúde e Segurança do trabalho. Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 dez. 1995. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA44A24704C6/p_19941229_25.pdf>. Acesso em 22 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH: trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 141-144, 1997.
- _____. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 91-114.
- BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 239-266, 2003.
- BRITO, J.; ATHAYDE, M.; NEVES, M. Y. *Cadernos de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPb, 2003.
- CAPISTRANO FILHO, D. Apresentação. In: ODDONE et al. (Org.) *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986. p. 7-9.
- CLOT, Y. *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- CORNU, R. *Education, savoir et production*. Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles, 2001.
- FACCHINI, L. A. et al. Ícones para mapas de riscos: uma proposta construída com os trabalhadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 497-502, 1997.
- FACCHINI, L. A.; WEIDERPASS, E.; TOMASI, E. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 394-400, 1991.
- FASSA, A. C.; FACCHINI, L. A. Como discutir a saúde do trabalhador? A contribuição do Modelo Operário e do Jogo Dramático. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 34, p. 13-16, 1992.
- FLOR, R. C.; KIRCHHOF, A. L. C. Uma prática educativa de sensibilização quanto à exposição a radiação ionizante com profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 59, n. 3, p. 274-278, 2006.
- FRANÇA, M. *Uma comunidade dialógica de pesquisa*. São Paulo: Fapesp/Educ, 2007.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Os intelectuais; o princípio educativo; jornalismo. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. v. 2.
- _____. *Gramsci e os conselhos de fábrica*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- HOKERBERG, Y. H. M. et al. O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 503-513, 2006.
- KUCHENBECKER, R. O Modelo Operário Italiano trinta anos depois. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 36, p. 48-50, 1992.
- LACAZ, F. A. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997.
- LIMA, R. C. et al. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 118-130, 2009.
- MACHADO, J. M. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 533-545, 1997.
- MACHADO, M. S.; NETZ, J. A. Vigilância da saúde do trabalhador no sindicato dos bancários de porto alegre:

- a operação de olho na saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 187-191, jan./jun. 2006.
- MAIAKÓVSKI, V. A Sierguéi Iessênin. In: _____. *Poemas*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1983. p. 109-114.
- MATTOS, U.; FREITAS, N. Mapa de risco no Brasil: as limitações da aplicabilidade de um modelo operário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 251-258, 1994.
- MILLER, G. A.; GALANTER, E.; PRIBAM, K. H. *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 521-532, 1997.
- MOMAS, I.; CAILLARD, J.-F.; LESAFFRE, B. *Rapport de la Commission d'Orientation du Plan National Santé Environnement*. Paris: Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale, 2004. Disponível em: <<http://www.ladocumentationfrançaise.fr/rapports-publics/044000068/index.shtml>>. Acesso em: 4 set. 2013.
- MORI, E. M.; SILVA, F. H.; BECK, F. L. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 13, supl. 1, p. 719-727, 2009.
- ODDONE, I. Psicologia dell'organizzazione della salute. *Psicologia della Salute*, Milano, n. 1, p. 39-47, 1999.
- _____. Reflexiones sobre el modelo obrero italiano. *Salud, Trabajo y Medio Ambiente*, v. 2, n. 5, p. xx-xx, 2007. Disponível em: <http://www.bvsst.org.ve/documentos/pnf/salud_trabajo_y_ambiente_revista_sindical.pdf>. Acesso em: 4 set. 2013.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. *Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?* Paris: Éditions Sociales, 1981.
- PAIVA, M. J.; VASCONCELOS, L. C. F. Modelo Operário Italiano: o surgimento do campo da saúde do trabalhador. In: VASCONCELOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 357-400.
- RE, A. et al. A general physician-centred system for preventing environmental diseases. In: MEETING DIVERSITY IN ERGONOMICS, PROC. IEA 2006 CONGRESS, 2006, Maastricht. *Proceedings...* Maastricht: Elsevier, 2006. 1 CD-ROM.
- RUZZENENTI, M. A experiência no movimento sindical italiano na luta pela saúde dos trabalhadores. *Caderno da CUT Jurídico e Relações Sindicais*, São Paulo, n. 4, p. 44-47, 1990.
- SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996.
- SATO, L.; LACAZ, F. A.; BERNARDO, M. H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ Y.; DURRIVE L. (Org.) *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2. ed. rev. ampl. Niterói: EdUFF, 2010. p. 25-46.
- _____. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & Educação*, Minas Gerais, n. 7, p. 38-46, 2000.
- _____. Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In: DANIELLOU, F. (Org.) *Ergonomie en quête de ses principes*. Toulouse: Octarès, 1996. p. 141-182.
- _____. *Expérience et connaissance du travail*. Paris: Messidor/Éditions Sociales, 1988.
- SKAMVETSAKIS, A. Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 157-165, 2006.
- SOUZA, K. R. et al. O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 495-504, 2003.
- VASCONCELOS, R.; LACOMBLEZ, M. Redescubramos na sua experiência: O desafio que nos lança Ivar Oddone. *Laboreal*, Porto, v. 1, n. 1, p. 38-51, 2005. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/files/editions/2005_12/laboreal_2005_12_pt.pdf>. Acesso em: 4 set. 2013.
- ZAVARIZ, C.; GLINA, D. M. R. Efeitos da exposição ocupacional ao mercúrio em trabalhadores de uma indústria de lâmpadas elétricas localizada em Santo Amaro, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 117-129, 1993.

Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios

Thiago Santos de Souza¹
Liliam Silva das Virgens¹

Workers' health in primary health care: interfaces and challenges

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, BA, Brasil.

Contato:

Thiago Santos de Souza

E-mail:

thiago_fst@yahoo.com.br

O trabalho não foi subvencionado.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Resumo

A construção da Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista da classe trabalhadora ao longo de décadas. O processo de desenvolvimento desse campo no contexto brasileiro das relações produção/trabalho, ambiente e saúde é abordado neste artigo no âmbito da Atenção Básica. *Objetivo:* Refletir acerca das interfaces da ST na Atenção Básica do sistema de saúde brasileiro. *Método:* Revisão de documentos oficiais e publicações na área, organizados em duas categorias de análise: panorama histórico da ST e da ST na Atenção Básica. *Resultados:* As categorias de análise possibilitaram estabelecer o resgate histórico da ST no SUS e refletir acerca de elementos da ST na Atenção Básica, como: território e ferramentas de atenção à saúde; competência das equipes da atenção básica; vigilância em saúde do trabalhador; relações de produção e saúde ambiental; práticas educativas em ST; vulnerabilidades do trabalhador da saúde e implementação de experiências institucionais. *Conclusão:* A incorporação da ST na Atenção Básica caracteriza-se como elemento para redefinição de práticas e mudança no modelo assistencial.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; atenção básica à saúde; territorialização; saúde ambiental; vigilância em saúde do trabalhador.

Abstract

The introduction of worker's health in the Brazilian National Health System (SUS) represents decades of working class conquest. The development process of the worker's health field in the Brazilian production/labor, environment and health relations context is addressed within the primary care setting. Objective: to reflect on the occupational health interfaces of the Brazilian primary health system. Method: review of official documents and publications related to the area, both organized into two categories of analysis: worker's health historical overview and worker's health within primary care. Results: Through these categories of analysis it was possible to produce an historical revival of worker's health in SUS and reflect on elements of worker's health in primary care, such as: territory and health care tools; primary care teams competence, worker's health surveillance; production and environmental health relations; educational practices in worker's health; health worker's vulnerabilities and institutional experiences. Conclusion: worker's health incorporation in primary care is characterized by an element to reset and change practices in the healthcare model.

Keywords: worker's health; primary health care; territorial basis organization; environmental health; worker's health surveillance.

Recebido: 20/07/2012

Revisado: 13/02/2013

Aprovado: 27/03/2013

Introdução

A construção do campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS) reflete o acúmulo técnico-científico ao longo da história, assim como a correlação das forças sociais, disputadas entre o movimento organizado dos trabalhadores e os setores políticos institucionais das esferas de gestão e das instituições produtoras de conhecimento (DIAS; HOEFEL, 2005).

Em meio ao conjunto de inovações tecnológicas e organizacionais propostas pela reestruturação produtiva na sociedade capitalista, a pauta trabalho e, conseqüentemente, a saúde para o trabalhador tornam-se elementos indispensáveis para a manutenção de condições dignas nos processos/ambientes de trabalho e na potencialização da vida dos sujeitos (LARA, 2011).

A ST é caracterizada como campo de práticas e conhecimentos que buscam conhecer e intervir nas relações de trabalho e saúde-doença. Ela ainda pode ser entendida enquanto prática teórica interdisciplinar (geração de conhecimento) e prática político-ideológica (superação das relações de poder e conscientização dos trabalhadores), desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (LACAZ, 2007; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A reorientação do modelo assistencial a partir de 1978, após a Conferência Internacional de Cuidados Primários, tem possibilitado a fertilização das discussões da ST na Atenção Básica (AB). Para tanto, urge a importância da aproximação das equipes de saúde, em especial as equipes de saúde da família, junto às necessidades sociais estabelecidas nos territórios pelos trabalhadores (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A recente publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) reitera a atenção primária em saúde como ordenadora da rede de atenção no SUS, ao passo que objetiva promover a integração com os demais componentes da vigilância em saúde e promover mudanças substanciais nos processos de trabalho (BRASIL, 2012).

Diante desse quadro, faz-se necessário entender o contexto em que a ST vem se conformando e o modo como se estabelecem as práticas voltadas aos trabalhadores dentro da atenção primária à saúde. Tal panorama reforça a importância da produção de experiências na área, colaborando, assim, com o amadurecimento de ações no referido campo.

O presente artigo tem como objetivo refletir sobre as interfaces da ST na atenção básica do sistema de saúde brasileiro.

Método

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo narrativa, com base nas produções bibliográficas realizadas no período de 1986 a 2012. Este recorte de vinte e seis anos foi necessário diante do marco de publicações de referência na área da saúde do trabalhador, como o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986).

A seleção dos artigos foi realizada através das bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Google Scholar*, a partir dos descritores: saúde do trabalhador, atenção básica à saúde, territorialização, saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador. A amostra seguiu os seguintes critérios de inclusão: idioma de publicação (todas as produções deveriam estar no idioma português); ano de publicação (as produções deveriam compreender o recorte de tempo estabelecido); modalidades da produção científica (foram incluídas as seguintes modalidades de trabalho: estudos de casos, estudos avaliativos, descritivos e de revisão). A busca bibliográfica também utilizou documentos oficiais, como leis, políticas, portarias, relatórios, normas e manuais técnicos disponibilizados no *site* do Ministério da Saúde, assim como capítulos de livros pertinentes ao tema. Foram excluídas as produções bibliográficas em outros idiomas, as que não possuíam texto completo e aquelas que não permitiram reflexões que aproximassem os campos da ST com a AB.

Este processo envolveu, primeiramente, a leitura dos resumos para se identificar a pertinência com o objeto estudado e, posteriormente, a seleção dos artigos na íntegra. Após a composição do banco de dados, foi realizado um fichamento para melhor sistematização das informações distribuídas nas dimensões: ano de publicação, objeto do estudo, periódico de indexação, desenho do estudo e principais achados da pesquisa.

A fim de descrever o estado da arte da ST no SUS, particularmente na AB, e discuti-lo sob o ponto de vista teórico, o desenvolvimento do artigo foi organizado em duas categorias de análise: panorama histórico da ST e ST na AB.

A primeira categoria colabora com a introdução da temática, apresentando um recorte da construção do campo ST no SUS com a publicação de leis, propósito das conferências na área, a formação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, bem como a recente publicação da PNST.

A segunda categoria dispõe de subcategorias distribuídas, conforme a identificação e a agregação dos conteúdos comuns entre as referências. São elas: território e ferramentas de atenção à saúde; compe-

tência das equipes da Atenção Básica; vigilância em saúde do trabalhador; relações de produção e saúde ambiental; práticas educativas em ST; vulnerabilidades do trabalhador da saúde; e implementação de experiências institucionais.

Resultados e discussão

Panorama histórico da Saúde do Trabalhador

A ST ganhou evidência durante o movimento da Reforma Sanitária brasileira. O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, já apontava que o trabalho em condições dignas, o conhecimento e o controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho é um pré-requisito central para o pleno exercício do acesso à saúde (BRASIL, 1986).

A partir de então, houve um crescente avanço legal na área, que teve seu início com a incorporação da ST e da proteção ao ambiente de trabalho pela Constituição Federal (BRASIL, 1988). Em 1990, a Lei nº 8.080 reconheceu o trabalho como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e atribuiu ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações de ST no país (BRASIL, 1990).

Desde a década de 1980 até o momento, foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. A primeira ocorreu em 1986 e marcou, politicamente, a instituição deste campo (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1987). A segunda, em 1994, quando foi deliberada a unificação das ações de ST no SUS (BRASIL, 1994). Na última conferência, realizada em 2005, foram estabelecidas tentativas de melhorar as relações interministeriais, porém, em algumas resoluções, observou-se a repetição de proposições anteriores voltadas à lógica da saúde ocupacional (LACAZ, 2007).

Com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS, surge, em 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Esta possui, como eixo principal para articulação das ações, os Centros de Referência em ST, que preveem a organização da rede sentinela de notificação, a organização dos fluxos de informações e os atendimentos aos trabalhadores em todos os níveis de atenção do SUS. A Renast não visa a criar outro modelo de atenção, mas sim o qualificar, orientar para que o sistema funcione na perspectiva da ST (DIAS; HOEFEL, 2005).

Em 2012, foi instituída a PNST, o que representa um avanço histórico na área, marcada pela luta por direitos da classe trabalhadora. Vale ressaltar que a política está em consonância com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída

por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, e tem como uma de suas estratégias a estruturação da Renast (BRASIL, 2011a, 2012).

A PNST tem como objetivos: fortalecer a vigilância em ST e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde; promover saúde, ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção à ST; ampliar o entendimento e conceber a ST como uma ação transversal; incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença; assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e nos serviços de saúde do SUS; e assegurar a qualidade da atenção aos trabalhadores usuários do SUS (BRASIL, 2012).

Mesmo com esses avanços, um dos desafios da ST é conseguir com que o conjunto de trabalhadores e gestores do SUS incorpore, na sua prática cotidiana, a compreensão do trabalho enquanto um dos determinantes do processo saúde-doença e da necessidade do envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores (DIAS et al., 2011). Ademais, faz-se necessário a constituição de práticas de atenção à saúde que transcendam a abordagem individual curativa e apontem para abordagens interdisciplinares e intersetoriais (LOURENÇO; BERTANI, 2007)

Saúde do trabalhador na atenção básica

Definida como prioridade do pacto pela vida, a AB é considerada como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo entendida por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011b, Anexo I)

De acordo com a história, a implantação de serviços de ST no SUS pode ser entendida em momentos distintos, considerando-se o engajamento dos atores sociais envolvidos (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

As experiências de ST na AB têm início nos anos 1980, no estado de São Paulo. A pressão de setores do movimento sindical pela exigência de uma atenção dos serviços públicos para os problemas de saúde dos trabalhadores culminaram com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador na rede básica. Dentre seus pressupostos, estavam a promoção de uma gestão participativa, acesso a informações de saúde, desenvolvimento de ações de vigilância e visualização

do trabalhador a partir de sua inserção no processo produtivo (LACAZ, 2007).

Contudo, as dificuldades culturais, ideológicas e políticas colaboraram com amarras na expansão do campo e no estabelecimento de ações eficazes voltadas à ST no SUS e na AB ao longo das três últimas décadas. Dessa forma, são apresentadas abaixo subcategorias relacionadas à ST na AB visando a colaborar com subsídios para transformação das práticas.

Território e ferramentas de atenção à saúde

O território é caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como um território em permanente construção (GONDIM et al., 2008).

A aproximação dos trabalhadores da saúde com o território pode ocorrer através da territorialização. Este é um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e práticas de saúde. Entretanto, muitas vezes, sua utilização na AB reduz-se aos diagnósticos das condições de vida e situação de saúde da população, não sendo abordados diversos outros elementos por parte dos profissionais da saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é a principal ferramenta de atenção à saúde voltada para o reordenamento do modelo assistencial. Possui como objetivo prestar o acompanhamento às famílias de uma área geográfica delimitada e com população adscrita. Baseia-se no trabalho compartilhado entre equipes multiprofissionais, compreendendo os determinantes sociais da saúde e o perfil epidemiológico da população e atuando sobre eles. Orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, integralidade da atenção, humanização e participação social (BRASIL, 2011b).

Outra ferramenta de atenção à saúde, lançada em 2008 pelo Ministério da Saúde, foi intitulada Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse arranjo organizacional tem como objetivo potencializar e ampliar a abrangência e a diversidade das ações da AB, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede. O NASF possui um grupo interdisciplinar que atua em parceria com os profissionais da equipe de referência, compartilhando práticas em saúde, nos territórios de responsabilidade das unidades, sendo operacionalizado pelo apoio matricial (BRASIL, 2008).

As práticas de ST no NASF ainda apresentam-se incipientes mediante as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, em que apenas consta a necessidade de firmar parcerias com os centros de referência em ST (BRASIL, 2010). Mesmo diante dessa limitação, é importante destacar a diversidade de saberes profissionais que compõem os núcleos e seu grande potencial para elaborar propostas voltadas aos trabalhadores das áreas de abrangência das unidades.

Competências das equipes da Atenção Básica

A realização de ações em ST na AB deve partir da identificação, no território, da população economicamente ativa (por sexo e faixa etária), do mapeamento das atividades produtivas existentes na área, da identificação dos integrantes das famílias que sejam trabalhadores, da observação dos vínculos empregatícios, dos desempregados e dos que iniciam o trabalho precocemente. Deve ainda levantar os riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, além de acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

Para tanto, compete aos serviços da rede básica: organizar e analisar os dados obtidos em visitas domiciliares; desenvolver programas de educação em ST; incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças acima de 5 anos, adolescentes e adultos; planejar e executar ações de vigilância nos locais de trabalho; desenvolver, juntamente com a comunidade e instituições públicas, ações para a solução dos problemas encontrados; e considerar o trabalho infantil como alerta epidemiológico (BRASIL, 2001).

Em relação aos casos de acidente ou doença relacionados ao trabalho, a equipe de saúde deve: realizar a condução clínica dos casos de menores complicações; efetuar encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados em ST; realizar a notificação nos sistemas de informação; investigar o local de trabalho; prestar orientações trabalhistas e previdenciárias; solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho; e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento (BRASIL, 2001).

Apesar de muitos profissionais reconhecerem a importância do trabalho para a saúde e da existência de um caderno temático com informações voltadas à ST na AB, sabe-se que, na prática dos serviços, muitas ações em ST são efetuadas pontualmente ou mesmo inexistem no planejamento das equipes.

Dessa forma, é de suma importância que os trabalhadores da saúde estejam atentos e capacitados para realizarem: o reconhecimento dos processos produtivos no território; o mapeamento das principais ativida-

des exercidas pelos sujeitos na área adscrita; o levantamento dos riscos ocupacionais; a identificação do trabalho formal/informal e a compreensão dos problemas ambientais gerados pelos atos laborativos e a intervenção sobre eles (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Pode-se dizer que a inserção efetiva das ações de ST no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela AB. Além dos fatores organizacionais, o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio reforça o papel da AB de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde/doença e a avaliação de situações de risco no trabalho são possibilidades concretas no nível primário de atenção (DIAS; HOEFEL, 2005).

Vigilância em Saúde do Trabalhador

Em resposta à demanda crescente por uma nova concepção de saúde que pudesse responder à complexidade emergente dos problemas da população, ocorreu, em 1986, na cidade de Ottawa, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A partir desta, propostas de atuação no setor foram desenvolvidas, dentre elas a promoção da saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1986).

Segundo a carta de Ottawa, a promoção da saúde está associada a um conjunto de valores, como: qualidade de vida, saúde, cuidado, equidade, preservação dos recursos naturais, cidadania e participação social. Refere-se também a uma combinação de estratégias de responsabilização múltipla da sociedade, incluindo: políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e parcerias intersetoriais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1986).

Sob a influência desse cenário, a ST também precisou gerar novas respostas sociais aos problemas elencados pelos trabalhadores, propondo-se a ir além daqueles restritos à relação saúde-doença e às intervenções insuficientes no controle das condições e dos processos de trabalho (ALVES, 2003).

Com base nessas concepções, surge a vigilância em saúde do trabalhador (Visat) no SUS, definida pelo Ministério da Saúde como:

Uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde, relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los. (BRASIL, 1998, Anexo I)

Um importante marco legal, relacionado à Visat, foi a publicação da Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), pois favoreceu a ampliação do debate em torno das ações de vigilância em ST no âmbito da AB, de forma articulada aos outros componentes da vigilância em saúde. Nesse documento, a Visat busca a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e em seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.

Diferente da vigilância em saúde, seu objeto de investigação e intervenção é fruto da relação entre o processo de trabalho e saúde. Suas ações buscam a articulação sanitária no sentido da promoção, da proteção e da atenção à saúde dos trabalhadores, direcionadas aos fatores de risco e às condições de trabalho, vigilância sobre danos ou efeitos e seus determinantes tecnológicos e sociais (MACHADO, 1997; NOBRE et al., 2011).

Para que tais modalidades da vigilância operem, são necessários: produção de informações, conhecimentos, tecnologias de intervenção, desenvolvimento de abordagens pedagógicas e formativas, estratégias de difusão, comunicação e o fortalecimento do controle social (NOBRE et al., 2011).

A vigilância em saúde do trabalhador rompe com a abordagem hegemônica que vincula a doença a um agente específico ou a um grupo de agentes existentes no ambiente de trabalho. Pauta-se na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também, e principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, que visem à inserção do trabalhador no processo produtivo, que seja potencializadora de saúde e vida (ALVES, 2003).

Para que a vigilância em saúde do trabalhador se configure como elemento estruturante do SUS, faz-se necessário que suas ações, incluindo a promoção da saúde, estejam inseridas no cotidiano das equipes da AB como condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção (BRASIL, 2009).

Relações de produção e saúde ambiental

As inter-relações produção/trabalho, ambiente e saúde são determinadas pelo modo de produção de cada sociedade, sendo a principal referência para se entender as condições de vida, o perfil de adoecimento e morte, a vulnerabilidade de certos grupos sociais e a degradação ambiental (DIAS et al., 2009).

Para a produção de bens e riquezas, são requeridas matérias-primas, trabalho e tecnologia. Nessa interface, a economia se sustenta pela exploração

da natureza e do trabalhador, gerando a degradação ambiental e as cargas biológicas, sociais, psíquicas, econômicas, políticas, culturais que afetam a saúde dos trabalhadores e de suas famílias e produzem desigualdades sociais e ambientais (DIAS et al., 2009).

As críticas ao modelo de desenvolvimento puramente econômico e seus impactos sobre as condições de vida, saúde, doença e ambiente têm aproximado os campos da ST e da saúde ambiental (FREITAS; PORTO, 2006).

A inserção da ST e da saúde ambiental na AB encontrou obstáculos na diversidade das situações e dos arranjos institucionais e na pouca tradição em ações de vigilância nesse nível de atenção, quando comparadas às práticas assistenciais curativas (DIAS et al., 2009).

Para que ocorra o andamento dessas práticas, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de saúde da família e NASF. É importante que as tarefas sejam redimensionadas, as equipes, capacitadas, valorizadas, que disponham de suporte de recursos físicos, materiais e organizacionais pelas secretarias de saúde, além do bom funcionamento da rede e dos fluxos de referência e contrarreferência.

Práticas educativas em ST

Investimentos na formação profissional e na educação permanente em ST ganharam relevância estratégica com o avanço da descentralização da saúde, especialmente pelos desafios de implantação/implantação da Renast (AYRES; SANTOS, 2011).

Entre os anos de 2007 e 2008, a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador da Bahia (Divast/Cesat) apresentou uma proposta de educação permanente direcionada ao fortalecimento da Renast no estado (AYRES; SANTOS, 2011).

Neste processo, ocorreram momentos presenciais e oficinas de trabalho descentralizadas voltadas aos trabalhadores do Cesat, dos centros de referência em ST e das diretorias regionais de saúde. Foram abordados elementos nas áreas de atenção, gestão e vigilância, valorizando a vivência de cada sujeito, do coletivo, das instituições e dos serviços no que tange à identificação dos problemas em ST e ao início do enfrentamento de muitos entraves e desafios postos em cena (AYRES; SANTOS, 2011).

Neves et al. (2006) desenvolveram um ensaio colocando em questão o uso da biossegurança enquanto ação educativa. As autoras apontam que a biossegurança é capaz de oferecer contribuições significativas à ST. Todavia, sua ação deve ir além do mero treinamento e transmissão de informação. Sob

uma perspectiva de prática transformadora, é necessário que os sujeitos sejam agentes ativos da aprendizagem e tenham suas diferenças e singularidades levadas em conta.

Outro estudo destaca as mudanças ocorridas no estilo de vida de trabalhadores em relação à prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica, a partir da aplicação de uma tecnologia educativa em saúde. Essa ferramenta, oriunda das tecnologias leves e proposta por Merhy, contribuiu para a obtenção de maior autonomia e fortalecimento do caráter de agente multiplicador em 16 dos 20 trabalhadores participantes das cinco oficinas educativas (SANTOS; LIMA, 2008).

Apesar de o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos serem uma das estratégias da PNST, poucas evidências relacionadas a práticas educativas específicas à ST na AB são encontradas.

Conforme a PNST, os profissionais de níveis superior e médio das equipes de vigilância em saúde, saúde da família e dos gestores devem ter a inserção de conteúdos de ST nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente. Além disso, a capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias, linhas de cuidado em ST e orientações quanto aos direitos dos trabalhadores devem ser ofertadas (BRASIL, 2012).

Vulnerabilidades do trabalhador da saúde

Apesar de possuir papel chave dentro da sociedade, os próprios trabalhadores da saúde constituem um grupo vulnerável. O perfil da população atendida nos estabelecimentos origina a sobreposição dos riscos profissionais clássicos (químicos e físicos), dos riscos biológicos emergentes e dos relacionados ao excesso de demanda e polivalência (riscos psicossociais) (ASSUNÇÃO, 2011).

Somando-se a isso, a expansão do emprego na saúde muitas vezes ocorre na ausência de um contrato de trabalho padrão. São crescentes os vínculos não regulamentados, por tempo parcial, tempo determinado, terceirização, subcontratação e até contratos verbais entre prefeituras e profissionais da saúde. Tal contexto reflete em adoecimento, vida com menos segurança nos ambientes ocupacionais, falta de prazer e desmotivação na realização de ações nas diversas ordens, incluindo a ST (ASSUNÇÃO, 2011).

Bezerra e Neves (2010) efetuaram uma revisão de literatura com o objetivo de traçar o perfil da produção científica em ST, de 2001 a 2008. Nesse estudo, verificou-se que a população mais estudada foi a dos profissionais da área de saúde. Entretanto, outra revisão sob autoria de Chiode e Marziale (2006), com intuito de buscar evidências sobre os

riscos ocupacionais a que estão submetidos os trabalhadores que atuam na saúde pública, evidenciou que apenas 4,3% das publicações enfocaram riscos ocupacionais voltados ao contexto das unidades da rede básica.

Apesar de ainda não ser encontrada na literatura uma revisão atual sobre a produção voltada aos riscos e às vulnerabilidades do trabalhador da AB, sabe-se que o número de artigos cresce vertiginosamente.

Como exemplo, são citados os estudos de Lancman et al. (2009) acerca das repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do programa Saúde da Família; Braga et al. (2010), referente às condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu/SP; Trindade et al. (2010), relacionado ao estresse e à síndrome de *burnout* entre trabalhadores das equipes de saúde da família; Ursine et al. (2010), sobre as condições de trabalho e a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde; e a pesquisa de Fernandes et al. (2012), que versa sobre a relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros da saúde da família.

Implementação de experiências institucionais

Mesmo diante de um cenário de obstáculos, iniciativas práticas vêm sendo desenvolvidas na aproximação da ST com a AB. No estado de São Paulo, a Fundação Seade realizou, nos anos de 1995, 1997 e 1999, um estudo em 520 municípios com objetivo de caracterizar a implantação da descentralização das ações de ST. Foi identificado que, em 1999, 26% das prefeituras paulistas realizavam ações na área, mais frequentemente em municípios maiores e em gestão plena do sistema. As práticas mais comuns foram a vistoria e a fiscalização de ambientes de trabalho e a oferta de serviços de reabilitação física aos acidentados do trabalho (SILVA et al., 2003).

No município de Amparo/SP, a implantação das ações de ST na rede de AB, entre 2003 e 2008, foi marcada por uma proposta de gestão colegiada. O programa de implantação englobou quatro conjuntos de ações: assistência ao trabalhador; Visat; educação em saúde; e capacitação dos profissionais da rede municipal. Segundo as autoras, os aspectos que colaboraram para o sucesso da proposta foram as estratégias de sensibilização adotadas, de educação permanente e de corresponsabilização entre as equipes (DIAS et al., 2011).

Nesse mesmo município, outra experiência foi identificada, agora com objetivo de compreender o apoio matricial em ST na AB, realizada no ano de 2008. Em Amparo, as equipes de referência são as próprias equipes de saúde da família, e os apoiadores são as duplas de profissionais do centro de refe-

rência em saúde do trabalhador responsáveis, cada qual, por três ou quatro unidades de saúde. Através dessa parceria, o estudo conclui que o apoio matricial pôde contribuir com a mudança no olhar dos profissionais de saúde da família frente aos trabalhadores atendidos e promover a reorganização do trabalho em saúde (SANTOS; LACAZ, 2012).

Em Campinas/SP, foi desenvolvido um estudo com objetivo de avaliar o processo de implantação da diretriz da descentralização da Visat para as 49 unidades básicas do município. Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho foram utilizados como critérios de avaliação. Observou-se que a descentralização ocorreu de forma parcial, pois as questões clínicas não se transformaram em ações de vigilância. Em muitos casos, ocorreu a subnotificação das doenças relacionadas ao trabalho, e o trabalhador informal não recebeu ação específica de vigilância para seu problema (BALISTA et al., 2011).

As pesquisas referidas acima apresentam grande importância para a área, visto que se mostram como possibilidades viáveis de desvendar a complexidade das ações voltadas à ST e serviram de estímulo a novas produções.

Considerações finais

Esta pesquisa buscou realizar um resgate histórico da ST no SUS e apresentar elementos do campo da ST na AB, colaborando, assim, para sistematização da produção bibliográfica na área.

Apesar dos avanços conquistados, muitos desafios são postos ao campo, como: o combate ao reducionismo das políticas públicas, aos entraves políticos no âmbito municipal, e ao desconhecimento de muitos gestores frente à concepção e às ações da ST; a consolidação da Renast como política articuladora da rede e vinculada a outras políticas da seguridade social; a necessidade de tratar com responsabilidade o trabalho infantil, o informal, o trabalho de rua e o desemprego; a expansão da atuação para o setor de serviços e agricultura.

Faz-se necessário, ainda, a ampliação dos objetos de estudos e a reformulação de referenciais conceituais e metodológicos; uma formação acadêmica que reconheça a tensa relação entre capital e trabalho; a capacitação dos profissionais da saúde para lidar com os riscos e os agravos relacionados ao trabalho; uma produção científica socialmente referenciada; e movimentos sociais e sindicais atuantes.

A ST no SUS busca criar mecanismos de fortalecimento e construção de novas práticas, em especial na AB, ordenadora do atual modelo de produção do cuidado. Com o enfoque na educação permanente,

na promoção e na vigilância da saúde, espera-se que os profissionais de saúde da família e dos NASF possam ampliar seu olhar e o escopo de suas ações no território na medida em que desfrutem de condições e recebam qualificação para atuar.

Com a publicação da PNST, cresce a expectativa pela reorganização do sistema de saúde, voltado ao trabalhador, especialmente pela AB. É emergen-

te a busca pela formação de redes de atenção que vislumbrem o trabalhador com outro olhar, ao promover acolhimento de suas demandas, dando-lhes significado e uma resposta positiva.

Os desafios são diversos e complexos, porém não se pode esquecer de que muitos dos entraves, no campo da ST, são oriundos da conformação do mundo do trabalho no atual modelo de sociedade vigente.

Contribuições de autoria

Souza, T. S.: trabalhou na concepção teórica, na elaboração e na redação final do manuscrito. Virgens, L. S.: orientou a pesquisa e contribuiu na revisão final do estudo.

Referências

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, 2003.

ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 453-473.

AYRES, I. B. S. J.; SANTOS, S. L. B. Educação permanente e formação profissional em saúde do trabalhador: desafios e potencialidades. In: NOBRE, L. C. C. (Org.). *A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios*. Salvador: EdUFBA, 2011. p. 249-270.

BALISTA, S. R. R. et al. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 216-226, 2011.

BEZERRA, M. L. S.; NEVES, E. B. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 384-394, jun. 2010.

BRAGA, L. C. et al. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, jun. 2010.

BRASIL. *Conferência Nacional de Saúde*, 8. Relatório final. [S.I.: s.n.], 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. Constituição (1988). Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 26 set. 2013.

_____. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 nov. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 31 out. 2013.

_____. Lei nº 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 31 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*, 2. Relatório Final. [S.I.]: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relat_final.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. *Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Portaria MS/GM nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 02 jul. 1998. Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/3120_-_98.pdf>. Acesso em: 31 out. 2013.

_____. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2002-2004/2002/Portaria/P1679.htm>.

- dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>. Acesso em: 31 out. 2013.
- _____. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf>. Acesso em: 31 out. 2013.
- _____. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf>. Acesso em: 31 out. 2013.
- _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 30 out. 2013.
- _____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 31 out. 2013.
- _____. *Saúde do trabalhador*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, nº 05).
- CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 212-217, 2006.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.
- DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.
- DIAS, M. D. A. et al. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-148, mar./jun. 2011.
- FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, abr. 2012.
- FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. S. *Saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz - ENSP- Cesteh, 1987.
- GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.
- LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.
- LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, ago. 2009.
- LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.
- LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.
- MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. S33-S45, 1997.
- MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. S21-S32, 1997.
- NEVES, T. P. et al. Biossegurança como ação educativa: contribuições à saúde do trabalhador. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 50-54, jan./abr. 2006.
- NOBRE, L. C. C. et al. Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: práticas e desafios. In: NOBRE, L. C. C. (Org.). *A saúde do trabalhador na Bahia: história, conquistas e desafios*. Salvador: EdUFBA, 2011. p. 277-311.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.
- SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica

do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, maio 2012.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-97, jan./mar. 2008.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SILVA, Z. P. et al. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 47-57, mar. 2003.

TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de *burnout* entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 684-689, out. 2010.

URSINE, B. L. et al. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, dez. 2010.

Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)

Jaquelina Maria Imbrizi¹
Isabel Lopes do Santos Keppler²
Marcelo Soares Vilhanueva³

The newcomers group (Grupo dos Novos): trainees' experience welcoming workers at a Worker's Health Reference Center (Cerest)

¹ Departamento de Saúde, Clínica e Instituição da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil.

² Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil

³ Centro de Atenção de Álcool e Outras Drogas. Secretaria Municipal de Saúde. Santos, SP, Brasil.

Contato:

Jaquelina Maria Imbrizi

E-mail:

jaque_imbrizi@yahoo.com.br

O trabalho não foi subvencionado.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Resumo

Este trabalho relata experiência de estágio curricular ocorrida em 2010 e 2011 num Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Oito estagiárias de 4º e 5º anos do curso de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus Baixada Santista, observaram e coordenaram um grupo, informalmente denominado Grupo dos Novos, com o objetivo de prover um espaço de acolhimento ao trabalhador que procura pela primeira vez ajuda dos profissionais do equipamento de saúde. O relato apresenta nosso posicionamento ético, político e estético na área de saúde e trabalho, com suas limitações e potencialidades no contexto da sociedade capitalista. Os resultados corroboraram a importância dos Grupos de Acolhimento como garantia do acesso universal, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram analisados os possíveis impactos dessa experiência: os usuários tiveram oportunidade de produzir uma nova compreensão sobre seu adoecimento, não mais tão individualizada, mas sim atrelada às condições de trabalho; os estagiários articularam teoria e prática a partir de conhecimentos em educação popular, processo grupal e análise institucional; e a equipe da unidade acompanhou um novo modo de organizar o atendimento ao trabalhador. Concluímos que o Grupo dos Novos deu um primeiro passo na quebra da lógica de organização dos serviços centrada na figura do médico.

Palavras-chave: grupo de acolhimento; saúde do trabalhador; experiência de estágio; formação para o trabalho em saúde.

Abstract

This article reports on the curricular traineeship activity held between 2010 and 2011 in a Centro de Referência em Saúde do Trabalhador [Worker's Health Reference Center], Cerest. Eight 4th and 5th year Psychology students from the Federal University of São Paulo (Unifesp), observed and coordinated a group – informally named Grupo dos Novos [the Newcomers group] – aimed at offering a warm and welcoming environment for workers seeking healthcare for the first time in the Center. The report presents our ethical, political and aesthetic position concerning health and labor with its restraints and potentialities in the context of a capitalist society. The results endorse the importance of the Welcoming Groups as warranty for universal access, a principle of the Brazilian Unified Health System (SUS). Possible impacts of this experience were analyzed: the Center users had the opportunity to develop a new awareness of their sickening process, no longer from the individual point of view, but related to working conditions; the trainees articulated theory and practice from their experience on popular education, group work as well as institutional analysis; and the Center staff experienced a new method to organize worker's care. We concluded that the Newcomers Group took the first step to defy the logic of health service organization focused on the doctor.

Keywords: welcoming group; worker's health; traineeship experience; training for healthcare jobs.

Recebido: 24/07/2012

Revisado: 14/10/2013

Aprovado: 15/10/2013

Introdução

Quais são os limites e as possibilidades da atenção e do cuidado à saúde do trabalhador na sociedade capitalista? A área de pesquisa e atuação em Saúde do Trabalhador não pode ignorar o fato de que se insere em uma sociedade cuja base da organização é a exploração da força de trabalho e na qual o conflito capital/trabalho atravessa as relações de produção. Portanto, para os profissionais da área que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), esse conflito não deve ser camuflado quando se discute o cuidado ao sofrimento e ao adoecimento que emergem em situações de trabalho. Para esta discussão, parte-se do pressuposto de que essa organização societária cinde-se principalmente em duas classes – os homens que detêm os meios de produção e aqueles que vendem sua força de trabalho. Diante disso, evidentemente, temos uma realidade de extrema complexidade, atravessada por uma série de elementos ideológicos que pautam os diversos âmbitos da vida: familiar, profissional, educacional e cultural, bem como o do cuidado em saúde.⁴

Podemos identificar alguns desses elementos ideológicos na atuação dos trabalhadores da saúde, que parecem precisar optar entre os interesses dessas classes – seja favorável à classe dominante, questionando a veracidade do sofrimento do trabalhador que adocece ou tratando-o apenas de modo a habilitá-lo a voltar à produção, seja buscando posicionar-se de forma a combater frontalmente essa lógica vigente, promovendo não só a assistência, mas o fortalecimento desse sujeito em conjunto com outros e também denunciando, pela vigilância em saúde, os modos por que se expressa concretamente a exploração nas diversas categorias de trabalho.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) é um dispositivo de organização da rede do SUS para ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador que oferece retaguarda especializada para o atendimento e o cuidado à saúde do trabalhador.

A prática do psicólogo nessa área parte do proposto pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), que, em convergência com os princípios do SUS, explicita as questões éticas e políticas da atuação em saúde do trabalhador:

Atuando no âmbito público, os profissionais da área de Saúde do Trabalhador no SUS [...] são representantes do Estado, e, enquanto tais, têm o dever de proteger o lado mais frágil dessa relação. Para isso, devem estar atentos às condições de qualquer tipo de atividade laboral (formal ou informal) que possa representar riscos para a saúde dos trabalhadores, independentemente de que, para o seu equacionamento, sejam necessárias ações que se oponham aos interesses dos empregadores. (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010, p. 40)

No entanto, na maioria das vezes, quando o trabalhador procura atendimento, ele já tem uma larga trajetória de contato com profissionais de saúde que tendem a suspeitar da veracidade da dor física ou do sofrimento relatado (KEPLER et al., 2011) – muitos deles inapreensíveis em exames laboratoriais. O que implica afirmar que, infelizmente, apesar do acúmulo de informações sobre os problemas que afetam a saúde do trabalhador, expostas no documento publicado pelo Crepop (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010), ainda há profissionais que insistem em camuflar a tensão, escolhendo o caminho que lhes parece mais fácil, que é de reputar “fingido” o trabalhador queixoso.

A pergunta que subjaz é: por que o trabalhador “fingiria”, se as condições de trabalho fossem decentes?⁵ Entendemos esse tipo de trabalho como um ideal que é obstado pela dinâmica da lógica capitalista. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (apud FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 236), decente é:

um trabalho produtivo e adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, sem quaisquer formas de discriminação e capaz de garantir uma vida digna a todas as pessoas que vivem do seu trabalho.

Se existir, talvez o “fingimento” seja uma forma de resistência do trabalhador às condições laborais opressoras, ou seja, uma forma de responder a uma lógica perversa, a que o adoecimento é um dos modos de o trabalhador se inserir e ter acesso a seus direitos sociais (CARRETEIRO, 2001). Entretanto, nem esse modo de formular a pergunta nem a possível resposta aparecem no universo cultural desses acusadores.

⁴ Entende-se por ideologia: “As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios de produção material dispõe também dos meios da produção espiritual. As ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação” (MARX; ENGELS, 2007, p. 47).

⁵ De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT): “O Trabalho Decente é o ponto de convergência dos quatro objetivos estratégicos da OIT: o respeito aos direitos no trabalho (em especial aqueles definidos como fundamentais pela Declaração Relativa aos Direitos e Princípios Fundamentais no Trabalho) e seu seguimento adotado em 1998: (i) liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; (ii) eliminação de todas as formas de trabalho forçado; (iii) eliminação efetiva do trabalho infantil; (iv) eliminação de todas as formas de discriminação em matéria de emprego e ocupação; a promoção do emprego produtivo e de qualidade, a extensão da proteção social e o fortalecimento do diálogo social” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2012).

Ainda quanto à suspeita de fingimento que paira sobre o trabalhador, Barreto (2003) inverte os pesos e as medidas dessa equação e denuncia o sentimento de humilhação dos trabalhadores em situações de avaliação por peritos do INSS ou por médicos dos setores de medicina do trabalho nas empresas, que desconfiam da veracidade do que lhes é relatado. É comum que a desconfiança sobre a queixa do trabalhador se transforme em sentimento de humilhação: “uma modalidade de angústia disparada pelo impacto traumático da desigualdade de classes” (GONÇALVES-FILHO, 1998, p. 11).

Segundo as diretrizes do Crepop (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010, p. 18), o profissional que atua no serviço público de saúde deve dar prioridade ao atendimento do trabalhador e não à produtividade da empresa. Trata-se de uma alerta ao profissional de saúde:

a vivência e o saber dos trabalhadores também assumem importante papel nas estratégias para se conhecer e transformar a realidade, na forma de interpretar o adoecimento e organizar os serviços de saúde para operar sobre essa realidade.

Assinala-se aqui o princípio irrevogável que deve reger a atuação do profissional na área de saúde e trabalho: dar voz ao trabalhador sem se refugiar em julgamentos de valor.

Nesse processo de dar voz ao trabalhador, deparamos com uma queixa que fica no limiar entre o discurso da vítima – respaldado na posição de quem não tem responsabilidade por seu próprio processo de saúde-adoecimento-cuidado – e o sentimento de culpa – entre o dito e o não dito, o vocabulário de alguns trabalhadores deixa entrever uma tendência a se culpar por ter adoecido (KEPLER et al., 2011).

Essa contextualização do tipo de sofrimento que aparece na queixa do trabalhador apoia esta discussão sobre as dimensões éticas, políticas e estéticas que deveriam pautar a atuação do profissional da saúde: problematizar a queixa que, no primeiro contato do profissional com o usuário, aparece como sofrimento individualizado e que subsidia o fato de que o próprio trabalhador tende a se culpar por ter adoecido. O que se transforma em um imenso desafio: como oferecer um acolhimento em que não haja, explícita e/ou implicitamente, um juízo moral que culpa o usuário por ter adoecido? Como o profissional de saúde pode criar estratégias para problematizar o processo pelo qual o próprio trabalhador se culpa por seu adoecimento? Como transformar a culpa do trabalhador em responsabilidade no cuidado de si e, assim, posicioná-lo, juntamente ao profissional de saúde, como questionadores das más condições de trabalho? Como imprimir um modo de conceber o trabalhador como sujeito criativo no trabalho e na vida?

Há alguns encaminhamentos para essas questões: o atendimento deve estar pautado no fato de que o trabalhador é a pessoa mais adequada para falar sobre sua experiência e tem direito a todo o tipo de informação sobre seu problema (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010). O atendimento deve ser partilhado entre usuário e profissional do serviço de saúde, ou seja, o trabalhador pode construir o atendimento junto aos profissionais e ter uma postura ativa e participativa, com vistas à sua autonomia na defesa de sua integridade física e psíquica (MENDES; DIAS, 1991). Outro ponto importante é que o atendimento oferecido pelos funcionários do Cerest deve se pautar em estratégias que evitem o isolamento do sujeito e concorram para a partilha de experiências por meio da criação de grupos de acolhimento para potencializar a capacidade de enfrentamento dos problemas, sejam relacionados à luta por melhores condições de vida, saúde e trabalho, sejam referentes ao controle social – a participação no controle da qualidade do atendimento prestado pelos profissionais dos serviços de saúde.

O objetivo deste artigo é apresentar e analisar a experiência, em um Cerest paulista, de um grupo de acolhimento – informalmente chamado Grupo dos Novos – coordenado e observado por estagiárias do 4º e do 5º anos de Psicologia em 2010 e 2011. A criação desse grupo visava promover um espaço de acolhimento em grupo ao trabalhador que procura, pela primeira vez, ajuda dos profissionais do equipamento de saúde.

Neste relato, apresentamos nosso posicionamento ético, político e estético na área da saúde do trabalhador, com suas limitações e potencialidades no contexto da sociedade capitalista; as perspectivas e as constatações da experiência de estágio no Cerest; e o histórico do Grupo dos Novos como estratégia de acolhimento e seus efeitos na equipe da unidade, nos usuários e nas estagiárias. Nas considerações finais, discutimos limites e potencialidades da experiência com grupos no sentido de produzir um novo modo de acolher o usuário e dar um primeiro passo na quebra da lógica de organização dos serviços centrada na figura do médico.

Procedimentos metodológicos

Este texto parte do pressuposto de que é imprescindível articular a produção de conhecimentos e a experiência. Para escrevê-lo, reuniram-se a supervisora de estágio (a primeira autora), uma das estagiárias, que teve a ideia de tornar público o que aconteceu na prática de estágio (a segunda autora) e o preceptor, que, no período transcorrido, acumulava as funções de coordenador e psicólogo do serviço (o terceiro autor do texto). No que tange às atividades desenvolvidas pelas estudantes, havia momentos em

que elas pesquisavam os documentos e a história do equipamento, observavam a dinâmica institucional e visitavam sindicatos para conhecer o entorno e divulgar os serviços oferecidos pelo Cerest. Em outros momentos, participavam do grupo de discussão e de estudos em saúde e trabalho, de reuniões individuais e em grupo com o pessoal do serviço e de supervisões, sempre sob a supervisão da professora e do preceptor. Mensalmente, as estagiárias entregavam diários de campo individuais e juntas elaboravam dois relatórios por ano, em que referiam as atividades realizadas (BOCCHI et al., 2010; KEPLER et al., 2011). Todos os autores leram os materiais escritos e analisaram o que se repetia, o que se sobressaía e o que era inovador no resultado final da produção escrita. É dessa elaboração coletiva que trata este relato de experiência.

Premissas e referencial: uma tomada de posição política do profissional em Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é uma prática que nasce dos movimentos sociais e dos trabalhadores, na Itália, durante a década de 1960, em uma conjuntura em que “os trabalhadores explicitam sua desconfiança nos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais de saúde” (MENDES; DIAS, 1991, p. 346).

Trata-se de uma lógica cuja premissa é o empoderamento dos trabalhadores com relação a sua própria saúde e, nesse contexto, o profissional se posiciona como aliado e dá ao trabalhador o lugar de protagonista desse cuidado. Um claro exemplo disso é um dos principais lemas dos trabalhadores naquele momento histórico – “não delegar”, seja ao patrão ou ao profissional da saúde.

A discussão da relação entre saúde e trabalho se insere em um projeto político mais amplo, com uma perspectiva de classe que revela a posição dos profissionais da saúde como aliados da classe trabalhadora. Essa opção baseia-se em princípios éticos e políticos, ou seja, o profissional de saúde se reconhece como um trabalhador inserido nesta sociedade cindida em classes e que também sofre o impacto desses interesses distintos. Ciente desses princípios, a prática do profissional seria coadjuvante à daqueles que, como ele, são explorados, ao invés de reproduzir a lógica dominante agindo como colaborador da manutenção da ordem vigente.

No Brasil, as discussões sobre saúde do trabalhador emergem no fim da década de 1970, influenciadas pelo Modelo Operário Italiano, em um período de abertura política e crescimento dos movimentos sociais e sindicais que depois culminariam na redemocratização do país e na Constituição de 1988 (CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2010). Acompanha esses

debates uma série de outras discussões no âmbito da saúde pública que resultariam na criação do SUS. Apesar de constar na Constituição de 1988 que compete ao SUS realizar ações de saúde do trabalhador, só em 2002 o Ministério da Saúde fomenta uma política de implantação dessas unidades especializadas na atenção e no cuidado à saúde do trabalhador.

É em uma dessas unidades especializadas que o corpo do trabalhador se mostra alquebrado, testemunho de que se ultrapassaram seus limites corporais e psíquicos para adaptá-lo às exigências do mundo da produção. Um corpo que já adoeceu ou está prestes a adoecer em consequência da intensa exigência da reestruturação produtiva e do aumento do desemprego. Segundo Harvey (2005), o desemprego é inerente às crises cíclicas próprias do sistema capitalista, e Martins (2002) afirma que, na atualidade, cada vez mais o trabalhador é aquele que procura trabalho. Em função das pressões do modelo de excelência e do conseqüente medo do desemprego, o trabalhador aceita condições de trabalho insalubres para manter seu emprego e incorpora valores de uma cultura que tende a individualizar o sofrimento. É o que Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010, p. 240) denominam psicopatologia da precarização, que se refere “aos quadros paranoides não psicóticos cada vez mais encontrados na prática dos serviços de saúde que atendem trabalhadores” e a alguns transtornos mentais relacionados à violência contida na precarização social e do trabalho, pela qual muitos se aproximam de uma neurose da excelência que:

Constituem o produto de um clima organizacional de desconfiança, incerteza e intimidação em que o controle se configura como vigilância que não tem trégua. Os medos se multiplicam e criam um estado de tensão e alerta permanentes, no qual o trabalhador tem vivências de estar sempre sob ameaça, sujeito a ciladas, isolado, silenciado e sem poder confiar em ninguém. (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 240)

Nesse sentido, nossa proposta de trabalho é de inspiração marxiana (MARX, 1974; MARX; ENGELS, 2007) – valendo-se também de conceitos e práticas da análise institucional (PASSOS; BARROS, 2000) – e problematiza os limites da atuação em saúde do trabalhador em um contexto de exploração da força de trabalho na sociedade capitalista. Trata-se de problematizar o atendimento de profissionais de saúde aparentemente com pouca habilidade para cuidar desse tipo de sofrimento e de médicos que ocupam espaços de decisão e são os responsáveis pela elaboração de laudos que dispõem sobre o afastamento remunerado em casos de acidente e/ou adoecimento do trabalho.

A experiência de estágio no Cerest

A unidade do Cerest da Baixada Santista, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Santos e protagonista deste relato, foi uma das primeiras criadas no Brasil, no início da década de 1990, quando os movimentos de redemocratização e sanitário impulsionaram diversas iniciativas pioneiras e de vanguarda, como a criação de uma unidade de saúde do trabalhador dentro do SUS, integrando a assistência à saúde com a vigilância dos ambientes de trabalho. Com o passar dos anos e as alterações na gestão pública, em níveis municipal, estadual e federal, houve muitas mudanças na equipe e na linha de atuação nesse equipamento de saúde, enfraquecendo essa integração.

No período em que se desenvolveram as atividades de estágio, a equipe do Cerest era composta por dois médicos do trabalho, dois enfermeiros, dois psicólogos, uma fonoaudióloga, um engenheiro, um médico sanitário, três funcionários administrativos e uma auxiliar de limpeza. Duas equipes de estágio cumpriam rotina semanal de atividades e, além da equipe do curso de Psicologia, havia uma professora supervisora do curso de Terapia Ocupacional com quatro estagiárias do 4º ano cujas atividades ocorriam três vezes por semana.

A assistência aos trabalhadores ficava a cargo dos dois médicos do trabalho, da fonoaudióloga e dos psicólogos, e o restante da equipe se dedicava à vigilância dos ambientes de trabalho.

Cabe ressaltar, então, que a porta de entrada dos trabalhadores ficava a cargo dos dois médicos do trabalho, que reservavam um dia por semana para atender os novos usuários que procuravam o serviço. E diga-se que só se abriam prontuários se um médico estabelecesse nexos causais entre o adoecimento e o trabalho. Em caso contrário, os usuários voltavam para casa desamparados, sem registro no serviço e sem a possibilidade de ter contato com os demais profissionais da unidade.

O estágio curricular do curso de Psicologia aconteceu durante os anos de 2010 e 2011 e contava com a supervisão de uma professora da universidade e com a preceptoria do psicólogo que na época ocupava o cargo de coordenador do Cerest. Em 2010, a equipe era composta por quatro estagiárias do 5º ano e, por se tratar de estágio profissionalizante, as atividades eram diárias. Em 2011, a equipe tinha duas estagiárias do 4º ano, que iam à unidade uma vez por semana, e duas do 5º ano.⁶

Nesses dois anos, observamos que os sindicatos e os próprios usuários desconhecem os equipamentos de saúde da região, assim como os serviços prestados pelo Cerest, o que dificulta a intra e a intersectorialidade, princípios fundamentais para a saúde do trabalhador no SUS. Logo, incluímos na proposta de estágio atividades de divulgação interna dos serviços prestados pelo equipamento (ou seja, para o usuário da unidade) e divulgação externa, por meio de um planejamento de visitas aos sindicatos da região. No primeiro semestre de 2011, foram visitados dez sindicatos na cidade de Santos, e a maioria deles não sabia da existência de um equipamento especializado no atendimento à saúde do trabalhador e desconhecia seus objetivos. Nessas visitas, as duas estagiárias do 4º ano entregaram folhetos de divulgação sobre serviços prestados pelo Cerest e convidaram representantes sindicais a visitar a unidade, o que infelizmente não aconteceu.

Quanto à divulgação interna, para o usuário que procura atendimento no Cerest, as estagiárias de 2010 observaram que, além de desconhecer as atividades desenvolvidas no equipamento, os trabalhadores que buscavam ajuda já haviam percorrido diversos equipamentos de saúde, postos de atendimento da Previdência e setores ligados aos direitos trabalhistas, mas encontraram mais obstáculos do que soluções para seu problema, o que desencadeava um sentimento de impotência e frustração (BOCCHI et al., 2010). Segundo uma dessas estagiárias, o trabalhador comparece cansado, como se atravessasse uma “saga” que, muitas vezes, revela a luta inglória frente à dificuldade para ser atendido com respeito e dignidade pelos profissionais dos vários setores do sistema. Isso pode se dever à falta de informações e à desconexão entre os setores e até à contradição entre o que dizem os profissionais que trabalham nessas instituições. Também merece destaque o uso de termos técnicos pelos profissionais de saúde e que frequentemente estão muito longe do vocabulário do usuário, o que dificulta a compreensão dos possíveis encaminhamentos aos problemas que atravessam a vida do trabalhador.

Todos esses fatores apontam uma fragmentação entre as diferentes instâncias que operam no cuidado e na atenção ao trabalhador: acesso aos benefícios e aos afastamentos do trabalho associados ao INSS por meio do Ministério da Previdência Social; esclarecimentos sobre direitos supostamente garantidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego, mas de que os trabalhadores não usufruem; e os dispositivos de

⁶ Quando decidimos escrever este texto, as quatro estagiárias de 2010 (Amanda Fernandez, Brenda Bocchi, Lígia Shimura e Solema Valverde) já estavam formadas e fora da universidade. Todas as estagiárias de 2011 (Isabel Kepler, Janaína Hirata, Paola Albertin e Thays Brenner) foram convidadas a participar da produção escrita, mas apenas uma delas se dispôs a escrever. Cabe ressaltar que a ideia de produção deste texto foi de uma das estagiárias, que é a segunda autora deste relato.

atenção e cuidado à saúde por meio do SUS. O trabalhador chega ao Cerest tendo experimentado essa fragmentação e tem dificuldades de ver como um todo o processo que atravessa sua vida. Em outras palavras, estão obstadas as potencialidades das ações intra e intersetoriais em saúde do trabalhador, das quais eles poderiam usufruir para atenuar seu sofrimento e mal-estar. Ao contrário, essas experiências podem acentuar o cansaço, a sensação de desamparo e o processo de adoecimento do trabalhador.

Outro agravante diretamente relacionado à dificuldade de articulação intra e intersetorial da saúde do trabalhador é que as unidades do Cerest estão sendo subutilizadas por trabalhadores que precisam desse atendimento. Na unidade onde transcorreu o estágio, praticamente não havia filas de espera e muitas vezes os profissionais de saúde ficavam ociosos.

Grupo dos novos: o acolhimento como estratégia de cuidado à saúde do trabalhador

Ao observar a organização dos atendimentos, as estagiárias do curso de Psicologia de 2010 propuseram o projeto Grupo dos Novos, recuperando uma estratégia para garantir o acesso universal por meio de um grupo de acolhimento. Surgida na década de 1990, a ideia foi da então psicóloga do Cerest, que se encontrava com os trabalhadores depois da entrevista de triagem com os médicos do trabalho. Quase 20 anos se passaram até que, pesquisando antigos documentos do equipamento, duas estagiárias do ano de 2010 encontraram o registro dessa experiência (BOCCHI et al., 2010).

O objetivo do Grupo dos Novos era prover um espaço de acolhimento em grupo ao trabalhador que procura pela primeira vez ajuda dos profissionais do equipamento de saúde. No ano de 2010, as estagiárias desenharam um projeto pelo qual os usuários eram abordados na sala de espera e convidados a participar do grupo em outro dia da semana. O processo não logrou muito êxito porque os usuários dificilmente voltavam no dia marcado.

O que se relata aqui é a inovação proposta pelas estagiárias de 2011. O grupo ocorria antes e no mesmo dia do atendimento dos médicos, da seguinte forma: o usuário marcava a consulta médica, pessoalmente ou por telefone, com os funcionários administrativos da recepção. O agendamento era feito duas vezes por semana, às terças-feiras pela manhã e às quartas-feiras à tarde. Havia, então, dois Gru-

pos dos Novos por semana, uma hora antes do atendimento da triagem. No ano de 2011, os encontros grupais aconteceram durante os meses de março e novembro, perfazendo aproximadamente 60.

O roteiro das atividades era o seguinte: enquanto estavam na sala de espera para a entrevista de triagem com os médicos do trabalho, os usuários eram convidados pelas estagiárias a participarem do grupo com a seguinte pergunta: “Você gostaria de participar de um grupo de troca de experiências que discutirá as relações entre saúde e trabalho?” Uma das estagiárias encaminhava os trabalhadores que concordavam em participar para uma sala mais reservada da unidade, onde eram recepcionados por outra estagiária e convidados a se sentar em cadeiras dispostas em círculo, instaurando uma roda de conversa. Os usuários eram informados de que, assim que o médico começasse a triagem, cada um deles seria chamado, por ordem de chegada à unidade, para atendimento individual. Um funcionário ou uma estagiária avisavam quando o usuário deveria sair do grupo para fazer a entrevista de triagem e o convidava a voltar tão logo fosse liberado pelo médico.

Em 2011, cada grupo era composto por duas estagiárias do curso de Psicologia e por usuários que seriam atendidos pela primeira vez no Cerest. O número de participantes no grupo dependia do número de pacientes agendados no dia e variava de 3 a 8. As estagiárias se revezavam como coordenadora e observadora dos grupos.⁷ Tratava-se de observação participante, e a estagiária podia fazer breves considerações e intervenções durante o trabalho do grupo e anotações esporádicas em um diário de campo. A coordenadora devia facilitar as relações e as trocas entre os integrantes do grupo e estimular as discussões sobre o papel da organização do trabalho no adoecimento do trabalhador.

A partir do que contavam os trabalhadores, as estagiárias localizavam pontos centrais a serem desenvolvidos na roda de conversa. Essa segunda etapa tinha um caráter informativo, no qual as estagiárias contribuíam com esclarecimentos sobre as relações entre saúde e organização do trabalho e direitos trabalhistas e previdenciários (afastamento, acidentes de trabalho, tipos de benefício, perícia, aposentadoria etc.), que eram apresentados conforme emergiam as questões disparadas pelos usuários no encontro e ao longo da discussão. Em seguida, eram informados sobre as atividades oferecidas no Cerest (atendimentos individuais de profissionais da medicina, psicologia e terapia ocupacional, atividades grupais, acompanhamento do processo de afastamento, atividades de prevenção, possíveis encaminhamentos

⁷ Em um dos dias da semana, participava também, como observadora, uma estagiária do 4º ano de Terapia Ocupacional.

para atendimentos ambulatoriais e exames médicos, avaliação fonoaudiológica e serviços de vigilância). Se houvesse interesse dos participantes, as estagiárias informavam os horários em que aconteciam essas atividades durante a semana na unidade.

A terceira etapa era o incentivo para que os trabalhadores trocassem experiências sobre sua trajetória de vida. Trata-se da partilha do sensível⁸ (RANCIÈRE, 2009), que atravessa diversas dimensões: primeiramente, permite que, a partir da escuta de outros trabalhadores, compreendam-se alguns fatores sociais que desencadeiam o processo de adoecimento, ensejando que se inverta a lógica que individualiza as situações de exploração e que pode imputar a culpa ao trabalhador. Nesse sentido, os trabalhadores podiam compartilhar queixas muitas vezes comuns ou próximas. Depois, possibilita que os trabalhadores criem estratégias coletivas que potencializam o enfrentamento da opressão e da exploração no ambiente de trabalho, ou seja, fazem emergir estratégias criativas e eficazes de resistência à exploração e, assim, partilham experiências no sentido de desconstruir a solidão e a impotência frente a situações opressivas. Isso favorece a ampliação das formas de o trabalhador agir e reagir frente ao sofrimento proveniente do mundo do trabalho e alarga sua percepção das situações que vive e das estratégias para enfrentá-las. E isso não é pouco, visto que, como alerta Carreteiro (2003), há na cultura contemporânea uma tendência a encobrir certos sofrimentos sociais que, assim, permanecem invisíveis para grande parte da população. A autora caracteriza esses sofrimentos sociais como humilhação, vergonha e falta de reconhecimento, e eles são invisíveis porque, na trajetória de vida dessas pessoas, há um processo de silenciamento de suas necessidades e desejos, advindo das dificuldades de inscrição positiva nas instituições sociais (moradia, escola, saúde, trabalho, segurança, lazer etc.). Ao relatar sua experiência clínica, Rosa (2002, p. 11) afirma a potencialidade da escuta que rompe a invisibilidade e o silenciamento: “Penso assim pela facilidade com que, muitas vezes, algumas situações de escuta fazem surgir ali, onde parecia haver apenas vidas secas, o sujeito desejante, vivo”.

Outro ponto a destacar é que talvez esse momento de troca de experiências seja uma boa oportunidade para o trabalhador sair da posição de vítima e, quiçá, perceber-se também como responsável pelas escolhas que fez e que ainda poderá fazer no decorrer de sua vida – é a assunção da posição de sujeito desejante e criativo.

Essas três etapas do processo do grupo não eram estanques, tampouco garantidas em todos os encontros ou para todos os participantes, pois eles podiam ser chamados para a entrevista de triagem a qualquer momento e cada grupo tinha uma especificidade construída pela singularidade dos encontros produzidos a cada dia.

Ressalte-se que não usamos gravador ou qualquer dispositivo eletrônico para o registro das atividades realizadas. Portanto, alertamos para possíveis limitações de nossa discussão dos resultados, apresentadas no próximo item, uma vez que todos os dados fazem referência às observações das estagiárias e ao material produzido nas supervisões, com a presença do preceptor e do supervisor, devidamente transcrito nos diários de campo e relatórios semestrais de estágio.

Discussão dos resultados

Entende-se que o Grupo dos Novos deu um primeiro passo na quebra da lógica de organização dos serviços centrada na figura do médico, o que se aproximou da proposta de acolhimento como uma tecnologia de organização dos serviços de saúde que garante o acesso universal, a reorganização do processo de trabalho e a qualificação da relação trabalhador-usuário (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999). Quando se fala nessa forma de organização dos serviços, é preciso compreender a concepção de saúde que pauta as ações de cuidado.

A despeito das diretrizes do SUS, a lógica dominante hoje é a de uma prática em saúde que visa tornar o sujeito apto a trabalhar e que muitas vezes recorre à medicamentação do sofrimento. Além disso, está preocupada com metas de atendimento e formas não só de baratear a atenção em saúde, mas também de obter lucro – como vemos explicitamente na relação com a indústria farmacêutica. Destarte, tanto as instituições responsáveis pela formação dos profissionais, quanto a organização dos serviços tendem a responder o mais rápido possível às demandas contemporâneas da produtividade, desconsiderando as perdas humanas. Muitas vezes, os usuários chegam ao serviço imersos nessa lógica, ansiosos por uma resposta rápida e concreta para seus problemas. Assim, procuram o atendimento médico e tudo o que ele significa: a receita médica, a emissão de laudos, o diagnóstico, o prognóstico e os encami-

⁸ Para Jacques Rancière (2009), no cerne do político está a possibilidade de partilhar e produzir o comum entre sujeitos que têm diferentes funções, tempos, papéis e ocupam lugares diferentes na sociedade. Nas palavras do autor: “Denomino partilha do sensível o sistema de evidências sensíveis que revela, ao mesmo tempo, a existência de um comum e dos recortes que nele definem lugares e partes respectivas. Uma partilha do sensível fixa, portanto, ao mesmo tempo, um comum partilhado e partes exclusivas. Essa repartição das partes e dos lugares se funda numa partilha de espaços, tempos e tipos de atividades que determina propriamente a maneira como o comum se presta à participação e como uns e outros tomam parte nessa partilha” (RANCIÈRE, 2009, p. 15).

nhamentos necessários, que, na maioria dos casos, significam a única possibilidade de afastamento remunerado do trabalho.

O Grupo dos Novos objetivou se posicionar contra essa lógica, construindo uma prática que desse prioridade ao acolhimento não individualizante do sujeito e valorizasse suas potencialidades criativas.

Por haver apenas um encontro com cada grupo, estávamos sempre trabalhando com a imprevisibilidade, pois a cada vez eram novos trabalhadores, com novas histórias e singularidades. A cada situação que emergia, buscava-se aprimorar as intervenções, explorando questões que apareciam com mais frequência, o que aproximava o Grupo dos Novos das discussões do “grupo como dispositivo [...] [que] instaura rupturas nas tendências totalizadoras, unificadoras e naturalizadoras e abre possibilidades para novos processos de singularização” (BARROS, 1994, p. 152). A função desse dispositivo é criar estratégias e modos de funcionamento a partir daquilo que emerge do encontro singular entre pessoas que procuram ajuda. O espaço estava aberto a todos os participantes de modo a não impedir as contradições e os conflitos e a propiciar o ato criativo que pode surgir do coletivo: “o que interessa em um grupo é como ele funciona, o que ele dispara e faz fazer” (BARROS, 2007, p. 34).

Esses apontamentos nos aproximam das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010, p. 6), que destacam o acolhimento como ação de “estar perto de”, “estar com”, em uma atitude de inclusão. Trata-se das dimensões éticas, estéticas e políticas do acolhimento:

[...] ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; [...] estética porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; [...] política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

As atividades desenvolvidas no Grupo dos Novos e o encontro com todos aqueles trabalhadores que chegavam ao serviço pela primeira vez permitiu construir um perfil geral dos trabalhadores: a maioria vinha do setor de serviços e do Porto de Santos.

A partir desse panorama, produzimos dois desdobramentos das experiências com o grupo de acolhimento. O primeiro foi o de trabalhadoras de uma mesma fábrica, que começaram a aparecer com frequência. Isso fez com que as estagiárias, no decorrer das discussões de supervisão, acionassem os profissionais da vigilância do ambiente de trabalho.

Organizou-se um encontro entre trabalhadoras dessa fábrica, o preceptor do serviço, uma funcionária do setor de vigilância e as estagiárias a fim de compreender, em um esforço conjunto, as relações entre as condições de trabalho e os adoecimentos.

Outro desdobramento foi a criação do projeto Grupo por Categoria de Trabalho. Notando uma frequência maior de trabalhadores em serviços de limpeza e queixas recorrentes sobre suas condições de trabalho, começamos a discutir, em supervisão, o que seria comum entre os relatos das trabalhadoras, marcados por discursos individualizantes. Houve um encontro desse grupo e foram discutidos e mapeados os pontos mais agudos das condições de trabalho ligadas a problemas de saúde.

Os efeitos do Grupo dos Novos na equipe de saúde

Percebemos que, devagar, mas constantemente, a equipe de saúde ia reconhecendo a importância do Grupo dos Novos para a melhoria do atendimento e do acolhimento ao usuário. Como parte dessa conquista, foi possível antecipar, no dia da triagem, o horário de chegada dos pacientes para aumentar o tempo de grupo. Esse adiantamento foi negociado com a equipe do serviço, e contávamos com o apoio do funcionário da recepção. Assim, houve uma intervenção direta no processo de trabalho dessa unidade, o que significou incorporar o grupo no processo de triagem, e não só “encaixá-lo” nos horários disponíveis na instituição. Como alertam Duarte et al. (2006, p. 86), trata-se de conceber o acolhimento “como um dispositivo de participação que vai muito além da mera recepção do usuário”. Nesse sentido, acrescentamos previamente ao processo de triagem uma estratégia de intervenção em grupo, na medida em que buscamos melhorar a resolução dos problemas apresentados e resgatar a horizontalidade das relações no serviço. Segundo Franco, Bueno e Mehry (1999), o acolhimento deve garantir a acessibilidade universal e se contrapor à verticalidade da organização do trabalho na unidade de saúde, e nossa proposta no estágio era questionar também a centralidade da figura do médico em um processo de atendimento que é – ou deveria ser, inclusive de acordo com o próprio SUS – o de uma equipe interprofissional.

Um dos limites do nosso grupo foi a pouca articulação com a equipe do serviço, o que inviabilizou a construção de uma perspectiva mais ampla na política de acolhimento, pois este “só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe” (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999, p. 351).

Não conseguimos envolver os funcionários administrativos para acompanharem conosco as atividades do grupo. Tratava-se de capacitá-los em serviço para que, concluído o estágio, que acontecia anualmente, eles seguissem com a prática do acolhimento em grupo. Esse foi um erro que não tivemos tempo hábil para corrigir, pois há sempre o risco de a equipe de estagiários sobrepor tarefas e até mesmo ocupar o lugar dos trabalhadores em ações que são responsabilidade do serviço. Assim, deixamos escapar a possibilidade de apoiar a equipe de saúde no sentido de concorrer para a formação de seus funcionários.

No que tange aos médicos, compreendíamos algumas diferenças na concepção de atuação e na proposta do serviço e notávamos constantemente as consequências dessas diferenças: por exemplo, a não abertura de prontuários quando o médico não reconhecia nexos causais entre o adoecimento e o trabalho. Sublinhe-se que a abertura do prontuário é o único meio de formalizar a passagem do trabalhador pelo serviço e também um dispositivo que possibilita um contato posterior para convidar o usuário a participar das atividades de prevenção e educação em saúde, que deveriam ser oferecidas pelo equipamento. Nossa hipótese é a de que isso se deva a uma cultura que cristalizou a ideia de que a função central do médico é emitir laudos para facilitar o processo de afastamento do trabalhador. Assim, ele nem sequer considera a possibilidade de abrir um prontuário quando avalia que o trabalhador não conseguirá afastamento.⁹ Para mudar essa lógica, seria necessário que de fato se incorporassem outras atividades de prevenção e educação às ações do equipamento de saúde.

Nas reuniões de supervisão semanal entre estagiários, professor e preceptor, várias vezes planejamos formas de intervenção nos critérios para abertura de prontuários e para a discussão da relação entre saúde e trabalho. No que se refere à abertura de prontuários, o encaminhamento possível era quebrar a lógica que a atrelava ao nexo causal emitido pelo médico, e nossa proposta era que o prontuário fosse aberto para todas as pessoas que procurassem o Cerest. Infelizmente, não houve tempo hábil para a implantação dessa proposta durante o período do estágio, pois ela garantiria o acesso universal do usuário ao sistema, concretizando um dos princípios do SUS e das políticas de acolhimento (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

No que se refere às concepções da relação entre saúde e trabalho, várias vezes as estagiárias perceberam que o caso era grave e tinha relação direta com as

condições de trabalho e o médico não indicava a abertura do prontuário. Pusemo-nos então a pensar em propostas para sensibilizar os médicos para as questões do mundo do trabalho. Cogitamos abrir espaços para discutir esses casos com eles e com a equipe do serviço, mas essa estratégia também não foi posta em prática durante o período do estágio nessa instituição. As estagiárias conseguiram discutir um ou dois desses casos com os médicos, mas eram os já inseridos no sistema de prontuários na unidade.

Trata-se, sobretudo, de pôr em questão o fato do profissional de saúde precisar ser capacitado para atuar em Saúde do Trabalhador e, mais do que isso, considerar que ele também é um trabalhador e, portanto, precisa de cuidados com sua saúde no ambiente de trabalho. As reuniões com toda a equipe do serviço são fundamentais para o enfrentamento dos casos mais difíceis. Percebemos que a especificidade desse setor é ser porta de entrada para um trabalhador em sofrimento agudo, seja físico ou psíquico, o que desencadeia angústias em todos os profissionais da equipe. A importância de capacitá-los para a escuta e a conversa com o usuário está diretamente implicada na melhoria dos serviços prestados à população. Muitas vezes, a capacitação está ligada à importância da formação em serviço, cujo modelo defendido aqui inclui reuniões da equipe com a presença de supervisores externos a essa cultura cristalizada e instituída no equipamento de saúde. Hennington (2005, p. 262) alerta para esse ponto:

Esse homem, trabalhador de saúde, vive processos que interferem no acolhimento [...]. Refiro-me aos processos de reconhecimento de seu próprio trabalho, da percepção que tem de si como trabalhador, da representação de seu local de trabalho, das condições em que o realiza, da satisfação que pode obter dele. Incluo ainda sua preparação técnica e emocional, o espaço-tempo que destinará ao trabalho e ao atendimento, a disponibilidade para a escuta, para ser continente, identificar e ir além do que está sendo dito, aguardar para o espaço-tempo necessário à intervenção, sobre o quanto irá responsabilizar-se, [...], isso nada mais é que o trabalhador como um ser com necessidades, tanto quanto o usuário.

Outro ponto importante é a característica do próprio serviço público, em que há alta rotatividade dos profissionais devido a transferências para outras unidades, muitas vezes sem os consultar e sem verificar as reais necessidades dos serviços. O psicólogo que trabalhava como preceptor e que era também o chefe do serviço foi transferido à sua revelia para outra unidade de saúde, e a equipe da universidade também foi convidada a se retirar, o que inviabilizou

⁹ Uma evidência disso é que o afastamento pela Previdência só é facultado a trabalhadores formais, que pagam contribuição ao INSS. O SUS, no entanto, é universal, e todos têm direito a usá-lo, assim como o Cerest, a que todos os trabalhadores deveriam ter acesso, independentemente do tipo de trabalho que desenvolvem.

o prosseguimento das atividades de estágio em 2012. A não estabilidade dos profissionais do serviço público, muitas vezes devido a mudanças nas políticas de saúde do município, compromete a continuidade de projetos importantes.

Outra questão que merece reflexão é o fato das políticas públicas de saúde serem implantadas de forma hierarquizada, sem considerar a importância da capacitação, da participação e da estabilidade do funcionário no serviço. Parece comum na realidade de que é a universidade que leva propostas inovadoras de atuação em saúde para os serviços, mas estas dependem da aprovação e da disponibilidade das coordenadorias e das chefias no momento. No caso específico do nosso estágio no Cerest, o trabalho de dois anos não teve continuidade em função da posição política das chefias que assumiram no final de 2011.

Impactos do Grupo dos Novos nos usuários

Quanto ao impacto do Grupo dos Novos nos usuários, o resultado positivo mais imediato foi que eles passaram a ficar menos tempo na sala de espera, expostos a uma programação televisiva, pois tinham a opção de participar de um grupo que discutia assuntos de seu interesse. É claro que o usuário podia se negar a participar, mas muitos participaram e obtiveram informações importantes sobre a relação entre saúde e trabalho. Talvez o resultado mais importante – visível no relato dos que depois tinham oportunidade de falar sobre a experiência com o grupo – tenha sido a produção de uma nova compreensão sobre seu adoecimento, não mais tão individualizada, mas sim articulada às condições de trabalho. Mais do que isso, eles exercitaram o lugar de sujeito no processo saúde-doença e cuidado como a pessoa mais importante para falar sobre seu modo de andar a vida e cuja participação no grupo era estimulada e valorizada. Trata-se de ver o usuário como portador de direitos (PIMENTEL; BARBOSA; CHAGAS, 2011) e como centro de toda a organização do serviço de saúde.

A experiência com grupos nos permitiu identificar questões recorrentes nas condições de trabalho dos usuários. Entre elas, a angústia de estar doente e ter que cuidar da saúde e de questões legais com o INSS, a perícia e os benefícios; a pressão do empregador e às vezes até dos colegas, considerando que seu afastamento do trabalho implica mais tarefas para os demais, que precisam suprir as demandas em sua ausência; a cobrança e a autoexigência em relação ao resultado de seu trabalho no âmbito familiar e profissional; o sentimento de culpa por ter adoecido; a sensação de impotência por conta da

dor física, invisível para os outros; a desconfiança sobre o adoecimento, seja por parte de peritos, colegas de trabalho e mesmo familiares; o sentimento de humilhação; a falta de controle sobre o processo de trabalho e a submissão peremptória aos encarregados da produção; o medo de perder o emprego e, conseqüentemente, dos seus direitos sociais, visto que, no Brasil, “a maioria efetiva dos direitos sociais vincula-se à condição de ser trabalhador” (CARRETEIRO, 2001, p. 91).

Nesse sentido, outro aspecto positivo da experiência do estágio foi que, quando aproveitava o momento do grupo, o trabalhador já exercitava um pouco a fala sobre sua própria queixa e, indiretamente, preparava-se para a consulta, de modo a apresentar-se menos ansioso e com mais clareza sobre informações, sintomas e experiências importantes a relatar ao médico. Isso também foi apontado por Duarte et al. (2006) como aspecto que estimula a continuidade das atividades dos grupos de acolhimento.

Um aspecto negativo do grupo foi o fato de alguns usuários se sentirem expostos ao ser instados a relatar o que se passava com eles. Houve o caso específico de uma mãe que, acompanhando a filha com problemas de saúde ligados ao trabalho, falou por ela, ocupando seu lugar e expondo situações que ela mesma talvez não expusesse. Nesse momento, percebemos a necessidade de manejar as relações que se apresentavam em grupo, de modo que os facilitadores passassem a direcionar o que se discutia, privilegiando temas que pudessem ser compartilhados, e não individualizados. Outro ponto era como fazer o convite de modo que o acompanhante também participasse das atividades sem tomar o lugar do acompanhado.

Uma contraposição a essa sensação de exposição foi o relato de alguns trabalhadores que afirmaram não ter abertura para falar com os familiares ou amigos sobre sua situação, o que os levou a perceber o grupo como um espaço de troca, em que se favorecia a fala. Os integrantes também exercitaram a escuta e, a partir dela, reconheciam-se em situações narradas por outro; alguns se identificavam silenciosamente, por meio de expressões faciais ou verbalizando o que foi possível compartilhar. Por exemplo, um dos participantes contou as condições de seu trabalho e as dificuldades de ter acesso a informações sobre seus direitos trabalhistas; imediatamente, outro integrante, que passara pela mesma situação, relatou modos de enfrentar essas dificuldades e indicou o nome de um advogado trabalhista. Em um caso desses, o próprio grupo pode ser um espaço de encaminhamento e partilha de informações entre os integrantes e, nesse sentido, é possível considerar também a dimensão terapêutica desse dispositivo grupal.

O impacto do Grupo dos Novos nas estagiárias

Um elemento interessante do impacto do Grupo dos Novos na formação das estagiárias e futuras profissionais de saúde foi a possibilidade de terem contato com a realidade do mundo do trabalho, conhecendo o cotidiano de diversas categorias e os efeitos da reestruturação produtiva na vida dos trabalhadores. Esses efeitos são muito pouco divulgados, considerando a visibilidade dada pelas mídias televisiva e impressa ao enriquecimento e ao desenvolvimento do país. As estagiárias perceberam que são condições de trabalho extremamente precarizadas que produzem sofrimento nos trabalhadores, que também sofrem com a instabilidade dos postos de trabalho frente ao aumento do desemprego na contemporaneidade.

Quanto à constituição do grupo, percebemos que foi possível oferecer uma experiência de coordenação não autoritária, mas sim facilitadora das relações entre os integrantes, de modo a dar visibilidade aos sofrimentos sociais advindos do mundo do trabalho. Ao escutar os trabalhadores, as estagiárias estimulavam a criação de estratégias que emergiam frente às dificuldades relatadas pelos participantes, escutando a voz do trabalhador não para individualizá-la, mas valorizando sua singularidade produzida na partilha do que era comum ao grupo.

Igualmente importante para a formação dessas futuras profissionais de saúde foi o exercício de articular acolhimento e intervenção em uma prática grupal, exercício esse que, além de muito árduo, lidava constantemente com o inesperado. Esse é um modo de conceber os processos de aprendizagem como momentos de invenção que não visa controlar o imponderável, mas criar a partir do imprevisível que se produz no encontro entre sujeitos (KASTRUP, 2008). Não tendo um tema predeterminado, o grupo exigia das estagiárias criatividade e prontidão para responder ao que emergia em cada encontro com os participantes.

As estagiárias também experimentaram a importância de não reduzir o atendimento à queixa explícita e ir além do dito e do não dito pelos integrantes do grupo. Nesse sentido, a especificidade da Saúde do Trabalhador exigiu pesquisa constante sobre conhecimentos em produção teórica em saúde, diretrizes do Ministério da Saúde, trâmites da Previdência Social e da legislação trabalhista. Essa articulação entre teoria e prática era objeto de debates coletivos nas supervisões com a professora da universidade e o psicólogo e preceptor do serviço.

Além disso, para o manejo dos grupos, as estagiárias tiveram que pesquisar produções teóricas em áreas como educação popular, processos grupais e análise institucional. No âmbito da educação popular, exercitaram o respeito à linguagem e ao vocabulário cotidiano do trabalhador, proposta das rodas de conversa de Paulo Freire (2007). No do processo grupal, trabalharam com os temas que emergiam do grupo e condiziam com a diretriz apontada por alguns grupistas, entre eles Regina B. de Barros (2007). Essa autora também sublinha a importância das contribuições da análise institucional: não conduzir o grupo como algo fechado em si mesmo, mas sim atravessado pela cultura, pelas relações de poder e por questões da própria instituição em que está inserido. Há que ter em conta a horizontalidade, a verticalidade e a transversalidade das relações construídas entre os integrantes do grupo.

No aspecto clínico, enfatiza-se a importância de uma supervisão constante não só do preceptor do equipamento e do professor da universidade, mas também de profissionais externos a essas instituições. Todos nós tínhamos contato direto com um sofrimento que advinha de situações de exploração de um capitalismo avançado e que produzia muita angústia. É fato que a angústia pode desencadear certa resistência na escuta, paralisando-a ao invés de sensibilizá-la. Nesse sentido, procuramos exercitar uma escuta transgressora dos fundamentos da organização social (ROSA, 2002). Devíamos estar atentos a uma resistência da nossa própria escuta frente ao conteúdo apresentado pelo trabalhador de modo que nossa intervenção não o aprisionasse na posição de vítima do sistema capitalista, mas desencadeasse a mobilidade de um sujeito criativo e desejante:

Nessas situações, a escuta supõe romper com o pacto de silêncio do grupo social a que pertencemos e do qual usufruímos; usufruto que supõe a inocência, a ignorância sobre as determinações da miséria do outro e a reflexão sobre a igualdade entre os homens quando, de fato, o que fazemos é excluí-los. (ROSA, 2002, p. 8)

A reboque desse aspecto, vêm as concepções do trabalho do profissional de saúde, e aqui discutimos a especificidade da Psicologia. Muitos desses profissionais não questionam o modelo de sua própria formação, marcada por uma concepção que reduz a função do psicólogo à de um clínico inserido em uma lógica particular, que ainda preza a pequena sala para atendimento individual dentro da instituição, que se isenta de analisar os fluxos e os processos de trabalho da unidade e, longe de problematizá-los, os naturaliza. Ao contrário disso, propusemos uma atuação mais progressista, que busca a formação de redes de cuidado interprofissional e intersetorial centrada no sujeito e não na doença, que valoriza atuações junto à equipe e problematiza a implicação do profissional nos serviços prestados pela instituição (PASSOS; BARROS, 2000).

Considerações finais

Essa experiência de estágio criou um modelo de atuação na área da saúde do trabalhador que problematizou o sentimento de culpa e a adesão ao lugar de vítimas dos usuários que procuraram o serviço nesse período. Assim, realocou-os como sujeitos de sua trajetória de vida, respeitando suas verdades, necessidades e demandas, que, devidamente escutadas e analisadas por profissionais preparados para o cuidado e a atenção integral ao usuário que procura ajuda, podem fortalecer a confiança entre profissional de saúde e usuário e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS à população.

Há que sublinhar a centralidade na figura do médico nessa unidade de saúde, pois é o motivo do agendamento pelo usuário e, infelizmente, é o que ainda organiza o trabalho nesse equipamento. A criação do Grupo dos Novos visou subverter essa lógica, com as estagiárias atuando na mediação entre o usuário e o médico e apresentando outras formas de atendimento e acolhimento praticadas no serviço.

Aos poucos, também fomos conquistando alguns espaços para a discussão dos casos e para avançar com outras ações em conjunto com os médicos, os funcionários administrativos e o serviço de vigilância. Quanto ao desafio de articular as equipes da universidade e de saúde e de enfrentar o processo de formação em serviço, consideramos que é importante cuidar para que as estagiárias não tomem o lugar dos trabalhadores do serviço. Nós incorremos nesse erro, pois perdemos a oportunidade de incluir

no grupo ao menos um deles. Antes de tudo, perdemos a chance de qualificá-los e prepará-los para darem alguma continuidade às atividades do grupo de acolhimento.

Apesar de mais difícil, o objetivo do grupo não era o de oferecer respostas prontas, mas levar seus componentes à reflexão e incentivar o ato criativo. Assim, situamos nossa experiência como um modo específico de trabalhar com educação em saúde que não se limita a divulgar programas do Ministério da Saúde ou ministrar palestras em que alguém que detém o conhecimento o transmitirá a outros que não o detêm. Trata-se de exercitar uma educação em saúde na qual o usuário é parte central do processo de produção de conhecimentos diretamente vinculados à sua experiência. Consideram-se a cultura, a região e a experiência do usuário na troca de conhecimentos e saberes (MEYER et al., 2006). Trata-se, por fim, de compreender que a despeito dessa ideologia individualizante, que culpabiliza o trabalhador por seu adoecimento, a despeito dessa organização de trabalho, que impõe aos trabalhadores condições extremamente precárias e adoecedoras, a despeito de uma lógica em saúde predominantemente focada em um atendimento técnico e pouco reflexivo, é possível criar espaços de resistência na prática em saúde, fortalecendo os trabalhadores para se tornarem sujeitos capazes de transformar sua própria história: “Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha, e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (MARX, 1974, p. 17).

Contribuições de autoria

Todos os autores participaram igualmente de todas as etapas.

Referências

BARRETO, M. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: Educ, 2003.

BARROS, R. D. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

_____. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e loucura* n. 4. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 145-154.

BOCCHI, B. et al. *Relatório de atividades do primeiro e segundo semestres no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador*. Santos: ago./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. O que entendemos por “acolhimento”?

In: _____. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2012.

CARRETEIRO, T. C. A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações sociais. In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Sofrimentos sociais em debate. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 14. n. 3, p. 57-72, 2003.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. Saúde do

- trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do psicólogo, 2010. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/saude_do_trabalhador_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.
- DUARTE, C. et al. Acolhimento em grupo: um dispositivo de participação à caminho da integralidade. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, 6., 2006, Local. *Resumos ampliados*. Local: Editora, 2006. p. 85-92. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_resumos_VI/livro_resumos_VIS_cap12_duarte.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2012.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais do trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.
- FREIRE, P. Pacientes impacientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Cadernos de Educação Popular e Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2012.
- GONÇALVES-FILHO, J. M. Humilhação: um problema político em psicologia. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11- 67, 1998.
- HARVEY, D. O “novo” imperialismo: sobre rearranjos espaciotemporais e acumulação mediante despossessão. *Margem Esquerda: ensaios marxistas*, São Paulo, n. 5, p. 33-43, maio 2005.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento com prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan./fev. 2005.
- KASTRUP, V. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. *Políticas da cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008.
- KEPLER, I. et al. *Relatório de atividades do primeiro e segundo semestres do estágio no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador*, Santos, ago./dez. 2011.
- MARTINS, J. S. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MARX, K. *O 18 Brumário e cartas a Kugelmann*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.
- MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- MENDES, R.; DIAS, E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.
- MEYER, D. et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da integralidade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *O que é trabalho decente*. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/o-que-e-trabalho-decente>>. Acesso em: 21 maio 2012.
- PASSOS, E.; BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.
- PIMENTEL, A.; BARBOSA, R.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 15, n. 38, p. 741-754, jul./set., 2011.
- RANCIÈRE, J. *A partilha do sensível: estética e política*. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.
- ROSA, M. D. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Revista de Psicanálise – Textura*, v. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.revistatextura.com/leia/umaescpis.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2012.

Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: Teorias e Práticas

MOURA CORRÊA, Maria Juliana; PINHEIRO, Tarcísio M. Magalhães; MERLO, Álvaro R. Crespo (Org.). Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 396p. ISBN: 978-85-7825-053-9

A tríade de organizadores de *Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: Teorias e Práticas* se incumbem de trazer ao público uma coletânea de textos de grande valor para os leitores que desejam se aprofundar sobre a origem, a práxis e a evolução da Saúde do Trabalhador no país nos últimos anos. Os temas abordados nos seus quinze capítulos transcendem os conteúdos mais corriqueiramente associados às ciências da saúde e refletem sua implicação nas políticas públicas de proteção aos direitos sociais, como a garantia de trabalho digno e saudável e a da própria saúde. Como seria de se esperar, a diversidade de atores sociais envolvidos com a saúde do trabalhador também repercute sobre o escopo da publicação, aumentando sua envergadura. Em coautoria com um qualificado grupo de pesquisadores e técnicos, Moura Corrêa, Pinheiro e Merlo traçam um panorama dos esforços de construção da área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no Brasil, missão que vem plasmando uma variada gama de contribuições nos seus múltiplos domínios conexos. Apresentam-se reflexões teóricas ao lado de experiências exitosas, que ilustram tanto a magnitude dos desafios enfrentados pelos sanitaristas brasileiros nas relações sempre complexas entre saúde e trabalho, quanto o vigor empreendido por esses artífices na promoção de práticas participativas de atenção à saúde do trabalhador.

Os textos contemplam diferentes abordagens que envolvem aspectos da gestão em saúde coletiva (valores, práticas, institucionalidade, contradições e conflitos), epidemiologia dos agravos à saúde do trabalhador, toxicologia ocupacional, ergonomia, segurança química e tecnológica de processos, passando por questões relativas à educação em saúde como via de empoderamento social (dentro e fora do SUS) e ao direito sanitário. O fio condutor é a construção coletiva do conhecimento para a promoção da saúde e a prevenção de acidentes, doenças relacionadas ao trabalho e agravos congêneres no Brasil. O propósito enunciado na apresentação é o de expor o potencial da área de Saúde do Trabalhador na vigilância em saúde (VS), na perspectiva de um modelo de vigi-

lância integrado, além de apontar os caminhos avistados para seu fortalecimento.

Os três primeiros capítulos se revelam fulcrais para a compreensão da constituição da Visat no Brasil em suas origens, bem como de seus impasses e avanços. Ali se abordam, de modos particulares, i) a apreensão da categoria de processo de trabalho como explicativa das relações trabalho-saúde; ii) os conflitos intrínsecos ao seu objeto: atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença em meio a interesses antagônicos; iii) a ênfase atribuída ao saber operário no modelo de atenção em que se propugna a Visat.

O primeiro capítulo analisa e problematiza os conceitos de VS mais correntemente aceitos e propõe um olhar matricial e sintético sobre os elementos estruturantes da concepção de vigilância em saúde coletiva, tendo como axioma a informação sistematizada para ação. Machado busca situar o estatuto epistêmico do campo da Saúde do Trabalhador ao delimitar seu referencial teórico e ao definir sua ação em rede, plural e articuladora. Ao mesmo tempo em que expõe a dinâmica dos componentes epidemiológico e sociotécnico na sua matriz de vigilância, o autor critica o viés tecnicista ainda prevalente na VS.

O segundo faz uma análise da emergência das ações de Visat no país, contextualizando-a historicamente e identificando seus atores principais. Traz à tona os elementos conceituais e históricos advindos da Medicina Social Latino-Americana (MSLA) e do modelo operário italiano para refletir a respeito da trajetória desses atores em direção a uma política integral de atenção à saúde do trabalhador. Participante ativo da Reforma Sanitária e da criação do Diesat¹, Lacaz evita cindir a Saúde do Trabalhador em suas dimensões de assistência e de vigilância, opção que se revela sintonizada com o propósito de integralização das ações sanitárias, mote do SUS em sua concepção. Relata a origem das propostas programáticas de Saúde do Trabalhador e o protagonismo do movimento sindical na gênese dos Programas de Saúde do Trabalhador²,

¹ Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho.

² A respeito desse assunto, sugere-se a leitura de Gomez e Lacaz (2005) e de Maeno e Carmo (2005).

no final dos anos 1970, e destaca os principais marcos e avanços em termos de incorporação de práticas de participação sindical, de articulação intra e interinstitucional e de regulamentação, desde então. Em quatro períodos de análise, de 1978 aos dias atuais, aponta as ameaças contrarreformistas de viés neoliberal e os impasses da área: a insuficiência de recursos humanos qualificados e de financiamento adequado para as ações, a inacessibilidade a informações ágeis para tomada de decisões, a descontinuidade administrativa do setor público, entre outros.

O terceiro capítulo retoma a questão da complexidade teórico-conceitual da Visat trazendo um quadro das suas dimensões e sua influência na instalação de conflitos de poder. Para Pinheiro e colaboradores, é a própria natureza de lida (e lide) nos conflitos emanados da tensa relação capital-trabalho que modela ou “dá o tom” dessa prática no Brasil, de modo análogo ao de outros países. A influência da MSLA novamente se delinea quando se alude a Jaime Breilh, um crítico da “ciência dos fatores de risco à saúde”. Caracterizado o objeto de ação de vigilância como algo vivo e interno à sociedade e nunca estático nem apartado dela – como a toma uma ciência funcionalista –, aborda-se de modo sequencial a *vigilância dos conflitos* e os *conflitos da vigilância*. Esse singular *jeu de mots*, antecipado no título, traduz uma aguçada percepção dos autores nessas questões, recuperando experiência anterior de Pinheiro (1996). Mais do que mero trocadilho, uma visão compreensiva do processo de constituição da Visat no SUS, intimamente relacionado à Reforma Sanitária brasileira. À vista disso, desvelam-se os desafios da área frente às modificações do mundo do trabalho e à coexistência de distintos perfis epidemiológicos de agravos ocupacionais, tomados não como dilemas setoriais, mas do SUS. E é na ótica sistêmica que se sinaliza o papel dessa vigilância: o de instrumento para a transformação dos determinantes de saúde no país e nunca como um fim em si mesmo.

Vasconcellos, Almeida e Guedes descortinam o cenário das propostas contra-hegemônicas na educação em saúde e das bases conceituais para uma pedagogia emancipadora para Saúde do Trabalhador. O texto expõe reflexões sobre aproximações possíveis entre o modelo operário italiano e a ideia freiriana de educação, a qual inspira práticas de educação em saúde no SUS. Aborda, ainda, a experiência acumulada em uma década e meia em que se formulou e aplicou uma metodologia de curso baseada nesses referenciais, para técnicos e trabalhadores, em vários estados brasileiros.

Os capítulos 5 e 6 trazem contribuições que se relacionam mais precisamente com o “segmento epidemiológico” da Visat. Santana e Ferrite analisam a vigilância epidemiológica tradicional, desenvolvida a partir do enfoque de controle das doenças

infecciosas, para discuti-la à luz da saúde coletiva e lançar um olhar sobre as especificidades da informação necessária às práticas da saúde do trabalhador. Destacam a fragmentação e a parcialidade das informações existentes como alguns óbices a serem superados para a melhoria dos diagnósticos em Visat. Estas ainda limitam a utilização dos registros administrativos, das estatísticas vitais nacionais e dos dados de notificação compulsória de agravos de interesse. Em seguida, Moura Corrêa e Santana tratam da “inevitável” indagação sobre *quem* estaria exposto a uma dada e evitável condição nociva à saúde. Partindo do raciocínio epidemiológico que conduz à estimação da prevalência dos expostos, descrevem uma forma racional de definir parâmetros de vigilância a agentes carcinogênicos nos ambientes de trabalho, a matriz de exposição ocupacional (MEO). A estrutura e as aplicações possíveis dessa ferramenta são então “dissecadas”, examinando-se vantagens, desvantagens e perspectivas de uso no Brasil, com menção ao benzeno como caso factível. O assunto é retomado adiante (RIBEIRO, cap. 7), quando abordadas estratégias de monitoramento de expostos no nível terciário de complexidade de ação na atenção à Saúde do Trabalhador. A autora relata sua experiência com a MEO da sílica para trazê-la em contexto de uma metodologia progressiva, assumida como estratégica e alternativa: a vigilância antecipatória de cenários. Remete à perspectiva da gestão em saúde coletiva ao resignificar o uso da epidemiologia, potencializada com a compreensão de território – *locus* de disputas – e de historicidade dos processos produtivos. Tal interação é vista como vetor de força emancipatória dos sujeitos de Visat, imersos em relações de poder, além de recurso estruturante da promoção da saúde no SUS.

Na parte 2 do livro – *Experiências de Visat* –, a vigilância da exposição a agentes carcinogênicos volta a ser abordada por Castro (Capítulo 9) e por Rêgo e Nobre (Capítulo 15), o primeiro tomando o caso específico do amianto e o segundo, uma experiência do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (Bahia) com um grupo de atividades produtivas de risco.

O trabalho de Visat em comunidades total ou parcialmente desamparadas pela regulação estatal em Saúde e Segurança no Trabalho (SST) é relatado em três experiências. No Rio Grande do Sul, a da vigilância ao trabalho infantil e a da vigilância à intoxicação por pesticidas entre agricultores de fumo e seus familiares, por equipes dos Cerests Vales e Centro, respectivamente. A terceira delas, em Salvador, conduzida por Pena, Martins e Freitas, retrata a saúde de pescadores artesanais – homens, mulheres e crianças – em situação de grande vulnerabilidade. Três situações distintas, mas não antagonicas, da realidade dos trabalhadores inseridos

no segmento formal da economia. Como a dos bancários reportada por Netz e Machado (Capítulo 12) ou dos trabalhadores da indústria naval fluminense (MACHADO, cap.10): a primeira examina a violência “naturalizada” das relações de trabalho formais e o sofrimento infligido aos que adoecem no trabalho sem que o aparelho estatal e partes da própria sociedade reconheçam seu direito à saúde; a segunda descreve os passos da construção da Visat no Estado do Rio, sob uma abordagem setorial.

A vigilância de acidentes de trabalho do Sivat vem relatada por Almeida e colaboradores, uma experiência de grande repercussão, na qual se associam, sob intervenções sanitárias, a análise das situações acidentogênicas e a análise ergonômica da atividade. Mais uma efetiva colaboração academia-serviços que resultou, entre outros produtos, em um modelo de análise e prevenção de acidentes de trabalho (MAPA) e em uma inovadora forma de educação permanente e discussão virtual em rede, o *Fórum de Acidentes de Trabalho*³. Este último vem se constituindo espaço privilegiado de reflexões sobre questões teóricas e desafios políticos colocados a trabalhadores, técnicos e gestores envolvidos.

Referências

- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas – velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- MAENO, M.; CARMO, J. C. *Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec, 2005.

Ressente-se apenas da ausência do capítulo no qual viria abordada a vigilância da perda auditiva relacionada ao trabalho, referido na apresentação do livro. A julgar pela atualidade e relevância da publicação, resta “torcer” para que o mesmo venha incorporado em uma próxima edição. De todo modo, se uma história não se restringe a um relato, quaisquer aspectos que lhe sejam de interesse são passíveis de novas elaborações e leituras. Conforme assinala Ribeiro (Capítulo 7), um campo de atuação de tal complexidade e dinamismo requer que se façam atualizações constantes e novas proposições criativas, abandonando-se “o conforto das certezas das causas” à medida que se envereda pelo imprevisível do real. Requisito que aduz ao campo uma heurística própria e despojada de academicismos estéreis, *praxiológica*, na acepção de Breilh (2006).

É com esse olhar, tão crítico sobre as políticas públicas quanto sobre a ciência “funcionalista”, que a Visat renova seu compromisso com o SUS e com a sociedade brasileira para os próximos tempos. Se “viver é muito perigoso”, a transformação da vida e do humano pelo viés do trabalho é a condição perene assumida por seus protagonistas.

- PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000133428>>. Acesso em: 12 set. 2013.

Ricardo Luiz Lorenzi

Serviço de Epidemiologia e Estatística da Fundacentro
São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: ricardo.lorenzi@fundacentro.gov.br

³ Fórum Acidentes de Trabalho: análise, prevenção e aspectos associados. Disponível em: <<http://www.moodle.fmb.unesp.br/course/view.php?id=52>>.

Carta ao Editor

Letter to the Editor

Li com bastante interesse o editorial “Sobre a ‘aceitabilidade social’ dos acidentes de trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro”, atraído especialmente pelo título (JACKSON FILHO; VILELA; GARCIA; ALMEIDA, 2013). Os autores foram muito felizes na abordagem da questão do “ato inseguro”, especialmente por terem utilizado a perspectiva antropológica de Mary Douglas, que mostra como a cultura de cada sociedade acaba tendo uma influência importante na forma em que o acidente de trabalho é percebido e a quem se deve atribuir a “culpa” pelo ocorrido.

Ao final da sua leitura, contudo, confesso que ficou um sentimento de desapontamento, uma vez que o termo “Acidente de Trabalho” permaneceu mais uma vez intocado. Já há muito tempo essa é uma expressão que soa cada vez mais anacrônica em alguns ambientes (DOEGE, 1997; BLANK, 2005). O que ainda observamos é uma certa banalização do termo, uma vez que relaciona o “acidente” a uma fatalidade, ao destino, a um desígnio divino ou a um desfecho simplesmente inevitável. Ou seja, muito pouco pode ser feito: das batidas de automóveis aos eventos em usinas nucleares, a responsabilidade passa a ser de ninguém.

Diversas áreas do conhecimento superaram essa questão já há muitos anos, a ponto de o prestigioso *British Medical Journal*, por exemplo, em 2001, ter decidido banir sumariamente a expressão “acidente” dos seus artigos (DAVIS; PLESS, 2001).

Acredito que a lógica que baseou essa decisão se enquadra também no cenário dos ainda chamados “acidentes de trabalho”: esses eventos não são totalmente imprevisíveis, podendo, de fato, serem evitados em boa parte das vezes. Assim, parece mais adequado, à luz do que tem sido utilizado em outras áreas, passar a chamar no Brasil de “**injúrias não intencionais relacionadas ao trabalho**”.

Efetivamente, uma avaliação – mesmo rápida – de alguns incidentes em qualquer empresa permite verificar que uma parcela significativa dos “Acidentes de Trabalho” poderia ser evitada, desde que se integrassem adequadamente ações de gestão, engenharia e segurança do trabalho, medicina do trabalho, motivação e capacitação dos trabalhadores. Isso significaria uma mudança importante de paradigma, uma vez que todos os envolvidos, cada um no seu nível, passariam a ser corresponsáveis pelo ocorrido.

Como destacado no editorial já referido, os aspectos culturais influenciam de modo importante as formas de agir e pensar do ser humano em sociedade. Em função disso, acredito ser oportuno iniciar uma mudança cultural na forma como abordamos a questão dos “acidentes do trabalho” no nosso meio. Somente assim conseguiremos de fato diminuir o impacto dessa verdadeira pandemia no país, trazendo alívio ao sofrimento físico, mental e financeiro de trabalhadores, gestores e Estado.

Francisco Arsego de Oliveira

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: farsego@hcpa.ufrgs.br

Referências

BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5 supl., p. S123-S136, 2005.

DAVIS, R. M.; PLESS, B. BMJ bans “accidents”. *British Medical Journal*, v. 322, p. 1320-1321, 2 Jun. 2001.

DOEGE, T. C. On ‘accidents’. *American Journal of Public Health*, v. 87, n. 10, p. 1721-1722, Oct. 1997.

JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G.; GARCIA, E. G.; ALMEIDA, I. M. Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro. [Editorial]. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127 p. 6-8, 2013.

Resposta dos autores

“Acidente de trabalho”: objeto de disputa

Antes de responder à proposta feita por F. A. Oliveira, precisamos agradecer-lhe por se valer desta modalidade, carta, presente em nossa revista e, até o momento, pouco utilizada.

O teor da carta de Oliveira contém dois pontos essenciais: no primeiro, enaltece a perspectiva, baseada na obra de Mary Douglas, adotada para discutir o uso da noção de “ato inseguro” em nossa sociedade, para, em seguida, criticar a manutenção por nós da expressão “acidente de trabalho”, questionada e banida em outros periódicos (como o *British Medical Journal*). Assim, propõe o autor, no segundo ponto da sua carta, a substituição do termo “acidente de trabalho” por “injúrias não intencionais relacionadas ao trabalho” (por nós em negrito na carta original), o que poderia, após esta “mudança cultural”, induzir a melhoria dos níveis de prevenção se adotadas “ações de gestão, engenharia e segurança do trabalho, medicina do trabalho, motivação e capacitação dos trabalhadores”.

Poderíamos ser tentados a discutir se a proposta feita por Oliveira, ou seja, se a mudança do termo serviria para levar à mudança de “paradigma” e à melhora dos níveis de prevenção; se tais injúrias no trabalho são “não intencionais” etc. Como veremos a seguir, acreditamos que não pode ser estabelecida associação direta entre o proposto e a efetividade da prevenção. O que de fato move a prevenção? Qual é nosso papel como editores de periódico científico?

Vamos deixar claros os fundamentos do nosso pensamento, expresso também em vários outros editoriais¹ (JACKSON FILHO; BARREIROS, 2005; JACKSON FILHO; GARCIA; ALMEIDA, 2007; JACKSON FILHO, 2012), no que tange à melhoria da prevenção, que se constitui na finalidade dos profissionais e militantes do campo da Saúde do Trabalhador.

Em primeiro lugar, a expressão “acidente de trabalho”, cristalizada na legislação trabalhista e previdenciária, representa o estado da composição de forças nas relações sociais, ou seja, resulta da nossa produção cultural, social e política. Mesmo concordando com a ponderação de Oliveira, de que o vocábulo não corresponde à natureza do evento, deve-se perguntar se cabe à nossa revista banir uma expressão que é objeto de disputa política [entendida aqui no sentido proposto por Rancière (1996)]?

Além disso, do ponto de vista técnico, cabe interrogar se, para a necessária transformação, é suficiente a adoção de palavra – injúria – que se refere mais ao dano do que ao processo que o origina, ou seja, o foco da atuação que visa à prevenção².

Como reconhecemos que a evolução do campo, assim como as conquistas sociais resultam do movimento dos trabalhadores e da política legítima (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2011), o nosso papel é fomentar o debate social com novas visões de mundo, conceitos e metodologias, assim como influenciar o pensamento e a ação das instituições³ (JACKSON FILHO, 2012).

Demonstrando a insuficiência e a fragilidade da noção de “ato inseguro”, mostramos indiretamente a fragilidade da expressão “acidente de trabalho” (JACKSON FILHO; GARCIA; ALMEIDA, 2007; JACKSON FILHO; VILELA; GARCIA; ALMEIDA, 2013). Ao mostrar a violência decorrente das formas de organização e de gestão⁴, associamos os agravos que sofrem os trabalhadores, muitas vezes, a ações intencionais (!) (MENTZGER; MAUGERI; BENEDETTO-MEYER, 2012; JACKSON FILHO, 2012).

Cientes de nosso papel no campo, não podemos nos substituir aos atores sociais que disputam legitimamente sua parte na sociedade, mas devemos ajudá-los a se valerem de nova “inteligência” sobre o trabalho para sustentar sua ação no enfrentamento político. No momento atual, em que a política institucionalizada (influenciada pelas decisões do mercado) subjuga a

¹ No *Editorial* do número 111 da RBSO, defendemos dentro da política editorial, inspirados pelo editorial do BMJ (citado na carta de Oliveira), ser “preciso continuar a difundir novas representações e dimensões sobre os conceitos e fenômenos que os expliquem melhor e que permitam ações preventivas efetivas. É preciso, também, [...], adotar algumas posições claras. Nesse sentido, por exemplo, qual deve ser a posição da revista a respeito da noção de acidente de trabalho e de suas causas?” (JACKSON FILHO; BARREIROS, 2005).

² Em parte, o uso da figura da gravata-borboleta para representar esses eventos que funda o Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes (MAPA) se deve a esse entendimento. A gravata ajuda a enxergar o processo acidental como dotado de história (representado por um lado da gravata) e merecendo intervenção (outro lado da gravata), seja com vistas à sua prevenção, seja no tocante à minimização de suas consequências imediatas e/ou de longo prazo (VILELA; ALMEIDA; MENDES, 2012).

³ Inspirados aqui em outra obra de Mary Douglas (1986).

⁴ Esse último aspecto nos leva a chamar a atenção para a heterogeneidade da situação da segurança no trabalho no Brasil e para os estudos já clássicos, como o de Shrivastava (1987), que revelou o conjunto de escolhas gerenciais, inclusive de desativação de sistemas de prevenção na fábrica da Union Carbide, em Bhopal, na Índia, no período que antecedeu o desastre em 1984. Mesmo que tais aspectos não permitam falar em intenção, não se pode deixar de registrar que, em muitos casos similares, evidencia-se a contribuição de decisões gerenciais que excluem ou desconsideram a lógica da prevenção.

política legítima, que tem se expressado, por exemplo, nas manifestações iniciadas em junho, não seria nosso papel difundir conhecimentos sobre a relação entre saúde e trabalho para alimentar a luta política e enfrentar os “motivos irracionais” (GORZ, 2003) sustentados pelas classes política e empresarial?

Evidentemente, a contribuição da RBSO não se encerra neste nível, mas se dá também no plano técnico profissional, daí sua responsabilidade em publicar estudos e pesquisas que forneçam conhecimentos, de um lado, sobre a relação entre os agravos e os determinantes existentes nas situações de tra-

balho e, de outro, modelos [operantes como propôs Wisner (1972)] para subsidiar os atores a transformarem as condições de trabalho.

De qualquer modo, não nos parece possível considerar que a efetividade da prevenção possa ser assegurada apenas por nova racionalidade que sustente a ação técnica; sem a política, a técnica no campo da prevenção tende, como mostra a história, a se centrar na prescrição do comportamento dos trabalhadores e, como consequência, serve para responsabilizar as próprias vítimas pelos agravos que sofrem no trabalho.

¹ José Marçal Jackson Filho

² Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela

³ Eduardo Garcia Garcia

⁴ Ildeberto Muniz de Almeida

¹ Editor científico da RBSO. Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Editor associado da RBSO. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³ Editor executivo da RBSO. Centro Técnico Nacional da Fundacentro. São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Membro do Conselho Editorial da RBSO. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

Referências

DOUGLAS, M. *How institutions think*. Syracuse, N.Y.: Syracuse University Press, 1986.

GORZ, A. *Metamorfoses do trabalho*. São Paulo: Annablume, 2003.

JACKSON FILHO, J. M. A determinação/produção dos agravos à saúde dos trabalhadores e seu enfrentamento: uma questão estritamente técnica? [Editorial]. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 193-194, 2012.

JACKSON FILHO, J. M.; BARREIROS, D. [Editorial]. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 30, n. 111, p. 0-0, 2005.

JACKSON FILHO, J. M.; GARCIA, E. G.; ALMEIDA, I. M. [Editorial]. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 4-6, 2007.

JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G.; GARCIA, E. G.; ALMEIDA, I. M. [Editorial]. Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 6-8, 2013.

MENTZGER, J. L.; MAUGERI, S.; BENEDETTO-MEYER, M. Predomínio da gestão e violência simbólica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 225-242, 2012.

RANCIÈRE, J. *O desentendimento*. São Paulo: Editora 34, 1996.

SHRIVASTAVA, P. *Bhopal: anatomy of a crisis*. Cambridge, MA: Ballinger, 1987.

VASCONCELOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VILELA, R. A. G.; ALMEIDA, I. M.; MENDES, R. W. B. Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2817-2830, 2012.

WISNER, A. Diagnosis in ergonomics or the choice of operating models in field research. *Ergonomics*, v. 15, n. 6, 601-620, 1972.

Errata

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, volume 38, número 127, jan./jun. 2013.

Página 8

Onde se lê (where it reads):

A estabilidade da situação também se deve ... as normas de proteção ao trabalho.”
(p. 449).

Leia-se (it should read):

A estabilidade da situação também se deve a alguns modos de atuação do Estado que podem contribuir para a preservação da cultura da culpabilidade da vítima
(VILELA; IGUTI, ALMEIDA, 2004).

Agradecimentos aos consultores ad hoc do volume 38 (n. 127 e n. 128)

Álvaro Roberto Crespo Merlo – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil
Ana Paula Lopes dos Santos – UFF, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Anamaria Testa Tambellini – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Aparecida Mari Iguti – Unicamp, Campinas, SP, Brasil
Arlindo Antonio Almeida Silveira – Cerest, Diadema, SP, Brasil
Carlos Minayo Gomez – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Cássia Baldini Soares – USP, São Paulo, SP, Brasil
Ecléa Spiridião Bravo – Cerest, Piracicaba, SP, Brasil
Edvânia Ângela de Souza Lourenço – Unesp, Franca, SP, Brasil
Eduardo de Paula Lima – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil
Elizabeth Costa Dias – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil
Eugênio Paceli Hatem Diniz – Fundacentro, Belo Horizonte, MG, Brasil
Fátima Sueli Neto Ribeiro – UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Unicamp, Campinas, SP, Brasil
Herval Pina Ribeiro – Unifesp, São Paulo, SP, Brasil
Ide Gomes Dantas Gurgel – Fiocruz, Recife, PE, Brasil
Ildeberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu, SP, Brasil
Jandira Maciel da Silva – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil
June Maria Passos Rezende – MTE, Curitiba, PR, Brasil
Jussara Brito – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Leny Sato – USP, São Paulo, SP, Brasil
Leticia Coelho da Costa Nobre – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil
Mara A. Batista Conti Takahashi – Cerest, Piracicaba, SP, Brasil
Marco Antonio Gomes Pérez – MPS, Brasília, DF, Brasil
Marcos Oliveira Sabino – MPT / PRT 15ª Região, Campinas, SP, Brasil
Maria Cecília Pereira Binder – Unesp, Botucatu, SP, Brasil
Maria da Graça L. Hoefel – UNB, Brasília, DF, Brasil
Maria Dionísia do Amaral Dias – Unesp, Botucatu, SP, Brasil
Maria Maeno – Fundacentro, São Paulo, SP, Brasil
Paulo Gilvane Lopes Pena – UFBA, Salvador, BA, Brasil
Paulo Sérgio de Andrade Conceição – MTE, Aracaju, SE, Brasil
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – UFMG, Belo horizonte, MG, Brasil
Thais Helena de Carvalho Barreira – Fundacentro, São Paulo, SP, Brasil
Thais Lacerda e Silva – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil
Vera Lucia Navarro – USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil
Vilma Sousa Santana – UFBA, Salvador, BA, Brasil
Wanderlei A. Pignati – UFMT, Cuiabá, MT, Brasil

Normas para publicação

Instruções aos autores

Escopo e política

A RBSO publica artigos originais inéditos de relevância científica no campo da SST. Com caráter multidisciplinar, a revista cobre os vários aspectos da SST nos diversos setores econômicos do mundo do trabalho, formal e informal: relação saúde-trabalho; aspectos conceituais e análises de acidentes do trabalho; análise de riscos, gestão de riscos e sistemas de gestão em SST; epidemiologia, etiologia e nexos causais das doenças do trabalho; exposição a substâncias químicas e toxicologia; relação entre saúde dos trabalhadores e meio ambiente; educação e ensino em SST; comportamento no trabalho e suas dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais; saúde mental e trabalho; problemas musculoesqueléticos, distúrbios do comportamento e suas associações aos aspectos organizacionais e à reestruturação produtiva; estudo das profissões e das práticas profissionais em SST; organização dos serviços de saúde e segurança no trabalho nas empresas e no sistema público; regulamentação, legislação, inspeção do trabalho; aspectos sociais, organizacionais e políticos da saúde e segurança no trabalho, entre outros.

As opiniões emitidas pelos autores são de sua inteira responsabilidade.

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento de princípios éticos e ao atendimento das legislações pertinentes a esse tipo de pesquisa no país em que foi realizada. Para os trabalhos realizados no Brasil, será exigida informação acerca de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. As informações deverão constar no conteúdo do manuscrito e na página de rosto.

A RBSO apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS (<http://www.who.int/ictpr/en/>) e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (<http://www.wame.org/wamestmt.htm#trialreg> e http://www.icmje.org/publishing_10register.html), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: http://www.icmje.org/faq_clinical.html. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Conflitos de interesses

Autores, revisores e editores devem explicitar possíveis conflitos de interesses, evidentes ou não, relacionados à elaboração ou avaliação de um manuscrito submetido. Os conflitos podem ser de ordem financeira/comercial, acadêmica, política ou pessoal. Todas as formas de apoio e financiamento à execução do trabalho apresentado pelo manuscrito submetido devem ser explicitadas pelos autores. O revisor/avaliador também deve apresentar à editoria da revista eventuais conflitos de interesses que possam influenciar a sua análise ou opinião e manifestar, quando for o caso, a impropriedade ou inadequação de sua participação como revisor de um determinado manuscrito.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os trabalhos submetidos em acordo com as normas de publicação e com a política editorial da RBSO serão avaliados pelo Editor Científico que considerará o mérito da contribuição. Não atendendo, o trabalho será recusado. Atendendo, será encaminhado a consultores ad hoc.

Cada trabalho será avaliado por, ao menos, dois consultores de reconhecida competência na temática abordada.

O processo de avaliação se dará com base no anonimato entre as partes (consultor-autor).

Com base nos pareceres emitidos pelos consultores e avaliações realizadas por editores associados, o Editor Científico decidirá quanto à aceitação do trabalho, indicando, quando necessário, que os autores efetuem

alterações no mesmo, o que será imprescindível para a sua aprovação. Nestes casos, o não cumprimento dos prazos estabelecidos para as alterações poderá implicar na recusa do trabalho.

A recusa de um trabalho pode ocorrer em qualquer momento do processo, a critério do Editor Científico, quando será emitida justificativa ao autor.

A secretaria da revista não se obriga a devolver os originais dos trabalhos que não forem publicados.

Declaração de responsabilidade e direitos autorais

A submissão de trabalhos deve ser acompanhada da “Declaração de responsabilidade e de cessão de direitos autorais”, disponível em: http://www.fundacentro.gov.br/rbso/rbso_conteudo.asp?SD=RBSO&M=107/0.

Todos os autores deverão assinar a declaração, que deverá ser encaminhada à secretaria da revista via correio.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a obtenção de autorizações, junto a pessoas, instituições, outros autores e editores, referentes a direitos autorais para uso de imagens, figuras, tabelas, métodos e outros elementos que as necessitem e/ou que tenham sido anteriormente publicados.

Forma e preparação dos manuscritos

Modalidades de contribuições

Artigo: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Revisão: avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto; deve-se citar o objetivo da revisão, especificar (em métodos) os critérios de busca na literatura e o universo pesquisado, discutir os resultados obtidos e sugerir estudos no sentido de preencher lacunas do conhecimento atual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Ensaio: reflexão circunstanciada, com redação adequada ao escopo de uma publicação científica, com maior liberdade por parte do autor para defender determinada posição, que vise a aprofundar a discussão ou que apresente nova contribuição/abordagem a respeito de tema relevante (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Relato de experiência: relato de caso original de intervenção ou de experiência bem sucedida; deve indicar uma experiência inovativa, com impactos importantes e que mostre possibilidade de reprodutibilidade. O manuscrito deve explicitar a caracterização do problema e a descrição do caso de forma sintética e objetiva; apresentar e discutir seus resultados, podendo, também, sugerir recomendações; deve apresentar redação adequada ao escopo de uma publicação científica, abordar a metodologia empregada para a execução do caso relatado e para a avaliação dos seus resultados, assim como referências bibliográficas pertinentes (até 56.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Comunicação breve: relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade (até 20.000 caracteres, incluindo espaços excluindo títulos, resumo, abstract, tabelas, figuras e referências).

Resenha: análise crítica sobre livro publicado nos últimos dois anos (até 11.200 caracteres, incluindo espaços).

Carta: texto que visa a discutir artigo recente publicado na revista (até 5.600 caracteres, incluindo espaços).

Preparo dos trabalhos

Serão aceitas contribuições originais em português ou espanhol. A correção gramatical é de responsabilidade do(s) autor(es).

O texto deverá ser elaborado empregando fonte Times New Roman, tamanho 12, em folha de papel branco, com margens laterais de 3 cm e espaço simples e devem conter:

Página de rosto (todos os itens devem ser informados; a página de rosto deverá ser encaminhada separada do manuscrito)

a) Modalidade do trabalho (ver definições acima e observar limites de caracteres).

b) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Deve ser pertinente, completo e sintético. Deve incluir informação geográfica (localidade) e temporal (período de realização do estudo), quando apropriado.

c) Nome e sobrenome completo de cada autor.

d) Informar a afiliação institucional completa de cada autor, incluindo cidade, estado e país (refere-se ao vínculo profissional / acadêmico do autor e não à sua formação).

e) Contribuições de autoria - a contribuição de cada autor deve ser declarada. De acordo com a recomendação do International Committee of Medical Journal Editors, o critério de autoria de artigos deve necessariamente atender simultaneamente às seguintes condições: 1. contribuição substancial no projeto e delineamento, no levantamento de dados ou na sua análise e interpretação; 2. elaboração do manuscrito ou contribuição importante na sua revisão crítica; 3. aprovação final da versão a ser publicada.

Obtenção de financiamento, coleta de dados ou apenas supervisão geral do grupo de pesquisa não constituem autoria. Todas as pessoas designadas como autores devem atender aos critérios de autoria e todos que atendem aos critérios devem ser designados como autores. Cada autor deve ter participado suficientemente no trabalho para assumir a responsabilidade pública por seu conteúdo. Os colaboradores que não atendem a todos os critérios de autoria devem ser citados nos agradecimentos.

f) Nome, endereço, telefone e endereço eletrônico do autor de contato, para troca de correspondência com a secretaria / editoria da RBSO.

g) Nome de um dos autores, com respectivo endereço postal e endereço eletrônico, para publicação no artigo como forma de contato com os autores.

h) Informar se o trabalho foi ou não subvencionado; em caso positivo, indicar o tipo de auxílio, o nome da instituição ou agência financiadora e o respectivo número do processo.

i) Informar se há conflitos de interesses (ver acima).

j) Informar nº de protocolo e data de aprovação do estudo por Comitê de Ética em Pesquisa. Caso o projeto não tenha sido submetido a comitê de ética, justificar.

k) Informar se o trabalho é ou não baseado em tese; em caso positivo, indicar título, ano de defesa e instituição onde foi apresentada.

l) Informar se o trabalho foi ou não apresentado em reunião científica; em caso positivo, indicar o nome do evento, local, data da realização e se foi publicado nos anais na forma de resumo ou integral.

m) Local e data do envio do artigo.

Corpo do texto

a) Título no idioma principal (português ou espanhol) e em inglês.

b) Resumo: Os manuscritos devem ter resumo no idioma principal (português ou espanhol) e em inglês, com um máximo de 1400 caracteres cada, incluindo espaços.

c) Palavras-chaves / descritores: Mínimo de três e máximo de cinco, apresentados na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Sugere-se aos autores que utilizem o vocabulário controlado DeCS (<http://decs.bvs.br>) adotado pela LILACS.

d) O desenvolvimento do texto deve atender às formas convencionais de redação de artigos científicos.

e) Solicita-se evitar identificar no corpo do texto a instituição e/ou departamento responsável pelo estudo para dificultar a identificação de autores e/ou grupos de pesquisa no processo de avaliação por pares.

f) Citações: A revista se baseia na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10520, versão de 2002. As citações entre parênteses devem ser feitas em caixa alta (maiúsculas) e fora de parênteses em caixa baixa (minúsculas). As citações indiretas ao longo do texto devem trazer o sobrenome do autor e ano da publicação, como em Souza (1998) ou (SOUZA, 1998). Para dois autores: Lima e Araújo (2006) ou

(LIMA; ARAÚJO, 2006). Quando houver três autores: Vilela, Iguti e Almeida (2004) ou (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004). No caso de citações com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro autor deverá aparecer, acrescido de et al., como em Silva et al. (2000) ou (SILVA et al., 2000). Tratando-se de citação direta (literal), o autor deverá indicar o(s) número(s) da(s) página(s) de onde o texto citado foi transcrito, como nos exemplos a seguir: Ex.1- ... conforme descrito por Ali (2001, p. 17): "Grande número dessas dermatoses não chegam às estatísticas e sequer são atendidas no próprio ambulatório da empresa". Ex.2- (SOUZA; SILVA; ALMEIDA, 2004, p. 24). Ex.3, quando houver quatro ou mais autores - (FONSECA et al., 2003, p. 41). As citações diretas de até três linhas devem estar contidas entre aspas duplas, conforme o Ex.1 acima. As citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com fonte menor que a utilizada no texto e sem aspas - Ex:

A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos comuns de teleconferência incluem o uso da televisão, telefone e computador... (NICHOLS, 1993, p. 181).

g) A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do trabalho. As citações deverão ser listadas nas referências ao final do artigo, que devem ser em ordem alfabética e organizadas com base na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023, versão de 2002. Os exemplos apresentados a seguir têm um caráter apenas de orientação e foram elaborados de acordo com essa norma:

Livro

WALDVOGEL, B. C. *Acidentes do trabalho: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração*. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

Capítulo de livro

NORWOOD, S. Chemical cartridge respirators and gas masks. In: CRAIG, E. C.; BIRKNER, L. R.; BROSSEAU, L. *Respiratory protection: a manual and guideline*. 2. ed. Ohio: American Industrial Hygiene Association, 1991. p. 40-60.

Artigos de periódicos

BAKER, L.; KRUEGER, A.B. Medical cost in workers compensation insurance. *Journal of Health Economics, Netherlands*, v. 14, n. 15, p. 531-549, 1995.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, maio/jun. 2001.

Artigo ou matéria de revista, jornal etc.

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 jun. 1989. *Folha Turismo*, Caderno 8, p. 13.

Tese, dissertação ou monografia

SILVA, E. P. *Condições de saúde ocupacional dos lixeiros de São Paulo*. 1973. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.

Evento como um todo

SEMINÁRIO PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA: ENFOQUE AMBIENTAL, 2., 2002, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2002.

Resumo ou trabalho apresentado em congresso

FISCHER, R. M.; PIRES, J. T.; FEDATO, C. The strengthening of the participatory democracy. In: INTERNATIONAL CONFERENCE OF INTERNATIONAL SOCIETY FOR THIRD-SECTOR RESEARCH (ISTR), 6., 2004, Toronto. *Proceedings...* Toronto: Ryerson University, 2004. v. 1, p. 1.

Relatório

FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. Relatório de Gestão 1995-2002. São Paulo, 2003. 97p.

Relatório técnico

ARCURI, A. S. A.; NETO KULCSAR, F. Relatório Técnico da avaliação qualitativa dos laboratórios do Departamento de Morfologia do Instituto de Biociências da UNESP. São Paulo. Fundacentro. 1995. 11p.

CD-ROM

SOUZA, J. C. et al. Tendência genética do peso ao desmame de bezerros da raça nelore. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA

DE ZOOTECNIA, 35, 1998, Botucatu. *Anais...* Botucatu: UNESP, 1998. 1 CD-ROM.

MORFOLOGIA dos artrópodes. In: ENCICLOPÉDIA multimídia dos seres vivos. [S.l.]: Planeta DeAgostini, 1998. CD-ROM 9.

Fita de vídeo

CENAS da indústria de galvanoplastia. São Paulo: Fundacentro, 1997. 1 videocassete (20 min), VHS/NTSC., son., color.

Documento em meio eletrônico

BIRDS from Amapá: banco de dados. Disponível em: <<http://www.bdt.org>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2006.

Legislação

BRASIL. Lei nº 9.887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1999.

Constituição Federal

BRASIL. *Constituição (1988)*. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 52 de 08 de março de 2006. Brasília, DF, Senado, 1988.

Decretos

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 48.822, de 20 de janeiro de 1988.

Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 217-220, 1998.

h) Tabelas, quadros e figuras: Serão publicadas em Preto e Branco. Devem ser apresentados um a um, em folhas separadas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada um deve ser atribuído um título sintético contextualizando os dados apresentados. Nas tabelas o título deve ser posicionado acima do corpo principal. Nas fotos e ilustrações, o título deve ser posicionado abaixo do corpo principal. Nas tabelas não devem ser utilizadas linhas verticais. Fontes, notas e observações referentes ao conteúdo das tabelas, quadros e figuras devem ser apresentadas abaixo do corpo principal das mesmas. As figuras (gráficos, fotos, esquemas etc.) também deverão ser apresentadas, uma a uma, em arquivos separados, em formato de arquivo eletrônico para impressão de alta qualidade (não encaminhar em arquivo Word, extensão .doc). Os gráficos devem ser executados no software Excel (extensão .xls) e enviados no arquivo original. Fotos e ilustrações devem apresentar alta resolução de imagem, não inferior a 300 dpi. As fotos devem apresentar extensão .jpg ou .eps ou .tiff. Ilustrações devem

ser executadas no software Coreldraw, versão 10 ou anterior (extensão .cdr) ou Illustrator CS2 (extensão .ai), sendo enviadas no arquivo original. A publicação de fotos e ilustrações estará sujeita à avaliação da qualidade para publicação. As figuras não devem repetir os dados das tabelas. O número total de tabelas, quadros e figuras não deverá ultrapassar 5 (cinco) no seu conjunto.

Resumo de informações sobre figura:

tabelas, quadros, diagramas, esquemas	Word (.doc)
gráficos	Excel (.xls)
fotografias	.jpg ou .tiff ou .eps (300 DPIs - mínimo de resolução)
Ilustrações (desenhos)	Corel Draw (.cdr), versão 10 ou menor ou Illustrator CS5 (.ai)

i) Agradecimentos (opcional): Podem constar agradecimentos por contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, com assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados, entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar da autoria, desde que haja permissão expressa dos nominados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outro.

Envio de manuscrito

Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço eletrônico rbso@fundacentro.gov.br, com cópia para rbsofundacentro@gmail.com, em formato Word, extensão .doc (ver detalhes nas normas para publicações). Eventuais esclarecimentos poderão ser feitos por e-mail (endereços acima), pelo telefone (55) 11 3066.6099 ou pelo fax (55) 11 3066.6060.

Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais:

O formulário da declaração pode ser baixado de:

http://www.fundacentro.gov.br/rbso/rbso_conteudo.asp?SD=RBSO&M=107/0

O envio da "Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais" deverá ser feito pelo correio para:

RBSO – Revista Brasileiro de Saúde Ocupacional

Fundacentro

Rua Capote Valente, 710

05409-002 • São Paulo/SP

Brasil



Sobre a publicação: Composta em ZapfEllipt BT 9/16 (artigos) e Ogirema 8,5/7 (tabelas, normas e créditos). Impressa em papel Cartão Supremo 250g/m² (capa) e Offset reciclado 90 g/m² (miolo), no formato 21x28cm. Tiragem: 1.500 exemplares

Centro Técnico Nacional (CTN)

Rua Capote Valente, 710
Cep: 05409-002 / São Paulo-SP
Telefone: (11) 3066.6000

Unidades Descentralizadas

Centro Regional da Bahia (CRBA)

Rua Alceu Amoroso Lima, 142 - Caminho das Árvores
Cep: 41820-770 / Salvador-BA
Telefone: (071) 3272.8850
Fax: (071) 3272.8877
E-mail: crba@fundacentro.gov.br

Centro Regional do Distrito Federal (CRDF)

Setor de Diversões Sul, 44 - Bloco A-J, 5º andar, salas 502 a
521 - Centro Comercial Boulevard
Cep: 70391-900 / Brasília-DF
Telefone: (061) 3535.7300
Fax: (061) 3223.0810
E-mail: crdf@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Minas Gerais (CRMG)

Rua dos Guajajaras, 40 - 13º e 14º andares - Centro
Cep: 30180-100 / Belo Horizonte-MG
Telefone: (31) 3273.3766
Fax: (31) 3273.5313
E-mail: crmg@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Pernambuco (CRPE)

Rua Djalma Farias, 126 - Torreão
Cep: 52030-190 / Recife-PE
Telefone: (81) 3241.3643
Fax: (81) 3241.3802
E-mail: crpe@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Espírito Santo (CEES)

Rua Cândido Ramos, 30 - Edifício Chamonix - Jardim da Penha
Cep: 29065-160 / Vitória-ES
Telefone: (27) 3315.0044
Fax: (27) 3315.0045
E-mail: cees@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Pará (CEPA)

Rua Bernal do Couto, 781 - Umarizal
Cep: 66055-080 / Belém-PA
Telefone: (91) 3222.1973
Fax: (91) 3222.2049
E-mail: cepa@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Paraná (CEPR)

Rua da Glória, 175 - 2º, 3º e 4º andares - Centro Cívico
Cep: 80030-060 / Curitiba-PR
Telefone: (41) 3313.5200
Fax: (41) 3313.5201
E-mail: cepr@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio de Janeiro (CERJ)

Largo São Francisco de Paula, 42 - 10º andar - Centro
Cep: 20051-070 / Rio de Janeiro-RJ
Telefone: (21) 2507.9041
Fax: (21) 2508.6833
E-mail: cerj@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio Grande do Sul (CERS)

Avenida Borges de Medeiros, 659 - 10º andar - Centro
Cep: 90020-023 / Porto Alegre-RS
Telefone/Fax: (51) 3225.6688
E-mail: cers@fundacentro.gov.br

Centro Estadual de Santa Catarina (CESC)

Rua Silva Jardim, 213 - Prainha
Cep: 88020-200 / Florianópolis-SC
Telefone: (48) 3212.0500
Fax: (48) 3212.0572
E-mail: cesc@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação de Campinas (ERCA)

Área administrativa:
Rua Delfino Cintra, 1050 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone/Fax: (19) 3232.5269
Área técnica:
Rua Marcelino Vélez, 43 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone: (19) 3232.5879 / 3234.2006
Fax: (19) 3232.5269
E-mail: ercam@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação do Mato Grosso do Sul (ERMS)

Rua Geraldo Vasques, 66 - Vila Costa Lima
Cep: 79003-023 / Campo Grande-MS
Telefone: (67) 3321.1103
Fax: (67) 3321.2486
E-mail: erms@fundacentro.gov.br



